

ESTUDIO, ANÁLISIS Y REPRESENTACIÓN PLÁSTICO-ESCULTÓRICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Santiago Navarro Pantojo
santiago@us.es

RESUMEN

El contenido de este artículo plantea las bases de una tesis doctoral sobre *La representación plástico-escultórica de la enfermedad de Alzheimer*. Dirigida por los doctores Rafael Spínola Romero de la Universidad de Sevilla, y Antonio José Chover, de la Universidad de Cádiz, esta investigación interdisciplinar pretende acercar entre sí los ámbitos artísticos y médico-científico que estudian esta enfermedad. El trabajo de recopilación de datos y realización de seguimiento de la enfermedad de Alzheimer se prolongó durante un periodo de diez años de investigación (1987/1997); desde la diagnosis clínica de la enfermedad hasta sus últimas consecuencias. Esta tesis, planteada desde un punto de vista plástico-experimental, propuso una metodología basada en el seguimiento prolongado y pormenorizado de los cambios que acaecieron en un enfermo concreto de Alzheimer durante toda su enfermedad hasta su defunción en marzo de 1997. El aspecto experimental del trabajo se enfocó desde la plástica escultórica, utilizando los más variados medios plásticos, técnicas visuales y procedimientos gráficos y escultóricos para sintetizar, estudiar, describir y analizar las degeneraciones formales que esta enfermedad provoca en el individuo afectado, así como la influencia de la misma en sus entornos social, familiar y cultural.

PALABRAS CLAVE: enfermedad, enfermedad de Alzheimer, arte, escultura, medicina, ciencia, diagnosis, degeneración.

ABSTRACT

The contents of this article are the basis of a PhD on *The plastic-sculpture representation of Alzheimer's Disease*. Headed by Doctors Rafael Spínola Romero of Seville University and Antonio José Chover of Cadiz University, this interdisciplinary research work claims to bring together the artistic and medical-scientific spheres studying this disease. The work of compiling all the data and continued monitoring of Alzheimer's was carried out over a period of ten years of research (1987/1997), from clinical diagnosis of the illness to its final effects. This thesis, taken from a plastic-experimental point of view, proposed a methodology based on ongoing monitoring and detailing of the changes affecting a particular Alzheimer's sufferer, throughout the illness up to the time of death, in March 1997. The experimental side of the work is based on sculptured plastic, using a wide variety of resources: plastics, visual techniques, and graphic and sculpture procedures to synthesize, study, describe and analyse the physical degenerations this illness causes in the person, and its influence on social, family and cultural contexts.

KEY WORDS: Illness, Alzheimer's disease, art, sculpture, medicine, science, diagnosis, degeneration.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

No cabe duda de que la enfermedad está claramente ligada al proceso vital de cualquier persona y mucho más al proceso de envejecimiento. Como es lógico el artista no queda ajeno ante este problema —en la mayoría de los casos— con importantes consecuencias sociales.

A través de las obras de muchos autores, podemos describir dichos procesos patológicos que a veces se ven prolongados en el tiempo marcando todo un periodo de producción. No obstante, no siempre es así, encontrándonos reiteradas veces representaciones simbólicas en torno a los elementos que se suceden en dichas enfermedades, como pueden ser: el dolor, la degeneración del rostro, el envejecimiento, el deterioro físico y (o) mental, etc.

Sería necesario revisar la Historia del Arte para darnos cuenta que son y han sido muchas las razones que unen la obra de arte y la enfermedad. Las representaciones que del tema de la enfermedad se han realizado a lo largo de la Historia parten tanto de la experiencia personal de los autores como de las características sociales de las épocas en las que vivieron. El número de obras que llegan a nuestros días en torno a esta temática es muy amplio, desde aquellas representaciones que surgen a partir de las enfermedades padecidas por sus autores, durante periodos determinados de sus vidas —que condicionaron de manera evidente sus producciones plásticas—, hasta las enfermedades que achacaron a personas cercanas al entorno de esos artistas y que, en la mayoría de los casos, se reflejaron de manera autobiográfica.

En este sentido, una característica fundamental que unifica en cierta manera estas representaciones plásticas de la enfermedad es el alejamiento de la llamada belleza clásica. Los artistas estudian el tema y proponen un nuevo tipo de belleza, aquella que existe en la vejez y lo deforma, a través del énfasis en ciertas expresiones plásticas —la mayoría de las veces duras para el observador—, o bien apoyándose en la expresividad de los recursos gráficos o de las tonalidades pictóricas utilizadas; así como en la plástica de los materiales en general. Es decir, proponen un nuevo lenguaje de formas e imágenes que dan mayor importancia a lo expresivo en unos casos, y a lo particular en otros. Muchos son los ejemplos de artistas de todas las épocas que sin ser médicos han sabido captar estos temas en sus trasuntos como «casos clínicos» y curiosamente en muchos abunda la llamada «estética de lo feo», ya mencionada con anterioridad por autores y doctores como el doctor Marino GÓMEZ SANTOS en su obra titulada *La medicina en la Pintura*¹.

En la contemporaneidad ha sido fuente de movimientos artísticos, destacando la atención e interés de muchos artistas y colectivos por enfermedades y plagas actuales como el cáncer y el SIDA, haciéndose eco de una opinión social

¹ Marino GÓMEZ SANTOS. *La medicina en la Pintura*, Ministerio de Educación y Ciencia. Servicio de publicaciones, Madrid, 1978, p. 11.

generalizada que, la mayor parte de las veces, adquiere un claro carácter crítico y reivindicativo. El artista se convierte así en figura fundamental para la divulgación del problema. Los nuevos medios de comunicación amplían las posibilidades artísticas y llegan hasta el espectador mostrándonos ejemplos de esta temática incluso en soportes digitales y multimedia.

Otras de las enfermedades recientes, descubiertas en este siglo y de la que desconocemos aún su origen es la *enfermedad de Alzheimer*. Su difusión a través de los medios informativos ha sido fundamental en las últimas décadas y las ayudas de instituciones y asociaciones han sido importantísimas para el avance en las investigaciones. Desde que en 1907 el neurólogo alemán Alois Alzheimer diagnosticara el caso de una mujer de 51 años de edad, la cual vio deterioradas sus facultades intelectuales en un breve transcurso temporal presentando trastornos en el lenguaje para posteriormente desembocar en una demencia, son muchos los casos y acepciones que ha recibido esta enfermedad. El doctor Alzheimer descubrió que su origen físico se produce en el cerebro mediante la aparición de placas de amiloide y ovillos neurofibrilares que influyen directamente en su funcionamiento².

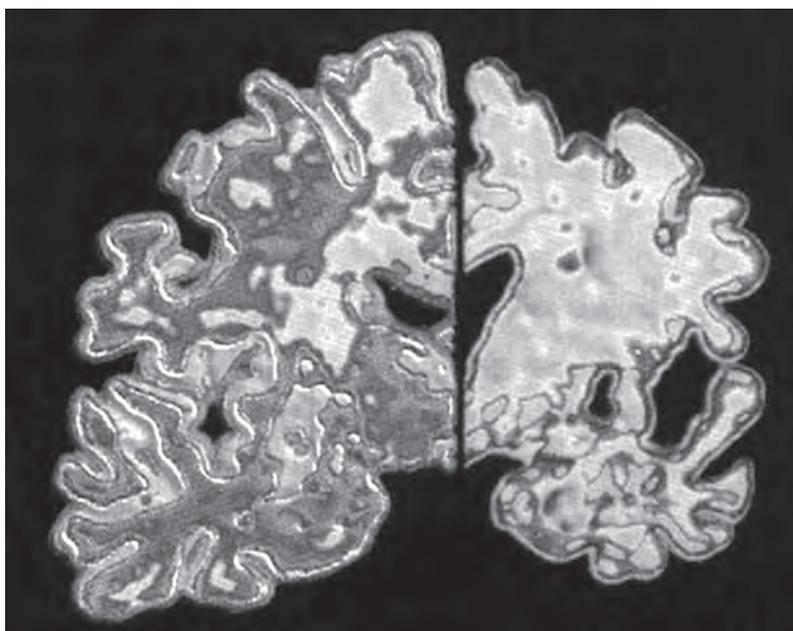


Foto 1. Cerebro Alzheimer / Cerebro Sano.

² Jacques SELMES. *Vivir con la enfermedad de Alzheimer*, Meditor, S.L., Madrid, 1990, p. 38.



En un principio esta enfermedad se consideró infrecuente e interesó tan sólo a unos pocos investigadores. Tendremos que esperar hasta los años 50, para que los hallazgos científicos acerca de sus manifestaciones clínicas permitieran establecer diagnósticos claros sobre la frecuencia de la enfermedad³. Se llegó a la conclusión de que la enfermedad descrita por Alzheimer años antes era la causa de la antigua demencia senil ligada estrechamente al proceso de envejecimiento.

La frecuencia de la enfermedad es mucho mayor de lo que en principio se pensó por parte de la comunidad científica, tal vez debido al desconocimiento que durante las primeras décadas se tuvo de la enfermedad⁴.

Es en los años 60 cuando se amplió el conocimiento del cerebro y, a su vez, de las lesiones cerebrales que causaba la enfermedad; se llegó a conclusiones tales como que la enfermedad de Alzheimer se genera en el individuo enfermo mucho antes de la aparición de sus primeros síntomas⁵. Pero será en los años 70 cuando se descubra realmente que la mayoría de las demencias eran de tipo Alzheimer.

Hasta hoy en día los avances en el conocimiento de la enfermedad han sido muchos, pasando por los descubrimientos acerca de los déficits que se producen en las conexiones entre neuronas y de las alteraciones genéticas, que en la década de los 80 nos aportan hipótesis nuevas acerca de este tipo de demencia, a pesar de que no se conozcan los verdaderos orígenes⁶.

Dentro del campo plástico y a diferencia de enfermedades como el SIDA o el Cáncer —citadas anteriormente—, la enfermedad de Alzheimer ha sido fruto de muy pocas representaciones y mucho menos de un seguimiento y estudio plástico de su evolución.

No obstante, resulta especialmente difícil hacer una representación plástica puntual de ella debido a sus características de enfermedad degenerativa, lenta e insidiosa. Actúa directamente sobre las cualidades físicas y psíquicas del organismo en un periodo bastante prolongado de tiempo y, por tanto, requiere el desarrollo de una lectura plástica progresiva que refleje el seguimiento simultáneo de la evolución de dicha demencia en el enfermo.

Este artículo pretende recopilar los datos fundamentales obtenidos durante un largo proceso de investigación de diez años: 1987/1997, durante el cual me propuse analizar, estudiar y representar la enfermedad de Alzheimer desde un punto de vista plástico-escultórico.

La necesidad de profundizar como artista en las características de este tipo de demencia surge de la propia proximidad familiar a varios casos de Alzheimer no muy lejanos en el tiempo y dentro del mismo seno familiar. Mi padre y su hermano

³ Joaquín VERA, *ABC de los problemas de pérdida de memoria, demencia y enfermedad de Alzheimer*, S/ed. Sevilla, 1998. p. 27.

⁴ *Ibidem*, p. 5.

⁵ Loc. cit.

⁶ Joaquín VERA, *op. cit.*, p. 5.

sufrieron esta enfermedad desarrollándola de los 47 a los 57 años respectivamente, edades muy tempranas si comparamos los cuadros normales en la aparición del también llamado *mal de Alzheimer*.

Mi desconocimiento inicial sobre la base científica y el desarrollo temporal de esta enfermedad me impuso —en una fase preliminar del trabajo— asesorarme desde un punto de vista médico, así como llegar a su entendimiento teórico a través de las fuentes bibliográficas específicas sobre esta demencia. Durante esta primera aproximación teórica recopilé y elaboré algunos cuadros y esquemas que me permitieran aunar aquellas características y fases comunes a la mayoría de los casos.

