

EL CUERPO ENFERMO

José Luis Herrero Burgos. Licenciado en medicina. Especialista en Geriátría.

La relación entre mente y cuerpo es conocida y estudiada desde antiguo aunque, posiblemente, no lo suficientemente entendida pese a los numerosos esfuerzos de la comunidad científica. Aún dentro de la valoración del propio cuerpo existe dificultad en deslindar lo que constituye enfermedad y vejez.

Del mismo modo es fácil deducir que plantear cómo interaccionan el cuerpo anciano, el cuerpo enfermo, la vivencia del propio paciente y cómo todo ello modificará su relación familiar y social, de las situaciones a las que dan lugar y las emociones que suscita no resulta sencillo.

Si a todo lo anterior agregamos la intención de trasladarlo a las artes plásticas nos enfrentamos a un estimulante reto creativo.

La vejez

Cuando se representa el cuerpo anciano se suele recurrir a los tópicos del desplazamiento del eje de gravedad hacia delante aumentando la cifosis dorsal, pérdida de masa muscular y atrofia de piel y anejos. Todo ello da una imagen de debilidad, el cuerpo se arquea, carece de fuerza, se hace más evidente la presencia de tendones y vasos bajo la piel al tiempo que las articulaciones pierden su proporción habitual con el resto del miembro dando un aspecto más frágil si cabe. En el caso de la obra de Mariano Fortuny *Viejo desnudo al sol* (1873) se aprecian gran número de estas



características que se potencian en el contraste de la luz de la figura y el fondo oscuro.



Más allá de sus cualidades físicas el anciano representa socialmente una serie de valores apreciados por la sociedad tales como la sabiduría, autoridad (La



Adoración de los Reyes Magos, Pedro Pablo Rubens. 1624) (detalle a la derecha) y, en el ambiente más íntimo, como “abuelo”¹ (*Abuelo y nieto*, Doménico Ghirlandaio. 1488). No olvidemos las extensas series que combinan senectud con santidad y donde el cuerpo parece en ocasiones dotado de un vigor casi juvenil como en un *San Jerónimo Penitente* de Torrigiano (Hacia 1530).

Visto lo anterior parece aconsejable deslindar lo patológico de lo que consideramos un envejecimiento normal.

Enfermedad

Si hablamos de enfermedad en el arte deberíamos distinguir entre aquellas manifestaciones en las que la búsqueda del realismo lleva al artista de forma consciente o inconsciente a dejar traslucir las patologías que padece el retratado o si por el contrario se busca reflejar la situación derivada de la condición de enfermo, de convaleciente o agonizante.



Dentro la primera tendencia se podría incluir el *Retrato de anciana* de Frans Hals (1633) En el detalle de



la derecha se aprecian xantomias (nódulos) en los tendones extensores de las manos atribuibles a una hipercolesterolemia². Del mismo modo se ha especulado con el posible padecimiento de un Síndrome de Albright (pubertad precoz, talla corta,

bocio, exoftalmos hipertiroideo, tumor tiroideo y muerte temprana) de la Infanta Margarita de Austria basándose en *Las Meninas* (1656-57) de Diego Velázquez³. La búsqueda de obras en las que se pueden apreciar estos hallazgos constituye un ilustre pasatiempo para los médicos de todas las épocas.

En la segunda postura, más activa e interesante, hay una descripción y análisis de la enfermedad desde un punto de vista más psicológico y sociológico donde la enfermedad deja de ser una “incidencia” para asumir el protagonismo de la obra.

En *Enferma con rosas y reloj* (1915) Ferninad Hodler mira la enfermedad desde un punto de vista personal. La visión que nos traslada de toda la enfermedad de Valentine Godé-Darel es un diario de la enfermedad y muerte de su amante. Quizás en esta peculiaridad reside el que cada uno de los



cuadros de la serie reflejen con tanta intensidad los sentimientos que rodean a la enfermedad. En este en particular vemos a la enferma incorporada en su cama, parece débil, le han traído flores, tiene un reloj junto a ella, probablemente pase buena parte del día durmiendo, despierte durante la noche y en ocasiones no distingue la mañana de la tarde. La monotonía la desorienta y ese reloj es su único vínculo con el transcurso del tiempo. Su mirada está perdida. No mira las flores ni el reloj y no se sabe si su mano descansa sobre su pecho para confortarse o ante la imposibilidad de moverla.