Características de la demencia de Alzheimer, como la prolongada duración en el tiempo y su carácter lento e insidioso, influyeron de manera directa y determinante en los presupuestos iniciales de esta tesis. Mi planteamiento supuso inicialmente el estudio de la enfermedad desde un enfoque teórico, utilizando los argumentos del ámbito médico, para luego desarrollar un trabajo de carácter plástico-experimental aplicado a un caso individual y concreto.

HIPÓTESIS

Según estos presupuestos iniciales, propuse las siguientes hipótesis de trabajo:

- 1) La proximidad física y emocional del artista al enfermo representado o a su entorno social justifica la representación plástica de dicha enfermedad.
- 2) Es posible reflejar el proceso prolongado de la enfermedad de Alzheimer en una sola escultura, superponiendo de manera secuencial los distintos cambios físicos de un modelo cercano afectado por esta patología y estableciendo paralelamente a dicho planteamiento, estudios progresivos, puntuales y fragmentarios, a través de modelos plásticos explicativos que parcialmente reflejen las características del modelo durante las distintas etapas de la enfermedad.

El conocimiento del modelo y el trabajo en directo serán algunos de los condicionantes fundamentales de esta investigación. La lenta progresión de sus características físicas y fisonómicas externas, así como la degeneración paulatina de sus capacidades psíquicas, marcaron que la duración del estudio dependiese directamente de todo el periodo de enfermedad, desde su diagnóstico clínica hasta sus últimas consecuencias.

Una investigación, por tanto, que discurre paralelamente al proceso evolutivo de la enfermedad durante un periodo de diez años y que, consecuentemente, dificulta la realización de lecturas puntuales de la misma. De este modo, serán el conjunto de los análisis, los estudios y experiencias realizadas, los que nos permitan describir de manera más concreta y precisa dicha enfermedad en ese caso determinado y establecido previamente.

Se trata, así mismo, de una tesis con un claro carácter procesual en el que el seguimiento secuencial y prolongado plantea un enfoque del tema desde varias



perspectivas formales, donde se propone la escultura como medio de análisis fundamental. Un trabajo, por tanto, que trata de definir tanto características formales, sociales e individuales del enfermo, utilizando para ello medios simbólicos, realistas e incluso dramáticos o expresionistas, en algunos casos.

Desde esta perspectiva, una de las aportaciones más relevantes del presente estudio es su nueva lectura de las apreciaciones médicas que se han hecho hasta ahora del tema, ampliando y complementando —mediante la plástica de los distintos medios gráficos y escultóricos— los cauces y argumentos descriptivos en el transcurso de esta enfermedad en el enfermo elegido.

METODOLOGÍA

Para la realización, recopilación y descripción de los datos y resultados obtenidos dividí mi investigación en tres partes fundamentales en función de los siguientes contenidos:

La PRIMERA PARTE, titulada: *Introducción a la enfermedad de Alzheimer*, comprende la descripción de las características generales de la enfermedad, a partir de la documentación bibliográfica especializada en torno a las investigaciones médicas específicas. El lenguaje médico supuso incluir dentro de esta parte dos capítulos fundamentales que describían formalmente las características del sistema nervioso central y del cerebro como principal órgano afectado en la demencia de tipo Alzheimer.

Jean Louis Albarède, José Antonio Tellería Díaz, H. Roselló Silva, N. Gómez Riera, A. Toledano, Joaquín Vera, son algunos de los autores más relevantes en la investigación de la enfermedad de Alzheimer. Sus escritos sobre la enfermedad, donde se establecen las causas, las etapas y su estudio longitudinal, fueron de imprescindible ayuda para el planteamiento, la estructuración y la toma de datos referentes a las bases y fundamentos médicos sobre el tema.

Títulos como: «Enfermedad de Alzheimer», «Estudio longitudinal sobre el curso de la demencia tipo Alzheimer», «Los factores de crecimiento y envejecimiento en la senilidad fisiológica y en la enfermedad de Alzheimer», «ABC de los problemas de pérdida de memoria, demencia y enfermedad de Alzheimer», son algunos de los múltiples trabajos: libros, manuales y artículos en revistas especializadas, que describen las características de esta y otras demencias y que denotan la importancia de la misma dentro de la comunidad científica.

Así mismo, las fuentes documentales han sido muy variadas y denotan un interés universal entorno al problema. Me gustaría mencionar —entre otros— el excelente trabajo que realizaron Nuria Castejón y Joseph Serrá en su vídeo *Alzheimer. Vivir en el olvido*, producido por Montse Sur en 1999. En este documento se resume la cruda realidad del Alzheimer y de la convivencia con enfermos de este tipo. Las afirmaciones de eminencias en la investigación Alzheimer como el doctor José Manuel Martínez Laje, o el doctor Dekowsky, director del Centro de Investigación de las Demencias de la Universidad de Pittsburg⁷, aclararon en gran medida mucho



de los aspectos de la enfermedad, así como de la propia involución en nuestro modelo de estudio.

La SEGUNDA PARTE: *Breve introducción histórica*; comprendía la descripción breve de la enfermedad vista a través de la obra de arte y durante las distintas etapas históricas. Dicha parte se estructuró a partir de la documentación bibliográfica estudiada en torno al tema. Una Segunda Parte donde nos aproximamos a algunos de los periodos, etapas, obras y artistas que históricamente han tratado el tema de la enfermedad desde los más variados presupuestos y puntos de vista, estableciendo un discurso cronológico y comparativo de los mismos. Algunos precedentes como «*La Medicina en el Museo del Prado*», de José María Bausa Arroyo publicado en 1933; «*Medicine and the artist*», de Carl Zigrosser publicado en 1970; «*La medicina en la Pintura*» del ya citado Marino Gómez Santos, publicado en 1978, fueron piezas fundamentales a la hora de afrontar la lectura de las obras de arte incluidas en esta parte. Otros son los trabajos específicos sobre esta temática: *Scienza e miracoli nell'arte del '600* de Sergio Rossi; *Visiones paralelas. Artistas Modernos y Arte Marginal* (1993) en el catálogo de la exposición con dicho título; *SIDA. Pronunciamiento y acción* en el catálogo de la acción de Pepe Spaliú, sirvieron, entre otros, de guión para describir cronológicamente algunas de las muchas representaciones plásticas de esta temática.

La TERCERA PARTE: *La enfermedad de Alzheimer en la obra plástica* comprendía todo un bloque que resumía los cambios degenerativos de un enfermo concreto de Alzheimer a partir de un planteamiento experimental de carácter plástico-escultórico. Este planteamiento plástico estableció como soporte principal las distintas técnicas escultóricas así como los estudios gráficos que analizaron los cambios sucesivos en este enfermo durante todo el periodo de enfermedad. Establecí, para ello, un discurso comparativo, basándome en las características médicas recopiladas en la Primera Parte, la documentación visual obtenida —fundamentalmente fotográfica—, y los esquemas y cuadros sinópticos elaborados durante el periodo de demencia. Para ello sintetice los periodos, fases y características de nuestro enfermo en cada una de estas etapas. Así mismo, y con objeto de organizar y hacer más concreta la exposición de los datos y resultados obtenidos, ordené los distintos estudios realizados agrupándolos en una serie de capítulos y epígrafes que describieran los distintos aspectos formales y psicológicos que sintetizaban las características individuales que rodearon al enfermo elegido.

⁷ La Universidad de Pittsburg es la *meca* de la investigación actual en la enfermedad de Alzheimer y es un banco fundamental de datos sobre esta demencia. Desde 1983 desarrolla programas de investigación específicos en la investigación de esta enfermedad.

RESULTADOS (DESCRIPCIÓN)

El conjunto de resultados obtenidos en esta investigación corresponde a todos los estudios gráficos, pictóricos y fundamentalmente escultóricos desarrollados durante las distintas etapas de la enfermedad.

Consciente de la dificultad que entrañaba el trabajo plástico quise, a este respecto, ser lo más objetivo posible en el trabajo de análisis. A esta circunstancia debo añadir el desconocimiento que desde el punto de vista científico se tiene respecto a los orígenes de esta enfermedad⁸. Tomé, por tanto, como guión básico de la investigación las características generales de esta enfermedad, a partir de los argumentos ya corroborados por los estudios de la comunidad médica, y los extrapolé a los cambios que se suceden en particular en nuestro modelo afectado, plasmando dicha progresión en el medio plástico, para luego obtener conclusiones desde un punto de vista comparativo entre lo que sería la degeneración real frente a la deformación plástica de la forma en los distintos medios utilizados.

Para poder entender la estructura, el contenido y los aspectos que analizan cada uno de los estudios: dibujos, maquetas, esbozos, fotografías, bustos, retratos, fragmentos, etc., es necesario tener en cuenta la progresión concreta de la enfermedad en el individuo afectado, ya que tanto la temporalización de las experiencias como la obtención de los resultados dependieron directamente de la evolución de la enfermedad y de, por el contrario, la involución del enfermo⁹.

Dichos resultados se estudiaron y unificaron de la manera más concreta posible, estableciendo una lectura comparada entre estos y las características particulares del proceso patológico y degenerativo de la demencia de Alzheimer. Desde la elección y descripción del modelo afectado, hasta las consecuencias plásticas de los cambios secuenciales en cada una de las etapas o fases de la enfermedad, creí necesario aportar el mayor número de datos posibles con el fin de ser más concretos en el análisis y, del mismo modo, describir los cambios progresivos del modelo bajo distintos puntos de vista.

De este modo, todo el periodo de estudio viene dividido en tres etapas diferenciadas que siguen la pauta de cualquier proceso Alzheimer. Estas tres etapas fueron denominadas, según las nomenclaturas médicas, como: *Fase Inicial* (1987/1990), que comprendía los cambios durante la llamada demencia Leve (leves despistes, cambios drásticos de humor...); *Fase Intermedia* (1991/1994), que estableció los cambios durante la demencia Moderada (carencias importantes en el lenguaje, gran apetito, insomnio, deambulación errante...); *Fase Grave o Terminal* (1995/1997+), que comprendió a su vez los cambios durante la demencia Severa (pérdida, total del lenguaje, incapacidad total para reconocer, estados sedentes prolongados,

⁸ Jacques SELMES, *op.cit.*, p. 53.

⁹ J.A. TELLERÍA y otros. «Estudio longitudinal sobre el curso de la demencia tipo Alzheimer», en *Rev. de neurobiología*. 25(146), 1997, p. 1.551. «El curso de la enfermedad de Alzheimer es progresivo y poco variable, pero no todos los pacientes presentan el mismo ritmo de deterioro intelectual».

estados de inconsciencia prolongados...). A estas tres fases se suele añadir la Fase Severa, que corresponde al periodo terminal del demente y que concluye por lo general en una neumonía y la consecuente defunción del enfermo.

La fecha de conclusión del trabajo de recopilación de datos de estudio vino condicionada por esta progresión temporal. Al tratarse de una enfermedad, como hemos dicho, progresivamente lenta y degenerativa —cuya duración depende en cada caso de: el enfermo, los antecedentes familiares, la edad de inicio, etc.—, la fecha de conclusión del análisis plástico y fotográfico del enfermo vino fijada en función de su estado de deterioro físico e intelectual, siendo en mi caso muy cercana a su defunción.

En *primer lugar*, y previamente a la enumeración y descripción de los resultados de esta investigación, creo necesario establecer una descripción general del modelo, indicando la fecha de inicio de su enfermedad, y su estado y características físicas y mentales. Para ello me basaré en las características generales de la enfermedad y las extrapolaré a nuestro modelo en particular. Utilizaré como soporte descriptivo el uso comparativo de la imagen fotográfica frente a nuestro análisis plástico, fundamentándome en su carácter objetivo.

En *segundo lugar* describiré, de manera detallada, así como fragmentada, los cambios físicos progresivos en el modelo durante las tres fases características de la enfermedad de Alzheimer.

Haré una descripción paralela y comparativa de las apreciaciones y estudios plásticos junto a la documentación fotográfica correspondiente a dichos estadios, procurando incidir en los cambios físicos fundamentales del modelo. Resaltaré tanto las modificaciones principales y mayormente evidentes en cada una de las fases, como los cambios concretos analizados en cada fragmento de la fisonomía: cabeza/rostro, torso; extremidades: brazos/manos, piernas/pies.

CONDICIONANTES DEL PROCESO PLÁSTICO

La mayoría de los cambios drásticos en el individuo se producen en la segunda y tercera fases de la demencia. Durante los primeros años los cambios fundamentalmente suceden en aspectos mentales, mucho más difíciles de plasmar en la plástica escultórica y desde un punto de vista objetivo.

Consecuencia del proceso prolongado, es la lentitud en las modificaciones físicas del enfermo, las cuales influyen directamente en las modificaciones plásticas. Si observamos la transformación del modelo desde un punto de vista fisiológico, vemos que su envejecimiento se acelera considerablemente pero nos resulta distinto al contrastarlo con el proceso plástico. La duración de los cambios de cada fase son lentos respecto a la ejecución plástica, es decir, condicionan directamente la duración de los estudios realizados.

A pesar de describir un plan de trabajo inicial, la voluntad de realizar un estudio completo de todo el proceso degenerativo conllevó prolongar el análisis hasta la consecución final de la enfermedad, momento que, *a priori*, no pude establecer.



Otra circunstancia que influyó en nuestro trabajo es la diferenciación formal entre las diferentes piezas que analizaron uno u otro aspecto. Distinguimos así dos grupos de estudios: estudios de los cambios físicos y estudios de los cambios psíquicos.

Los cambios físicos, como ya he citado previamente, han resultado más fáciles de representar escultóricamente debido a utilizar una forma de representación tridimensional. Pero el planteamiento inicial no sólo pretende reflejar los cambios físicos en el ámbito formal y estructural, sino aquellos que son fundamentales en la descripción de esta enfermedad, esto es: los cambios y degeneraciones psíquicas.

Durante esta investigación he tenido siempre presente estos dos enfoques plásticos y para ello planteé una clara diferencia entre dos tipos de análisis:

1. Análisis plástico objetivo.
2. Análisis plástico subjetivo.

Estos dos planteamientos se traducen en dos formas diferentes de expresión plástica. Los estudios plásticos objetivos recurren a una visión realista de la forma plástica en los que se da importancia a la mimesis directa de las transformaciones físicas del modelo, como por ejemplo los primeros estudios de retratos y dibujos analíticos. Los estudios subjetivos definen aspectos mayormente expresivos en los que se recurre a las posibilidades plásticas del material utilizado y en los cuales se tiende a reflejar los aspectos psicológicos del enfermo en cada fase.

A estos segundos corresponderían sobre todo los que analizan los cambios durante la Tercera Fase de la enfermedad o Demencia Severa, en la cual el envejecimiento es evidente, la deformación de las extremidades considerable (pérdida de masa muscular, rasgos de artritis...) y existe en general un cambio contundente en las proporciones.

En estos estudios subjetivos vemos, por tanto, una deformación plástica de la realidad, en la superficie de la pieza volumétrica y en la acentuación de unos rasgos respecto a otros, en función de su intensidad o de su protagonismo.

La expresividad de los gestos son sólo reflejo del rictus del paciente enfermo y aparecen fundamentalmente en los *estudios de posición* y en muchas de las escenas gráficas, así como en los pequeños fragmentos reproducidos en bronce.

EL MEDIO PLÁSTICO, LOS MATERIALES Y EL PROCESO

A todos los anteriores condicionantes del proceso plástico realizado hay que añadir las dificultades técnicas de los distintos medios de expresión plástica utilizados y las de los procedimientos técnicos elegidos. Previamente, he distinguido los análisis objetivos de los subjetivos para referirme a los aspectos de deterioro físico y mental, respectivamente. En cada uno de ellos he considerado los distintos medios plásticos a utilizar. Aunque no establecí una regla demasiado estricta, usé básicamente los medios fotográficos, gráficos (dibujos, grabados) y escultóricos.



Ni que decir tiene que la técnica utilizada supone un valor añadido al proceso de análisis así como aumenta la dificultad en la ejecución. En este sentido los procedimientos escultóricos en la mayoría de los casos conllevan un proceso mucho más lento que aquellos desarrollados en las técnicas gráficas y fotográficas, si a esta circunstancia añadimos la duración degenerativa de la enfermedad resulta un periodo de estudio realmente prolongado en el tiempo.

En este análisis utilicé tanto técnicas directas como indirectas, diferenciando a su vez aquellas que comprendieron materiales de modelado y moldeo respecto a aquellas que comprendieron materiales rígidos.

El vaciado (escayolas, siliconas), el modelado (en arcillas y ceras), la fundición (revestimientos de chamota, bronce) y la reproducción (en escayolas, ceras, resinas), estuvieron supeditados al estudio central realizado sobre una talla directa en madera de cedro de dimensiones naturales.

El modelado, tanto en procesos directos como en procesos indirectos, fue realizado fundamentalmente en arcillas, y en ceras de fundición. Estos materiales obviamente condicionaron los procesos de ahuecado, estructuras, cocciones y pátinas en el caso de las piezas en terracota y los procesos de fundición en el caso de las ceras que posteriormente sirvieron para la obtención de los bronce, con sus consiguientes fases de cincelado, patinado y montaje.

De manera muy puntual, algunos de los estudios se realizaron en mármol, aportando algunos datos más a los estadios por los que pasó el modelo durante este periodo de enfermedad.

La talla en torno a la cual estructuré inicialmente este trabajo fue un proceso directo sobre madera de cedro cuyo objetivo era recoger paulatinamente los cambios degenerativos del enfermo. Colocado en posición vertical, de pie y estático, fui analizando tanto la totalidad y sus variaciones proporcionales, como las modificaciones parciales. En el proceso de análisis dediqué mayor importancia al estudio de aquellas partes que achacaron mayor número de cambios y las contrapuse a aquellas otras cuyos cambios fueron más sutiles. Todas estas modificaciones se añadieron a la talla inicial a medida que la enfermedad avanzaba.

En unos casos los datos argumentaban cambios en el ámbito estructural, y en otros, en el ámbito topográfico, es decir, analizaban las modificaciones superficiales.

He de decir que todo el estudio basó su desarrollo en el seguimiento del modelo desnudo. Con objeto de poder analizar y reflejar los cambios físicos del enfermo consideré, desde el primer momento, la realización progresiva de estudios escultóricos desnudos, con el fin de destacar en cada momento los cambios más evidentes sucedidos en cada estado evolutivo.

TRANSFORMACIÓN EN LA FISIONOMÍA DEL MODELO DURANTE EL PERIODO DE ENFERMEDAD

Podríamos referirnos a un envejecimiento acelerado cuando hablamos de la enfermedad de Alzheimer. Sabemos que durante el envejecimiento hay alteraciones tanto físicas como psíquicas. Respecto a esta cuestión fundamental durante la in-



vestigación, creí necesario establecer con la mayor claridad posible las diferencias entre envejecimiento fisiológico y envejecimiento patológico, contraponiendo sus diferencias. La comunidad científico-médica se refiere al envejecimiento fisiológico como aquel proceso que acaece en la mayoría de los seres vivos¹⁰ y lo confronta al envejecimiento patológico diferenciándolo como aquel que se denota a medida que los cambios ligados a la vejez sean mayores.

El principal condicionante del *mal de Alzheimer* es la edad en la que aparecen los primeros síntomas¹¹. En el caso particular de esta investigación pude observar de una manera especialmente drástica este proceso de envejecimiento. Constaté que la regresión es mayormente drástica cuanto más temprana se desarrolle la enfermedad en el individuo¹². Los primeros síntomas en nuestro modelo de estudio se suceden a una edad muy temprana: 47 años de edad.

En el transcurso temporal de la enfermedad —aproximadamente diez años— se sucedieron cambios sorprendentes en el individuo, tanto desde el punto de vista físico como desde el punto de vista mental. Comenzando por la modificación del ángulo facial y de una alteración gradual en el rictus y en la expresión del enfermo, observé una transformación general de su fisonomía. El proceso acelerado de envejecimiento actuó encaneciendo sus cabellos y transformando su rostro en el de un anciano. Pero no sólo existieron cambios en la fisonomía del rostro sino que también acontecieron en la totalidad del físico. La deshidratación —mucho más evidente en la tercera fase de la enfermedad— y la pérdida paulatina de capacidad locomotriz conllevaron transformaciones de su físico que abarcaron tanto torso como extremidades.

La aparición de artrosis¹³ en las articulaciones y la inmovilidad de las manos provocaron actitudes y posiciones características en el enfermo e influyeron negativamente en la capacidad de movimiento y en su actitud corporal en general.

Hubo una clara disminución de la estatura, dándose una diferencia evidente entre la estatura inicial del modelo y su estatura final. Los diámetros transversales (biacromial/bicrestal) redujeron en tamaño, si comparamos proporcionalmente éstos con las masas musculares en los estadios inicial y grave respectivamente. Siendo más explícito, en el siguiente esquema apreciamos la relación: *Año / Estadio de la enfermedad / Altura del enfermo*, y observamos que a medida que avanza la enfermedad existió una disminución evidente de esta longitud.

Si bien es común que en cualquier proceso de envejecimiento exista una reducción de la talla por contracción de los discos intervertebrales y la osteoporosis,

¹⁰ John FOX. *Epidemiología: El hombre y la enfermedad*, Prensa médica mexicana, Méjico, 1975, p. 230.

¹¹ Loc. cit.

¹² Normalmente, y dependiendo de la intensidad de la enfermedad, suele desarrollarse en periodos de dos a diez años, influyendo claramente la incidencia y la progresión de los primeros cambios.

¹³ Artrosis. f. Afección articular degenerativa.

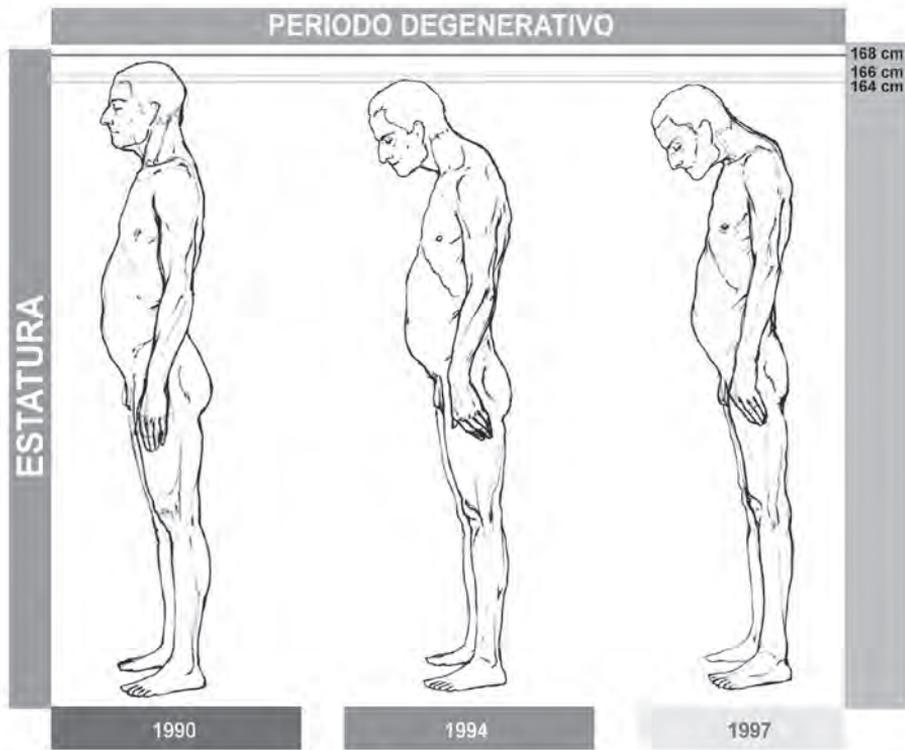


Foto 2. Evolución general de perfil.

esta contracción de los discos intervertebrales provoca también el aumento de la convexidad de la columna dorsal¹⁴, que produce a su vez un encorvamiento de la espalda.