En los enfermos con procesos que obligan a un encamamiento prolongado la debilidad, dependencia, desorientación y la monotonía les sumen en la desesperanza y depresión lo que alimenta una languidez ya preexistente.

La debilidad bien por el simple desuso de la musculatura esquelética, bien por la baja ingesta de nutrientes o por la propia enfermedad. El bajo gasto energético aboca a un descenso de ingesta por disminuir los requerimientos (se cierra un primer círculo vicioso), la debilidad aumenta el desuso (cerramos un segundo círculo), la presencia de falta de ingesta incita al cuidador a forzar la alimentación en un paciente que no necesita (porque no se mueve), no puede (ya sea por intentar que coma sin incorporarse, por disfagia o por menor capacidad gástrica) o no quiere comer (por desorientación o por miedo a vómitos secundarios a tomas excesivamente cuantiosas) (cerramos un tercero de los muchos posibles). Aparte de círculos viciosos también hay problemas que parecen de forma encadenada como inmovilidad, incontinencia, infecciones, úlceras, fiebre y deshidratación.

Al deterioro físico hay que añadir la pérdida de dignidad a la que se ven sometidos los enfermos. A mí personalmente no me gusta que se le corte el pelo a las pacientes durante su ingreso porque lo considero uno de los pocos rasgos de vanidad y de mantenimiento de la propia autoimagen que se permiten en un hospital. De hecho Valentine perderá su melena conforme la enfermedad avance.

No digamos cuando la persona encamada depende de otros para el aseo, comer, lavarse o, simplemente, moverse en la cama.

La situación del enfermo encamado es de vulnerabilidad y es tarea de quien lo rodea no sólo cuidarlo si no alimentar su propia autoestima tratando de hacerle el trance lo menos vejatorio posible. Debemos evitar la *cosificación* de los enfermos porque más allá de sus requerimientos físicos existen otros de tipo emocional. A menudo familiares de pacientes sin aparente conexión con el mundo preguntan si pueden hacer algo aparte de los cuidados habituales y les contestamos – Si, cójale de la mano -. El calor humano no es solo una frase hecha, es una necesidad de todos nosotros.

En una ocasión encontré una anciana con una demencia muy avanzada. El personal que la atendía trató de advertirme que si me dejaba coger no me soltaría la mano. Me dejé coger, después hice el gesto de retirar la mano y la fuerza con la que me sujetaba aumentó; relajé mi

mano y acaricié la suya. Me sonrió y me dejó ir. Desde entonces fui todas las mañanas a darle los buenos días y cogerle la mano un rato. Solo quería algo de calor.

Y cómo sufren los cuidadores. El atender a un paciente encamado es un trabajo veinticuatro horas al día siete días a la semana. Habitualmente hay diferencias entre el cuidador principal y resto de la familia bien porque el cuidador se preocupa demasiado o porque no hace las cosas como el resto piensa que se debería hacer o porque toma decisiones que disgustan al resto. Curiosamente el cuidador no recibe ayuda cuando la solicita por lo que acaba “quemado” perdiéndose al cuidador y al paciente. Para los equipos que realizan asistencia a pacientes dependientes resulta extremadamente interesante el concepto de *cuidar al cuidador*.

¿ Se puede seguir amando a una persona en estas condiciones? Sí.

En bastantes ocasiones no se trata de un amor carnal por las limitaciones físicas existentes pero está en las miradas, cómo cogen su mano o qué le cuentan mientras le cambian. Ahí existe el amor. Los pacientes, cuando se encuentran muy deteriorados, pueden no entender que les decimos pero sí perciben el tono que empleamos generando emociones en función de él. Por otro lado es triste ver como pacientes con deterioro cognitivo que presentan trastornos conductuales o delirios no detectados o tratados inadecuadamente rechazan a familiares que les adoran. Esto provoca la desesperación de los cuidadores que no asumen que es una situación secundaria al deterioro sin que ellos sean responsables de la misma.

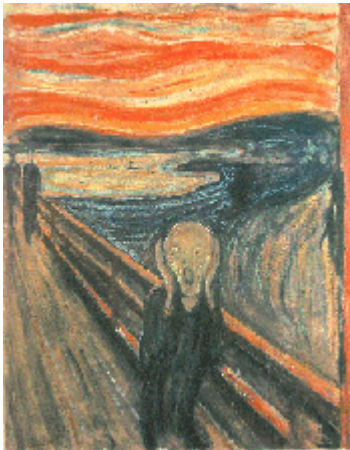


El Doctor de Sir Luke Fildes (1891)

refleja una situación que los médicos conocemos bien. El enfermo no mejora. A menudo en la atención domiciliaria los únicos medios diagnósticos disponibles en el acto son la habilidad del médico un fonendoscopio, una linterna y un martillo de reflejos. Las técnicas complementarias

requieren evacuar al enfermo y hay que valorar si se puede esperar o se necesita realizar las pruebas sin demora. La época en la que se ambienta el cuadro no da opciones al doctor más allá de su conocimiento. Por la actitud debe llevar mucho tiempo velando a su enfermo, se ha sentado y observa preocupado que la evolución es desfavorable. Probablemente acabe de explorarla ahora mismo. Está repasando mentalmente lo que le han contado los padres de la niña, los hallazgos de su exploración, las medidas que ha tomado, las repuestas, sopesa todos los factores e intenta darles un nuevo sentido que le explique la falta de mejoría. En los niños y los pacientes muy ancianos la falta de colaboración complica aún más el diagnóstico quizás por eso el doctor la mira y piense “si tan solo pudieras hablar”. En breve tomará una decisión. La familia es pobre. Hay ropa tendida en la habitación, no hay dos sillas hermanas y los techos son

bajos. Posiblemente lo que vemos constituye toda la casa. Es una visita de las que entonces se daban en llamar de beneficencia. Al fondo la madre rompe a llorar mientras mantiene sus manos en actitud de oración y su marido trata de consolarla apoyándole la mano en el hombro. No sabemos si es un problema diagnóstico o terapéutico pero en si la esencia es clara, hay una situación incierta de un ser querido en probable riesgo vital y las emociones afloran en los familiares.



Edvard Munch en *El grito* (1893) expresa lo que pueden ser los sentimientos de angustia y desesperanza que pueden llegar a tener los enfermos y aquellos que lo rodean cuando la enfermedad se resiste al tratamiento o simplemente no lo tiene. El conocimiento de la enfermedad mental del autor y la existencia de variaciones respecto al tema no hace sino reforzar la idea de que, probablemente, es un sentimiento propio lo que nos muestra (El autor sufriría a partir de 1908 importantes crisis nerviosas). Si la enfermedad física es preocupante para paciente y familia aún más lo es la mental puesto que aparte de considerarse un estigma social puede generar miedo de los que rodean al enfermo cuando la mayoría de las veces es él su propia víctima.

En este detalle de *Las fuerzas enemigas* (1902) vemos tres Gorgonas: la Enfermedad, la Locura y la Muerte. Klimt resume algunos de los grandes temores de cualquier paciente a los que habría que añadir dolor y sufrimiento. En ciertos momentos se planteó el uso de determinados tratamientos para aumentar la supervivencia sin considerar suficientemente lo que ello supone para la calidad de vida del paciente. Llegados al punto de elegir hay pacientes que prefieren tratamientos menos agresivos que les permiten mantener una calidad de vida más elevada aun a costa de una menor supervivencia. Actualmente supervivencia y calidad de vida se consideran de forma conjunta.



Agonía y muerte

Estamos acostumbrados por literatura y cine a que la muerte se produce en pocos minutos. Esto no es verdad. Si bien en determinados casos se produce de esta manera, habitualmente el cese de la vida es más prolongado.

En estos casos se tratan los síntomas para obtener el máximo confort del paciente intentando evitar el dolor, náuseas, vómitos, secreciones, disnea (sensación de falta de aire), tos e insomnio entre otros.

La familia ha de ser apoyada. Si partimos de la base de que se prefiere la muerte en la propia cama y con el mínimo sufrimiento, lo lógico sería proveer de apoyo médico y psicológico tanto al paciente como a los familiares para evitar así el desamparo en el propio domicilio.