Los segmentos que rigen la estatura: cefálico, raquídeo, pelviano y extremidades inferiores¹⁵, se vieron modificados a medida que avanzaba la enfermedad. Disminuyó el segmento cefálico respecto a los otros tres y consecuentemente existió una transformación de las proporciones iniciales.

Frontalmente, por el contrario, hubo una transformación de la anchura del modelo. Como podemos observar en el cuadro, los diámetros *biacromial* (*H*) —correspondiente a la distancia entre las zonas externas de los acróminos—, y

¹⁴ Philip D. SLOANE. «El envejecimiento normal» en *Atención Primaria en Geriatria*. Casos clínicos, 2ª edición. R.J. Ham y P.D. Sloane (Eds). Mosby/Doyma Libros (ed.) Madrid, 1995, pp. 20-40.

¹⁵ Paulette MARQUER, *Las razas humanas*, Alianza, Madrid, 1984, p. 40.

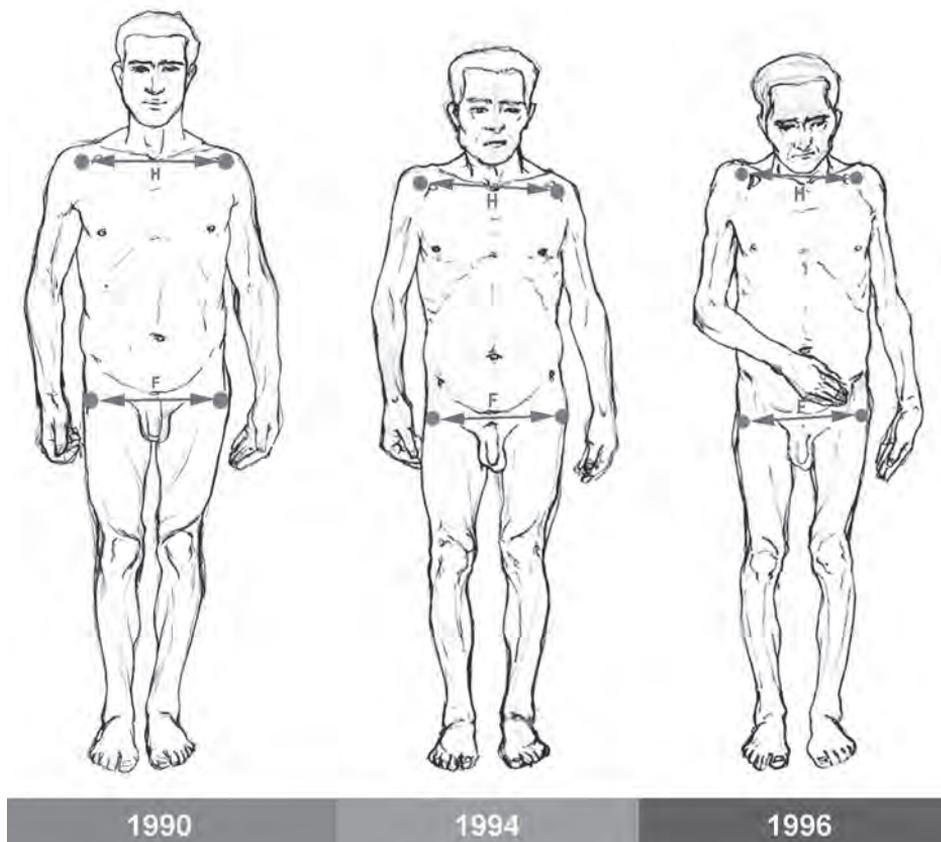


Foto 3. Evolución general frontal.

bicrestal (F) —correspondiente a la distancia entre las partes más externas de las crestas ilíacas—, tuvieron un estrechamiento relativo entre ambos. El diámetro biacromial se estrecha según evoluciona la demencia, mientras que el diámetro bicrestal adquiere protagonismo en la figura en general y en el torso en particular, debido a la pérdida de masas adiposa y muscular.

Desde una visión ventral, existió una progresiva inclinación de ambos diámetros entre sí, debido a las posiciones sedentes que se prolongan a medida que avanza la enfermedad. El hombro derecho de nuestro modelo subió respecto al izquierdo y consecuentemente inclinó dicho diámetro hacia la izquierda.

La pérdida de peso —consecuencia de la fuerte disminución de masas musculares— fue unida a la aparición de atrofas musculares en el conjunto de las articulaciones, denotándose una mayor regresión en la movilidad de las manos y en la actitud del cuello, progresivamente inclinado hacia adelante.

Todas estas características se sumaron en una actitud crecientemente estática a medida que transcurrió la demencia. Sin embargo, no podemos dissociar los procesos físico y mental; ambos se encuentran ligados claramente entre sí. Por tanto, las sucesivas comparaciones que planteé a lo largo de la descripción formal del modelo correspondían a degeneraciones mentales implícitas de cada fase. Es decir, una creciente pérdida de memoria y desorientamiento espacio-temporal provocaron en el enfermo trastornos mentales que influyeron directamente en sus hábitos y en su actividad.

DESCRIPCIÓN COMPARATIVA DE LOS CAMBIOS SUCEDIDOS ENTRE LAS DISTINTAS PARTES FÍSICAS DEL ENFERMO EN SUS DISTINTAS FASES

En el análisis pormenorizado de los cambios sucedidos en nuestro modelo de estudio planteé una descripción fragmentada de cada una de sus partes físicas para finalizar con la descripción de sus actitudes o posiciones más frecuentes durante el transcurso de su enfermedad.

Establecí un recorrido descendente desde la cabeza a los pies. En primer lugar profundicé en el conjunto craneal —la cabeza y los cambios acaecidos en el rostro— durante los 10 años de estudio. Posteriormente me centré en el cuello y en el torso. Para terminar afronté la descripción de los cambios en las extremidades superiores y las manos, y finalmente aquellos sucedidos en las extremidades inferiores y los pies.

Me apoyé en esquemas que resumieran los cambios fundamentales en cada una de las partes. En algunos casos tuve que recurrir a esquemas geométricos y en otros a esquemas y bocetos lineales, ayudándome de dibujos realizados a grafito a partir de la documentación fotográfica, que también adjunté, con objeto de realizar una comparación continua entre realidad y representación.

A parte del envejecimiento y adelgazamiento general de nuestro modelo, características ya citadas anteriormente, cada uno de los fragmentos físicos de su cuerpo presentó —en mayor o menor medida— transformaciones. Así, puedo adelantar que la cabeza y en concreto el rostro sufrieron una transformación bastante más evidente e impresionante durante los años de demencia que aquellas degeneraciones sucedidas en el torso o las extremidades inferiores. La mayor parte de las descripciones fueron fundamentalmente formales, ya que estuvieron condicionadas por las degeneraciones psíquicas que en cada momento presentó nuestro enfermo. No obstante, estas características psíquicas requirieron de una argumentación especialmente destacada, refiriéndolas a algún cambio o actitud puntual del modelo.

La cabeza

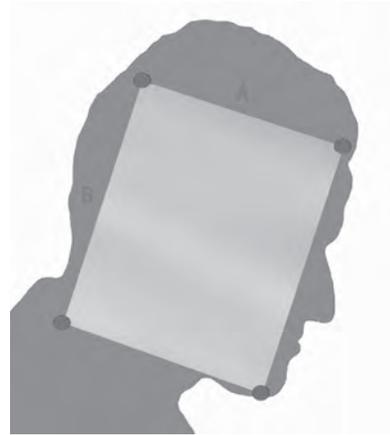
Durante toda la demencia, y en especial en las segunda y tercera fases de la enfermedad, la cabeza de nuestro enfermo adquirió paulatinamente las características físicas y fisonómicas de un anciano. El encanecimiento de sus cabellos unido a

la aparición de un mayor número de arrugas superficiales en su rostro y la pérdida progresiva de las piezas dentales hizo que presentase un envejecimiento acelerado, tanto físico como psíquico¹⁶.

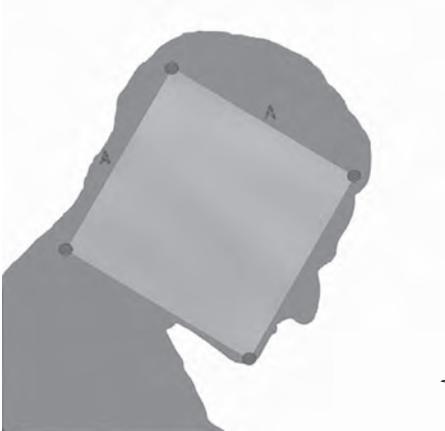
La mayor parte de estos cambios van a suceder en el rostro. Éste posee una gran parte de las características y expresiones de nuestro enfermo, por lo que sus cambios se hacen más evidentes a la persona que lo observa respecto a otras zonas. Así mismo, el protagonismo de unas zonas respecto a las otras se hizo mayor y, por supuesto, el rictus facial varió de manera contundente y sorprendente.



◁ Foto 4. Perfil 1987.



△ Foto 5. Perfil 1992.



◁ Foto 6. Perfil 1997.

¹⁶ Carlos PLASENCIA CLIMENT. *El Rostro humano*, Universidad Politécnica de Valencia, Departamento de Dibujo, Servicio de Publicaciones, Valencia, 1988, p. 250: «...científicamente, la configuración de los huesos del cráneo no puede reportar ilustración alguna sobre la personalidad psíquica del individuo, a no ser que se trate de alteraciones patológicas...».

En general se produjo un achatamiento del volumen. El maxilar inferior se hizo más prominente en el perfil y, con la boca cerrada, aunque la distancia entre la frente y la barbilla disminuyeron, la actitud de toda la cabeza evolucionó hacia delante debido a una drástica degeneración en las cervicales que provocó la inclinación del conjunto craneal, desarrollando estructuralmente uno de los gestos más representativos de nuestro enfermo en concreto. Todo el volumen se adelanta en general, respecto a la actitud que mantuvo durante la primera fase de la enfermedad establecida entre los años: 1987/1991.

En líneas generales, el perfil de la cabeza evolucionó desde la forma rectangular a la forma cuadrangular. La barbilla poco a poco se aproximó al pecho y consecuentemente varió la posición relativa de la oreja respecto a la nariz y a la mandíbula. La pérdida paulatina de las piezas dentales produjo un pronunciamiento de la parte inferior de la mandíbula (maxilar inferior) así como un protagonismo de la misma respecto a otros elementos faciales.

Desde una visión ventral, por el contrario, la estructura de la cabeza evolucionó hacia una forma muy distinta.

Frontalmente, el rostro evolucionó desde una forma poligonal rectangular, cuyos lados mayores se presentaban paralelos, hasta una superficie prácticamente triangular, en las últimas imágenes registradas de nuestro enfermo. Todo esto se tradujo en un progresivo protagonismo de la parte superior del rostro respecto a los elementos faciales situados en la parte inferior. Toda la zona inferior decreció res-



△ Foto 7. Esquema frontal 1987.



△ Foto 8. Esquema frontal 1990.



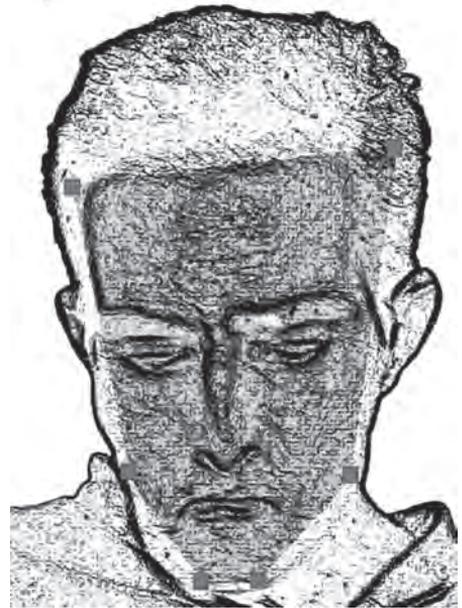
△ Foto 9. Esquema frontal 1992.