Valentine Godé-Darel agonizando (1915). Hodler nos vuelve a mostrar de nuevo a Valentine, consumida por la enfermedad, agonizante. Ya no tiene flores ni relojes, le han cortado su melena, sus ojos están cerrados y la caquexia (perdida de peso exagerada) es evidente, mantiene la boca entreabierta, casi se puede oír su respiración. Quienes se hayan encontrado ante

una situación similar notarán como sus cuatro sentidos restantes son arrastrados por esta imagen. Realmente el espectador se encuentra ante una situación de *ultimas horas*.

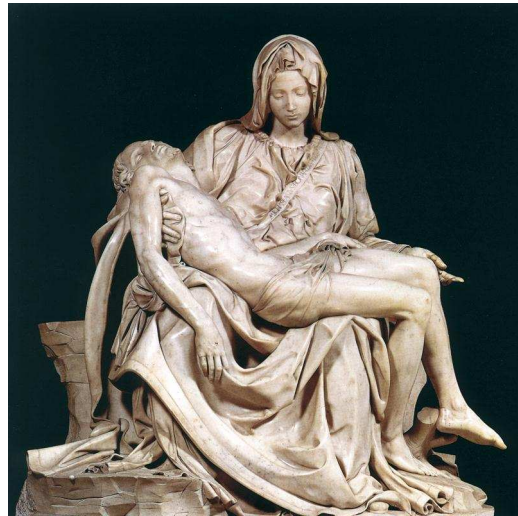
En *Solo en el mundo* de Jozef Israel (1824-1911) la situación es diferente, hay abatimiento no hay llanto, se asume una situación que no está exenta de dolor ni de tristeza. El autor nos da la clave al anunciarnos que el marido se va a quedar solo. Lo que no sabemos es si predomina la resignación o la desesperanza. En todo caso no parece una muerte dolorosa, es más bien plácida, al contrario que la serie de Hodler en sus últimos cuadros. Es el inicio del duelo.



El duelo se representa de forma más o menos dramática en función de la edad del fallecido, la evolución de su enfermedad o la relación con el resto de protagonistas de la obra. En el boceto de Julio Romero de Torres *Mira que bonita era* (1895) se aborda el tema desde un punto de vista popular integrado en una localización geográfica y temporal muy

determinada. Para más dramatismo la fallecida es una joven lo que genera el desconsuelo entre los asistentes.

Por razones obvias buena parte de la iconografía respecto a la muerte o al cuerpo enfermo está incluida dentro del arte religioso cristiano lo que ha sido estudiado profusamente desde el punto de vista medico. Es interesante detenerse en la *Pietà* de Miguel Angel Buonarroti (1499) puesto que en ella se refleja el dolor de una madre ante la pérdida prematura y no natural de su único hijo. Miguel Angel estructura su obra para que la atención se focalice en la cara de la Virgen María donde se observa dolor y una



inquietante serenidad. Respecto a este último punto cabría preguntarse el origen de la misma. En un principio no sería desdeñable pensar que después del suplicio al que se ve sometido Jesucristo su madre podría ver a la muerte como una liberación de su martirio. Sin embargo Wallace sostiene que dicha calma puede deberse a que María “conoce, tal vez mejor que nosotros, que es el hijo de Dios. Por otra parte, su tranquilidad ofrece cierta garantía del triunfo final de Cristo sobre la muerte ”⁴. Habitualmente tres de los factores implicados en la aceptación de una muerte reciente son la situación de terminalidad del paciente, edad avanzada y las propias creencias religiosas.

La enfermedad y la muerte no constituyen solamente un proceso físico, también lo es mental, de adaptación, lucha, negación, ira y aceptación que implica a la persona y a todos los que rodean al protagonista. A lo largo de estas líneas he hecho referencia a la las fases que atraviesa el paciente, sus familiares y el médico durante el afrontamiento de la enfermedad y éstas se resumen al principio de este párrafo.

¹ Félix González Nuñez. El anciano en el arte. JANO 2002.Vol LXII nº 1435; 67-74.

² J. Pedro-Botet y J. Rubiés- Prat. Esquemas clinico-visuales en Enfermedades Metabólicas. Editorial Mosby/ Doyma Libros, S.A. 199, p. 39.

³ Oscar Valtueña. La Meninas. EL MÉDICO. 18-febrero-2000, p. 73-79.

⁴ William E. Wallace. Michelangelo. The complete sculpture, painting, architecture. Beaux Art Editions. 1998,p. 47.