△ Foto 10. Esquema frontal 1994.



△ Foto 11. Esquema frontal 1996.



△ Foto 12. Esquema frontal 1997.



Foto 13. Esquema frontal 1997. Terminal. ▷

pecto a la superior, lo que expresivamente denotó un mayor protagonismo de la mirada respecto a la expresión de la boca.

El rostro del enfermo perdió paulatinamente la armonía proporcional de la primera fase, volviéndose más asimétrico y duro. Si bien el hemirrostro derecho evolucionó hacia un énfasis expresivo mucho más acentuado que su correspondiente izquierdo, que se mantuvo, por el contrario, más relajado durante todo el proceso degenerativo.

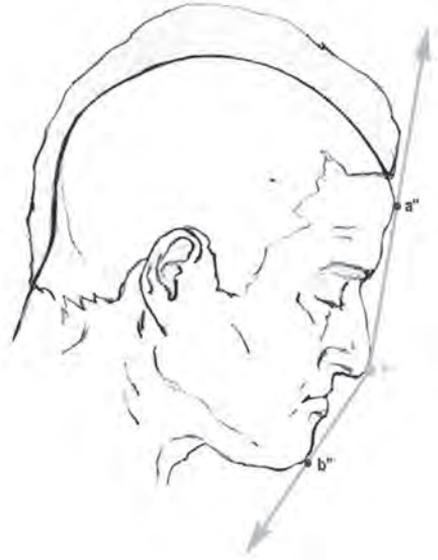
A medida que evolucionó la Enfermedad de Alzheimer, existió una apertura del ángulo facial externo provocado fundamentalmente por la relación existente entre los puntos: **a**, **0** y **b**, del Dibujo que se adjunta¹⁷.

Vemos cómo entre 1987 y 1997 el rostro se achata y el fragmento inferior del mismo —considerando éste por debajo de las fosas nasales— disminuye. Mientras, el fragmento **0a** se mantiene prácticamente igual durante toda la enfermedad. Evidentemente el adelgazamiento y la disminución de los músculos masticadores provocaron un relativo protagonismo de la nariz respecto a otros elementos faciales. Si bien es cierto que existe en el envejecimiento un posible aumento de tamaño debido al

¹⁷ He realizado una variación en la apreciación que Camper hace de su ángulo facial para realizar una relación externa entre los tres puntos indicados en los esquemas.



△ Foto 14. Ángulo facial externo 1987.



△ Foto 15. Ángulo facial externo 1992.



△ Foto 16. Ángulo facial externo 1996.



△ Foto 17. Ángulo facial externo 1997.





△Foto 18. Mirada 1987.



△Foto 19. Mirada 1992.



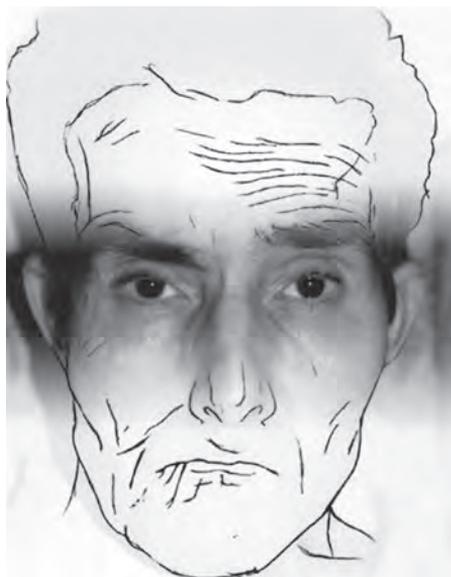
△Foto 20. Mirada 1993.



△Foto 21. Mirada 1995.

depósito continuo de cartílago. Este rasgo puede hacernos pensar que el ángulo facial establecido disminuya, lo cual no es cierto, atendiendo a la explicación anterior.

Pero no sólo evolucionaron aspectos formales como los citados hasta el momento, sino que a éstos se añadieron lo que podríamos considerar como «signos adicionales» en la expresión del rostro. La palidez y el color serían signos que se acrecentarían durante la enfermedad. La piel, aparte de ser progresivamente más fina, sutil y arrugada, se tornó más pálida, adquiriendo un color blanquecino —muy común en las afecciones cerebrales¹⁸—, de este modo desapareció la carnación oscura de nuestro enfermo. La boca se detrae y desaparece la carnosidad y la coloración de los labios, virándose mucho más transparente¹⁹ y acentuando el envejecimiento en la fisonomía externa del enfermo²⁰.

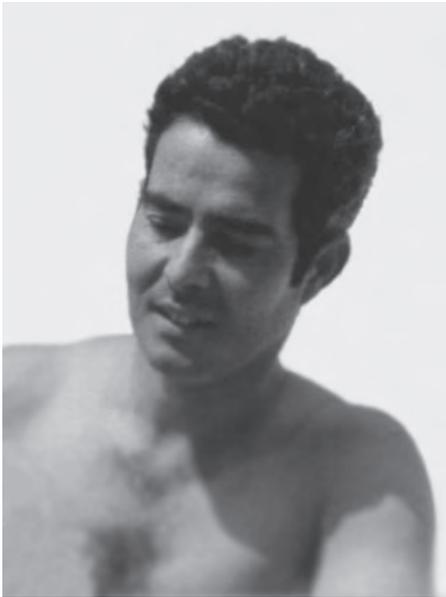


◁ Foto 22. Mirada 1996.

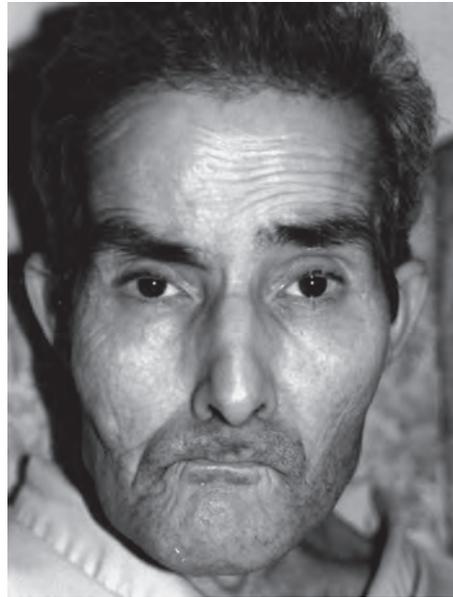
¹⁸ Carlos PLASENCIA CLIMENT, *op. cit.*, p. 316: «...determinadas patologías pueden descubrirse en un primer momento, gracias a que, en el cuadro sintomatológico, aparece la alteración cromática de la piel, junto con otros signos, y que esta presenta un gran valor al ser perceptible de forma inmediata».

¹⁹ L. TALBOT. «Cambios Fisiológicos» en *Enfermería Geriátrica. Cuidados de Personas Ancianas*, M.O. Hogstel (ed.), Paraninfo (ed.), Madrid, 1998, pp. 75-110: «No sólo se suceden variaciones estructurales sino que son evidentes las variaciones a nivel de tejido epitelial: piel, pelo, uñas, al igual que ocurre en cualquier proceso de envejecimiento fisiológico o normal».

²⁰ En el anciano existen una serie de cambios característicos en torno a la cavidad bucal. Entre otros podemos destacar: un adelgazamiento del rojo de los labios; la lengua se atrofia perdiendo papilas gustativas; una menor producción de saliva; los dientes se vuelven secos, frágiles y manchados; es frecuente la pérdida de piezas dentarias y el desplazamiento de las restantes.



△ Foto 23. Aspecto del rostro en 1987.



△ Foto 24. Aspecto del rostro en 1997.

El rictus

Claro está que existen enfermedades como las psicóticas que influyen directamente en la expresión del rostro del enfermo²¹. En el caso de la enfermedad de Alzheimer hay un progresivo hermetismo del enfermo respecto al exterior. La pérdida del léxico provoca en el demente y en su relación con los que le rodean una actitud cada vez más estática y una falta progresiva de comunicación. Estos sucesos influyeron directamente en sus gestos. Poco a poco decrecieron sus expresiones emocionales, como el llanto o la risa. Como consecuencia nos encontramos con un enfermo que en la primera fase comunicaba con el lenguaje; en la segunda fase con su actitud y sus expresiones corporales; y en la tercera fase, únicamente observaba fijamente durante los momentos de conciencia.

Uno de los rasgos que involucionaron hacia un protagonismo mayor en las últimas etapas de enfermedad fue la mirada. De las primeras expresiones que nos brindó el enfermo en su primer estadio a las recogidas en los últimos años de de-

²¹ Carlos PLASENCIA CLIMENT, *op. cit.*, p. 411.



△ Foto 25. Expresión del rostro en 1987.



△ Foto 26. Expresión del rostro en 1992.



△ Foto 27. Expresión del rostro en 1993.



△ Foto 28. Expresión del rostro en 1995.





△ Foto 29. Expresión del rostro en 1996.



△ Foto 30. Expresión del rostro en 1997.

mencia observé, no sólo cambios estructurales apreciables a simple vista, sino también cambios expresivos captados de manera estática en la documentación fotográfica recavada. La zona ocular degeneró, provocando unas cuencas oculares más redondas²². En la última fase se apreciaban unas órbitas salientes, y unos párpados semicerrados y hundidos, rasgos típicos de la máscara fúnebre²³. La comunicación no verbal condujo al enfermo a fijar la mirada en aquello que le llamaba la atención y, por tanto, ésta adquirió mucha más fuerza al no estar acompañada de ninguna otra expresión.

Esta evolución de la mirada provocó una expresión más dura y forzada de las cejas y la aparición de pequeñas arrugas supraciliares que acentuaron el énfasis expresivo del rostro enfermo. El tejido adiposo y la atrofia muscular cercanos a la región circundante al ojo se hicieron prácticamente inseparables. El adelgazamien-

²² *Ibidem*, p. 292. Al igual que en el anciano y en el envejecimiento fisiológico, la pérdida de tono de los músculos parpebrales y de la elasticidad de la piel provocan la caída de los párpados o *Ptosis parpebral*.

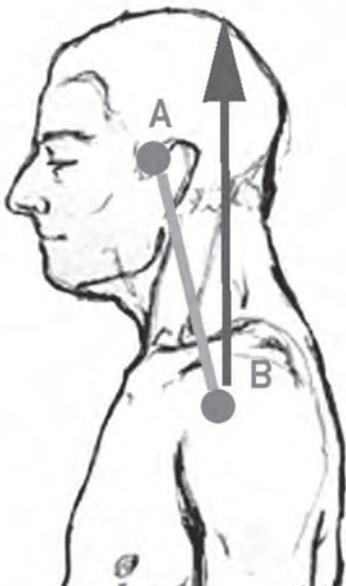
²³ Bernard CEYSSON y otros. *La escultura. La tradición de la escultura antigua desde el siglo XV al XVIII*, vol. III, Skira-Carroggio, S.A. de Ediciones, Barcelona, 1991, p. 224.

to y la deshidratación general del enfermo se plasmaron de manera drástica en su rostro, envuelto de una piel sutil y arrugada²⁴ en los últimos años de enfermedad.

El cuello

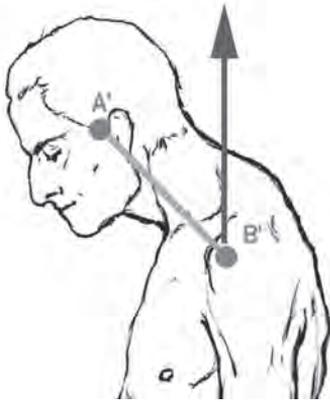
Es precisamente en la involución de este fragmento donde reside una de las características más personales de nuestro enfermo y, consecuentemente, de los estudios volumétricos y gráficos realizados.

Si observamos los esquemas gráficos que recogen los momentos puntuales del perfil del demente en las 3 etapas de su enfermedad, podemos ver que el cuello adquiere progresivamente una inclinación cada vez más acentuada. Mientras que en 1990 (demencia leve) nuestro modelo, ya enfermo, presentaba un aspecto exterior sin rotundos signos de degeneración física, en 1994 (demencia moderada) y con mayor intensidad en 1996 (demencia grave), estos signos se harán evidentes.

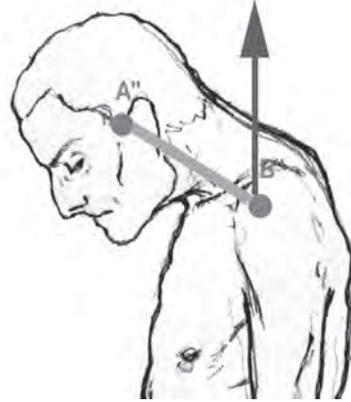


△ Foto 31. Esquema 1990.

²⁴ L. TALBOT, art cit., pp. 75-110: «La aparición de arrugas superficiales no es sólo característica del rostro sino el envejecimiento en general. El anciano en su proceso de envejecimiento presenta la aparición de arrugas por la pérdida de grasa subcutánea y agua, así como por años de exposición al sol. Tiene menor elasticidad de la piel que se vuelve más delgada, seca y escamosa. Del mismo modo se dañará fácilmente».



△ Foto 32. Esquema 1994.



△ Foto 33. Esquema 1996.

En el segundo estadio: 1991/94, la inclinación del cuello —provocada por una degeneración progresiva y por las prolongadas posiciones— se hace mayor respecto a la vertical.

Como observamos en el esquema, la distancia entre los puntos A y B se hizo cada vez más corta debido a que los hombros progresivamente alzaban su posición, como comentábamos con anterioridad. El grado de inclinación crecía a medida que la degeneración física también lo hacía. En el tercer estadio: 1995/97+, el ángulo llegó a ser de casi 45° y la actitud del enfermo varió considerablemente.



△ Foto 34. Estado del cuello en 1993.



△ Foto 35. Estado del cuello en 1996.

El deambulismo errante característico de la 2ª fase de la enfermedad se intensifica y se prolonga hasta casi la mitad de la 3ª fase. Serán la inclinación de la cabeza y el cuello respecto al tronco los que provocarán continuas pérdidas de equilibrio en las etapas más avanzadas. También serán la causa de la inclinación progresiva del torso para contrarrestar esta posición y equilibrar el cuerpo enfermo.

Tanto los bocetos a grafito y tinta como las piezas modeladas en plastilina redundaron en esa actitud. Los datos de estudio fueron tomados tanto de la observación directa como de la retentiva visual, de tal modo que en muchas de las piezas el volumen y la composición de las masas restaron prioridad al parecido físico.

La pieza *Retrato de un hombre anónimo II* (1995), realizada en mármol, planteaba, desde un punto de vista fundamentalmente frontal, las cuestiones descritas con anterioridad. La exageración de los volúmenes y la simplificación de algunos de ellos —como en el caso del hombro o el pectoral— contrastan con el análisis detallado del rostro y del cuello en tensión, totalmente contrapuestos a los elementos anteriores. En otras piezas, en cambio, de menor dimensión, las características superficiales, condicionadas por el propio material, y las características formales son diferentes a la pieza anteriormente descrita.



Foto 36. Retrato de un hombre anónimo II.
Mármol. Altura: 45 cm. 1994/1995.

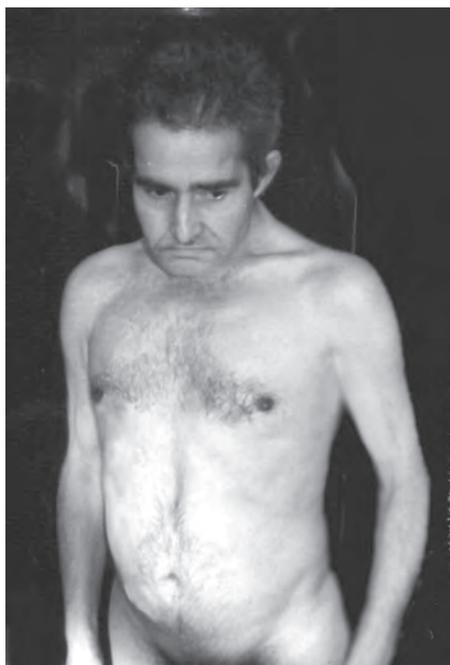


Foto 37. Boceto preparatorio. Grafito
sobre papel. 15 × 11,5 cm. 1994.

Mientras que en los estudios realizados entre 1993 y 1995 podemos intuir la construcción o el esbozo de los brazos como podemos apreciar en la pieza *Pequeño torso con cabeza* (1993), en los estudios posteriores: 1996 y 1997, los brazos desaparecen en función de una mayor fuerza expresiva. La inclinación y la rotundidad de la atrofia cervical eran mayores y como consecuencia les presté plena atención, restándosela, a su vez, a los hombros y brazos.



△ Foto 38. Torso 1987.



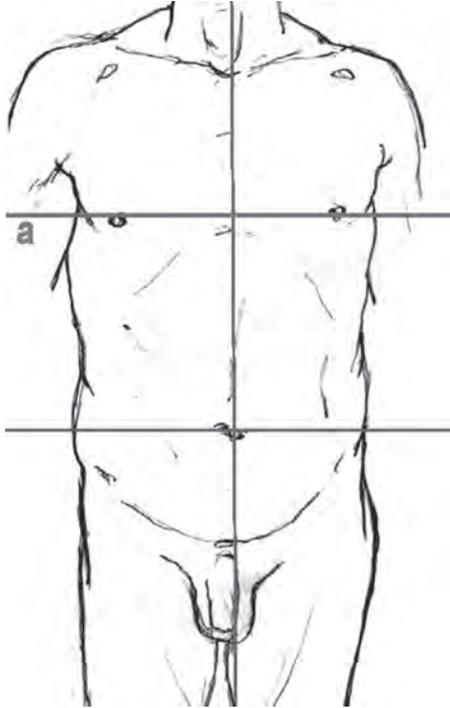
△ Foto 39. Torso 1996.

El torso

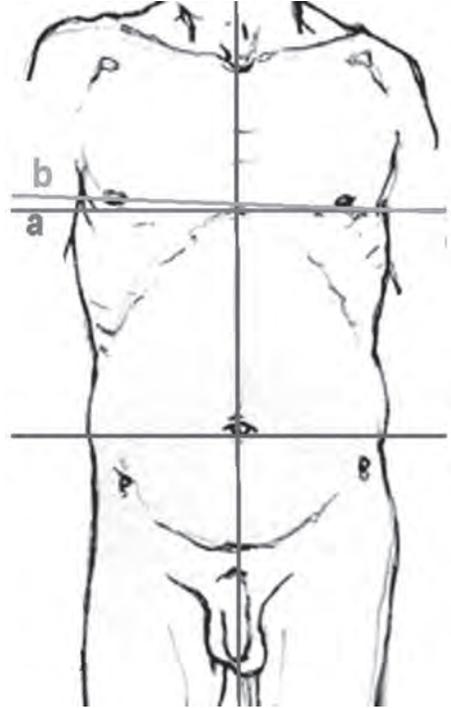
Si en la cabeza y el rostro los cambios eran muchos y evidentes, en el caso del torso la pérdida progresiva de masa muscular y el adelgazamiento fueron las transformaciones más notables. El adelgazamiento provocado por la deshidratación del enfermo —mucho más drástico en los últimos dos años de enfermedad— influyó directamente en el aspecto externo del demente. Su torso —de constitución ancha— involucionó hacia un torso delgado en el que la estructura ósea estaba cada vez más presente. La rigidez en las posiciones fue progresivamente mayor y los

brazos se acercaron al tórax y al abdomen para perder prácticamente su movilidad durante el último estadio de enfermedad.

Desde un punto de vista frontal, la longitud de los dos diámetros proporcionales que rigen este fragmento varió entre sí. La rigidez progresiva de los brazos influyó en la rigidez de hombros y, en gran medida, en la pérdida general de movimientos durante el periodo de demencia: 1987/1997.

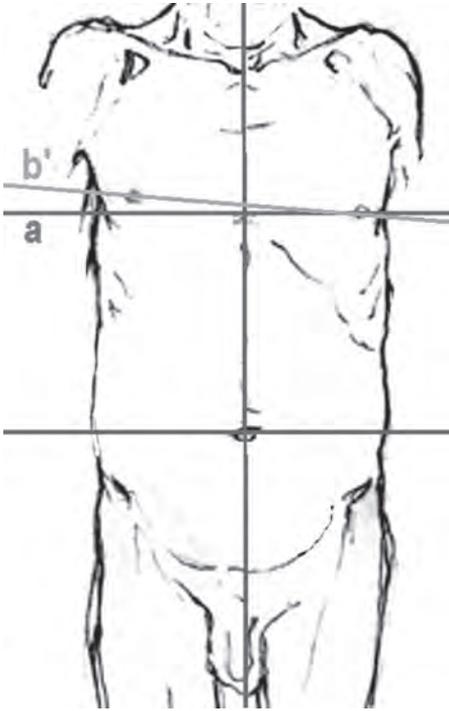


△ Foto 40. Esquema de la evolución frontal de 1990.



△ Foto 41. Esquema de la evolución frontal de 1994.

Al observar el dibujo vemos que, además de un adelgazamiento real en nuestro modelo, existe un adelgazamiento relativo al modificarse su actitud general. En el dibujo, he denominado **a**, la línea inicial que comprende ambos pezones y **b, b'**, la transformación que esa línea inicial adquiere en las fases sucesivas. En esa transformación aparece un ángulo entre la línea inicial y las sucesivas. Los hombros poco a poco se alzaron respecto a la posición inicial y la longitud del torso se hizo levemente mayor. Todo ello, unido al consecuente adelgazamiento, generó una imagen externa enjuta y estilizada. El hombro derecho se elevó un poco más respecto al izquierdo, lo cual provocó una inclinación del diámetro biacromial hacia la izquier-



△ Foto 42. Esquema de la evolución frontal de 1997.

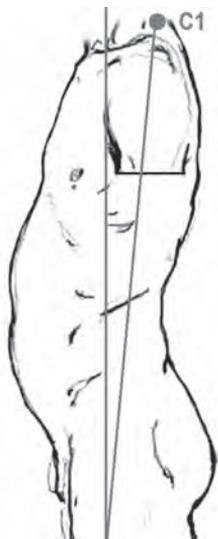


△ Foto 43. Torso (...del hombre anónimo). Bronce. Vista anterior. 80 cm. 1996.

da e influyó directamente en la inclinación de los pectorales. Es ésta una posición que —debido a la falta de movilidad del enfermo— se mantendrá durante toda la tercera fase de la enfermedad.

Desde un punto de vista lateral se sucedieron otros cambios a partir de la estructura de la fase inicial. El torso se inclinó secuencialmente hacia atrás. Entre otras circunstancias supuse que de este modo el enfermo podía contrarrestar los desequilibrios causados por la degeneración del cuello y la atrofia cervical. Otras causas pudieron ser el estado anímico del enfermo y su progresiva apraxia. Esta inclinación se vio a su vez potenciada por la pérdida de musculatura y zonas adiposas de los glúteos, haciendo todavía más salientes y externos los puntos óseos superiores²⁵.

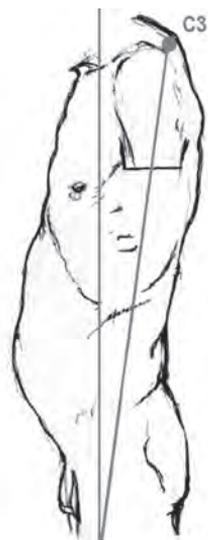
²⁵ L. TALBOT, loc. cit., pp. 75-110. «En los procesos comunes de envejecimiento, por el contrario, la persona adquiere una postura encorvada que, con una ligera flexión de las rodillas, caderas, codos y muñecas, se intenta compensar con una clara inclinación de la cabeza hacia atrás».



◁ Foto 44. Esquema de la evolución lateral de 1990.

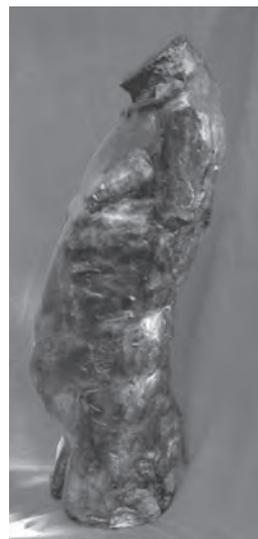


Foto 45. Esquema de la evolución lateral de 1994. ▷



◁ Foto 46. Esquema de la evolución lateral de 1997.

Foto 47. Torso (...del hombre anónimo). ▷
Bronce. Vista del perfil. 80 cm. 1996.



LAS EXTREMIDADES

Los brazos

La movilidad no sólo se refiere al deambulismo característico de este tipo de demencias sino que interviene en todas las capacidades motoras del enfermo afectado. El enfermo se desprende poco a poco de sus actividades cotidianas: deja de escribir y de leer paulatinamente ya que es incapaz de reconocer los términos y de com-



△ Foto 48. Brazo 1987.



△ Foto 49. Esquema 1987.

prender los textos. Esta pérdida progresiva de condiciones físicas influye directamente en la totalidad de su físico, incluidas las extremidades superiores.

El demente dejó de usar sus brazos y manos, sobre todo en las últimas etapas de la enfermedad, fase grave; en ésta presentaba cuadros de artritis en casi la totalidad de sus articulaciones²⁶.

El brazo derecho tuvo así una evolución común en algunos aspectos a su correspondiente izquierdo pero mucho más drástica en general. La pérdida de musculatura, el agarrotamiento y la elevación de ambos hombros se produjo de manera progresiva y general.

Observando los gráficos realizados apreciamos una mayor atrofia del brazo derecho respecto del izquierdo. Codos y hombros adquieren una clara rigidez de movimientos desde su estado inicial. El ángulo entre brazo y antebrazo izquierdos degeneró en menor medida que su simétrico derecho. Es decir, la movilidad del brazo izquierdo es mayor que la del brazo derecho en la última fase de enfermedad.

²⁶ J. PÉREZ MOLINA MARTIN y C. FUENTE GUTIÉRREZ. «Enfermedades metabólicas óseas en el anciano» en *Manual de Geriátria*, 2ª edición, A. Salgado y F. Guillen (eds.), Masson S.A. (ed.), Barcelona, 1994, pp. 337-353: «Las personas ancianas suelen sufrir una acentuación de artrosis en sus articulaciones».



△ Foto 50. Brazo 1996.



△ Foto 51. Esquema 1996.

Las manos

Al igual que los brazos, las manos van ligadas directamente a la utilidad que la persona hace de ellas. El enfermo era una persona acostumbrada a trabajar con sus manos y a realizar actividades con un claro carácter manual. Esa pérdida progresiva de memoria influyó en sus capacidades prensiles y, por tanto, sus manos desarrollaron un cambio también bastante evidente. Hubo un progresivo engrosamiento de los dedos en sus zonas distal y proximal unido a una actitud flexionada y desviada lateralmente, en dirección al cuerpo. En estos casos suele existir dolor en las articulaciones a causa del derrame sinovial.

Existieron diferencias claras entre ambas manos. Mientras que en la mano derecha sucede un agarrotamiento mayor, en la mano izquierda —al igual que en su correspondiente brazo— la movilidad se mantiene en mayor grado. El ángulo entre dedos y mano, como observamos en el gráfico, evoluciona hacia un ángulo estático y permanente en la última fase del proceso degenerativo.

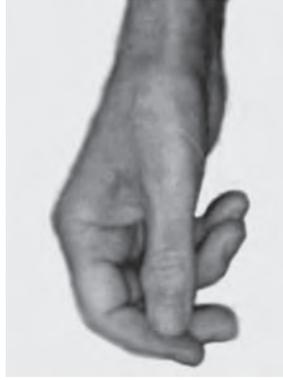
En 1991 la posición usual de la mano, que todavía realizaba sus funciones normales, es la que registramos fotográficamente. El enfermo estaba acostumbrado a escribir y durante esta fase copiaba a menudo palabras y vocablos.

En la segunda fase: 1991/1994, el enfermo subrayaba dichos vocablos sin reconocer su significado mientras que en la tercera fase la mano aparecía inutilizada y con claros síntomas de artrosis en sus articulaciones y en todos sus dedos que, pegados unos a otros, se mostraban totalmente tensos e inflamados debido a dicha





△ Foto 52. Mano derecha 1994.



△ Foto 53. Mano derecha 1996.



△ Foto 54. Dos fragmentos. Manos (palma) Bronce. 15 cm. 1996.

degeneración. Las características venas superficiales de nuestro modelo desaparecieron en la demencia grave debido también a los evidentes problemas vasculares que sufrió.

De la misma manera evolucionó la mano izquierda, sólo que los cambios producidos no llegaron a ser tan intensos. La pérdida del volumen general de los dedos, dejando entrever su estructura ósea y tendinosa (como ocurre en la mayor parte de los procesos de envejecimiento²⁷), será su característica fundamental.

Todos estos cambios se recogieron en dos piezas de pequeñas dimensiones realizadas en 1996 y ejecutadas con el fin de registrar el aspecto de las manos en ese momento de la enfermedad. Modeladas en cera y fundidas a la cera perdida, las superficies suaves y vibrantes recogieron —mediante un trabajo que interpreta libremente el sujeto— dos pequeños fragmentos físicos del modelo. Los dedos y los volúmenes solapados unos a otros traducen los rasgos y características analizadas en el modelo vivo en esa etapa concreta.

Las piernas

Las piernas, responsables en gran medida del deambulismo característico en muchos de los procesos de Alzheimer, presentan cambios similares a los acaeci-

²⁷ Philip D. SLOANE, «El envejecimiento normal» en *Atención Primaria en Geriatria. Casos clínicos*. 2ª edición, R.J. Ham y, P.D. Sloane (eds.). Mosby/Doyma Libros (ed.), Madrid, 1995, pp. 20-40.



△ Foto 55. Piernas 1996.



△ Foto 56. Piernas 1987.



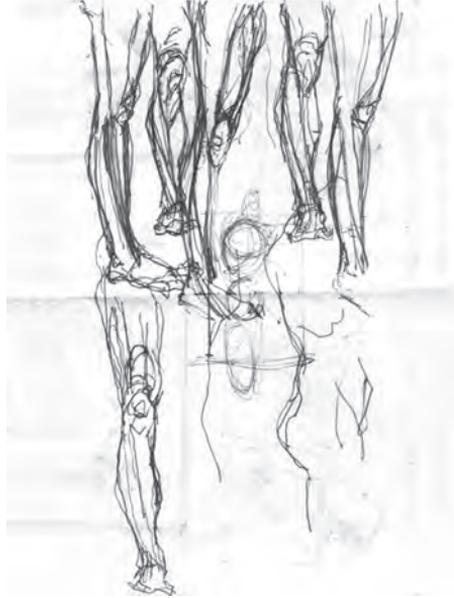
dos en toda la fisonomía del modelo en general. Los esquemas y fotografías nos muestran cuáles han sido estos cambios fundamentalmente. La documentación fue tomada con el enfermo en actitud estática y con un distanciamiento temporal de casi 10 años. En ella observamos un adelgazamiento general unido a la pérdida de masa muscular comentada con anterioridad.

El enfermo, durante la primera fase, caminaba con frecuencia con una actitud bastante normal. En la segunda fase debido a la ya comentada atrofia cervical, comenzó a perder el equilibrio. Con el fin de equilibrar su cuerpo pude observar un deambular progresivamente torpe a medida que avanzaba la enfermedad. Para contrarrestar la inclinación progresiva de la cabeza con el tronco, apoyaba con mayor frecuencia los talones, caminando prácticamente sobre ellos. Las estructuras óseas surgen en superficie. Tanto en el trocante mayor del fémur —debido a la pérdida de musculatura en los glúteos—, como en las rodillas, de la cual la rótula y el hueso poplíteo —en la cara posterior de la articulación—, adquieren un protagonismo no existente en las primeras etapas de la enfermedad. Su aspecto característicamente óseo denotó un claro protagonismo de las articulaciones respecto a los grupos musculares.

No hubo aparición de venas varicosas, pero nuestro enfermo perdió el vello superficial de determinadas zonas como el peine y la parte anterior de ambas



◁ Foto 57. Glúteos 1996.



△ Foto 59. Estudio preliminar. Tinta sobre papel. 21 × 29,7 cm. 1992.



◁ Foto 58. Estado de las rodillas y piernas en 1996.

tibias. Esta pérdida, no obstante acaecida ya en etapas anteriores, es una característica frecuente dentro de los procesos de envejecimiento²⁸.

²⁸ Philip D. SLOANE, art., pp. 20-40. «En el anciano es frecuente una caída del vello corporal, que se inicia en las extremidades y pérdida del vello axilar y púbico.»

En la última fase de enfermedad se produjo la aparición repentina de llagas, debida a las posiciones sedentes prolongadas. El enfermo permanecía postrado en la cama prácticamente la mayor parte del tiempo. Si bien la inmovilidad no aparece hasta los dos últimos años de enfermedad, el demente presentó un movimiento repetitivo mientras permanecía postrado durante el periodo de demencia moderada²⁹, flexionando permanente las piernas sin llegar a relajarlas completamente.

Los pies

Su evolución fue muy parecida a la que aparecía en las extremidades superiores. Un relativo estilizamiento de su estructura los volvió más huesudos y duros. Las terminaciones tendinosas y la falta de tejido adiposo hicieron que su proporción longitudinal pareciera mayor. Entre ambos no existió una diferencia clara como sucedía en el caso de las manos. Su evolución respectiva fue bastante similar y en ambos, como es común en la mayoría de los casos, aparecieron heridas en los talones debido a las posiciones y actitudes estáticas prolongadas. Estas características son las que resaltamos en las imágenes adjuntas.



◁ Foto 60. Dos fragmentos.
Pies. Bronce. 25 cm. 1996.

También realizadas en bronce a partir de un modelado mediante láminas de cera —al igual que las manos descritas anteriormente—, exageran el aspecto tendinoso de ambas articulaciones en dos pequeños fragmentos de unos 20 cm de tamaño aproximadamente. El grafismo en su superficie se planteó como recurso

²⁹ F. JIMÉNEZ HIERRO, «Psicología del anciano. Trastornos psíquicos menores. Alcoholismo en la vejez» en *Manual de Geriatria*, 2ª edición, A. Salgado y F. Guillén (eds.). Masson S.A. (ed.). Barcelona, 1994, pp. 145-163.

expresivo para transmitir dureza frente a la morbidez y continuidad del propio modelado.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Durante toda la enfermedad, los procesos de análisis y estudio de los cambios sucedidos en el modelo transcurrieron simultánea y paralelamente a la ejecución de las piezas plásticas. Desde los estudios gráficos; grafitos, apuntes a lápiz, acuarelas y bocetos, así como las narraciones descriptivas del enfermo y de su entorno, todos ellos recogieron los numerosos aspectos que describieron la totalidad del proceso. A todos estos debemos sumar algunos aguafuertes y gouaches también descriptivos, bien del rostro o bien de situaciones, que con una narración, a veces simbólica, nos aproximaron a la realidad descrita.

Se trata de visiones personales —algunas estrictas—, que reproducen la realidad tal cual, otras, por el contrario, se centran en algunos aspectos, cambios o degeneraciones puntuales acaecidos durante el periodo de demencia: 1987/1997. La diversidad de éstos debemos comprenderlas teniendo en cuenta precisamente ese distanciamiento en el tiempo, ya que, como hemos comentado, fue un proceso lento y cambiante. Del mismo modo es un proceso de envejecimiento físico y psíquico acelerados respecto a una evolución fisiológica normal.

Agrupados tanto por soportes como por técnicas y temáticas, procedí a la descripción y análisis de las distintas piezas realizadas. Organizadas por orden cronológico, denoté una evolución tanto de las técnicas como de los soportes. Del mismo modo el aspecto formal de las piezas tuvo una clara evolución desde las piezas más naturalistas de las primeras etapas a las que plantean un claro expresionismo en función de la acentuación del drama gestual y formal del enfermo, observable en las últimas instancias de la enfermedad. Una serie de piezas pertenecientes a periodos, momentos y técnicas concretas que aparecen ordenadas cronológicamente en el conjunto de esta investigación, lo cual consideré fundamental para describir de manera coherente la evolución de la propia enfermedad en los medios plásticos.

REPRESENTACIONES PLÁSTICAS DEL ENFERMO Y SU ENTORNO

Estudios gráficos

Muchos son los estudios, bocetos y apuntes realizados en torno al modelo enfermo. Apuntes a grafito en pequeño formato, estudios preparatorios de algunas de las piezas escultóricas, estudios preparatorios de los aguafuertes y grabados, piezas narrativas del proceso recopiladas en escenas simbólicas que resumen la realidad observada y la realidad que circunda al demente, etc.

Se trata de piezas principalmente monocromas, en las que la protagonista es fundamentalmente la línea. La repetición obsesiva de los elementos y personajes



representados no son más que reflejo del interés de estudio; observación que tuve en cuenta durante todo el periodo de demencia. Algunas escenas carecen de una apariencia visual fuerte y expresiva, sobre todo aquellas en las cuales el carácter simbólico elimina la agresividad de la imagen. En otros casos es clara la intención de plasmar los aspectos de deterioro físico evidentes en el modelo representado, así como las situaciones dramáticas que lo rodean.

Puertas, pasillos, camas, telas, personajes tristes, luces contrastadas, escenas irreales que compiten con composiciones forzadas, formas estilizadas y fragmentadas, y elementos simbólicos, son algunos de los elementos que pude observar como protagonistas en la definitiva recopilación de imágenes. El enfermo y su familia, en algunos casos al completo, y en otros, acompañado solamente de los personajes o cuidadores más cercanos a él. La gran carga psicológica que conlleva esta demencia no puede camuflarse únicamente en estudios analíticos de la fisonomía del enfermo elegido. La proximidad al personaje representado hace describir también aspectos duros tratándolos desde un punto de vista irreal, deformando la aparente realidad física y externa, utilizando argumentos emocionales internos.

En esta recopilación de imágenes tuve que distinguir entre aquellos bocetos principalmente narrativos y descriptivos, frente a los más simbólicos y que paso a describir a continuación.

Bocetos y estudios narrativos

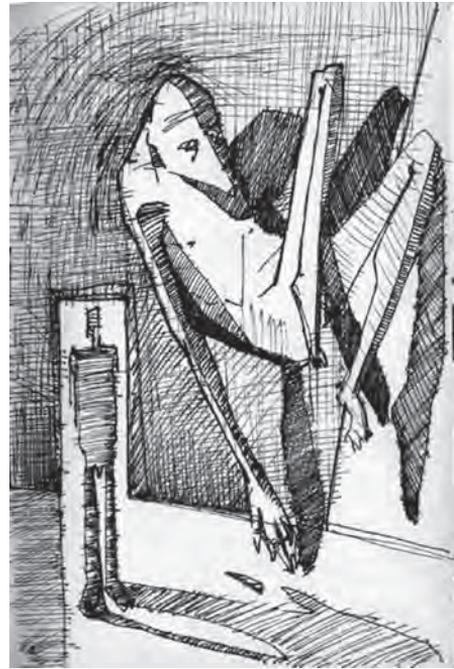
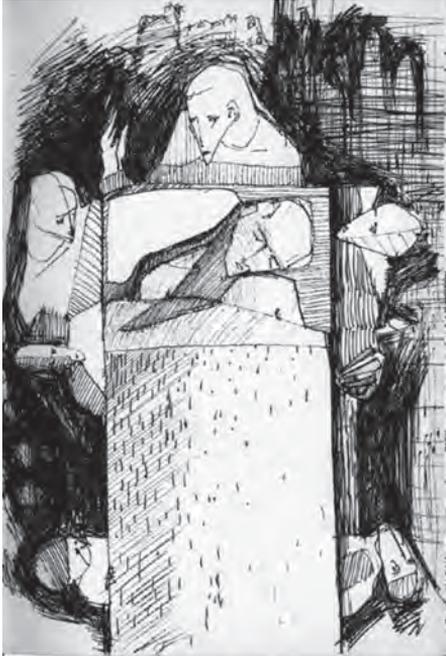
En los bocetos narrativos el enfermo aparece en su entorno familiar, acompañado de personas cercanas y en situaciones repetitivas que se sucedieron durante dichos años de enfermedad. El enfermo está sentado, apoyado o tumbado en la cama, rodeado de sus familiares, o está siendo cargado físicamente por algún familiar, debido a su incapacidad de movimientos. El demente en la cama, en algunos casos representado de manera descriptiva, en otros casos mucho más general y esquemático. Imágenes y escenas que describen un entorno físico cercano a la enfermedad. Aparece en espacios a veces «claustrofóbicos»³⁰, que añaden dramatismo a la representación a medida que avanza la demencia.

Algunas de las imágenes que acompañan al texto pertenecen a este apartado de la investigación y en ellas podemos observar un progresivo gesto en los grafismos que acentúan su fuerza y oscuridad, sobre todo en los que corresponden al periodo entre los años 1995/1997. Las figuras se repiten en espacios siempre más pequeños y oscuros. Sus cuerpos aparecen desnudos tanto de vestimentas como de decoraciones superfluas; tan sólo objetos, como un libro, una luz, una puerta, un pasillo, resumen las referencias espaciales de unos dibujos que insisten en los rasgos del enfermo y en su transformación hacia lo inmóvil.

³⁰ Joaquín VERA, *op. cit.*, p. 40.



◁ Foto 61. s/t. tinta sobre papel.
10 × 15 cm. 1995.



△ Foto 62. s/t. tinta sobre papel.
10 × 15 cm. 1995.

◁ Foto 63. s/t. tinta sobre papel.
10 × 15 cm. 1995.

Especialmente en el caso de las aguafuertes y ayudado por las técnicas de estampación, realicé algunas estampas a partir de las imágenes estudiadas previamente en los bocetos y tintas, para recalcar mediante la fuerza de la incisión aquellos aspectos mayormente dramáticos del proceso degenerativo.

Desde el año 1993, surge plásticamente una escena cotidiana en la vida del modelo elegido para este estudio. Aparece la figura del *cuidador habitual*, que se encarga de atender al enfermo durante la mayor parte del tiempo. Cuanto mayor es la degeneración física del individuo, más son los cuidados que necesita. El cuidador se ve obligado a dedicar las «veinticuatro horas» al demente y de todas las acciones que se repiten en este cuidado cotidiano, la imagen de la cuidadora cargando del enfermo será cada vez más común. Fundamentalmente, en los últimos años de enfer-



△
Foto 64. s/t. tinta sobre
papel. 10 × 15 cm. 1995.



△
Foto 65. Autorretrato con
pareja. 10 × 15 cm. 1995.



△
Foto 66. Alma I. Bronce.
20 cm. 1994.

medad el demente no se vale por sí mismo y está gran parte del tiempo postrado. Es el cuidador el que tendrá que cargar físicamente con él para llevarlo a la cama y para asarlo en reiteradas ocasiones. De este hecho, común a la mayor parte de casos de Alzheimer, surgieron una gran cantidad de piezas gráficas y escultóricas que jugaron en cierto modo con el contraste paulatino de la acción común entre ambos cuerpos: ella (*el cuidador*) carga con él que parece dejarse llevar con su cuerpo desplomado.

Bocetos y estudios simbólicos

Bajo la denominación: *Simbólica*, agrupé aquellos apuntes y dibujos que utilizaron como argumento algunos de los sucesos que acaecieron en particular y acaecen en general en la enfermedad de Alzheimer como: la pérdida de memoria, la degeneración psíquica, las transformaciones cerebrales, y todos aquellos cambios que no pude percibir directamente en las modificaciones externas del cuerpo de nuestro modelo.

Éstas no son, por tanto, características que puedan tener una lectura directa entre realidad y representación. Es decir, fueron modificadas, estilizadas y transformadas plásticamente para realizarlas desde un punto de vista alegórico utilizando en algunos casos las composiciones absurdas e inverosímiles, y en otros, formas sobre las cuales describir estos aspectos.

Las denominadas *Cabezas Blancas* fueron el grupo más importante de estos planteamientos simbólicos. La mayor parte son de pequeño formato y visualmente son cabezas de perfil, cuyas características formales son: un largo cuello y un perfil deformado en su proporción horizontal. En todas ellas la transparencia de su superficie nos hace ver un cerebro estilizado, mostrándonos el foco principal de desarrollo de esta enfermedad. En él se distingue: el encéfalo y la espina dorsal que descien-

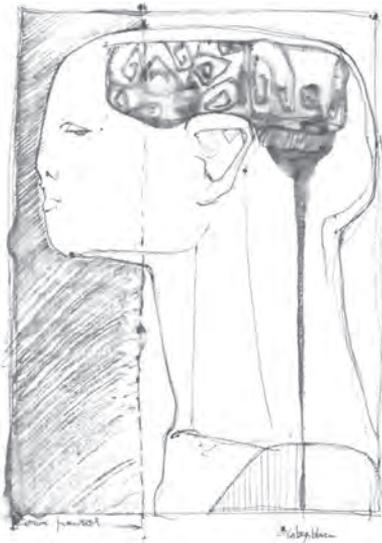


Foto 67. Cabeza Blanca III. Tinta y aguada sobre papel. 29 x 21 cm. 1993.

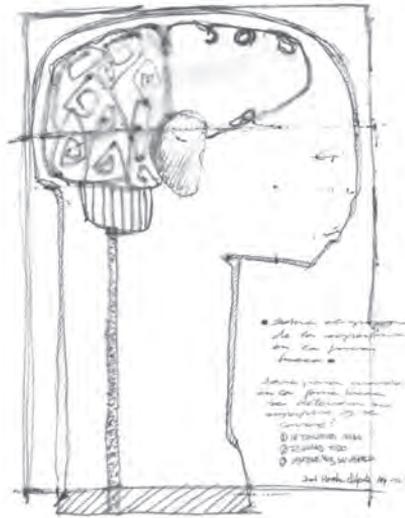


Foto 68. Cabeza Blanca IV. Tinta y aguada sobre papel. 29 x 21 cm. 1993.

de por el cuello en vertical. Los grafismos, apuntes y anotaciones que acompañan a estas representaciones plantean interrogantes sobre el origen de la enfermedad y sobre los hechos que intervienen en el deterioro humano y en concreto en el deterioro del enfermo Alzheimer: su desgaste, envejecimiento, pérdida de capacidades intelectuales y la desaparición de su memoria y de su comunicación con el exterior.

Los estudios de posición

La *deambulaci3n errante* y *el insomnio* son unas de las características más usuales del enfermo Alzheimer y repercuten directamente en su actividad. Durante las fases moderada y terminal, el enfermo mantiene posiciones prolongadas y en el caso de la última fase, alterna usualmente la cama con un sill3n. Una apraxia o falta de coordinaci3n de los movimientos, que se incrementa a medida que envejece el organismo enfermo.

Con títulos como: *El paseante*, *La sombra*, etc., recopilé una serie de dibujos que redundaban y analizaban los estados posicionales del enfermo. En este caso *el deambulismo errante* se estudió desde diferentes puntos de vistas, analizando la actitud del enfermo en su caminar y sus cambios paulatinos hacia posiciones más estáticas.

Es en la segunda fase de la enfermedad donde el espacio vital del demente se reduce a su hogar y su caminar se convierte en un deambulismo repetitivo, donde nuestro demente se ve obligado a caminar siempre en el mismo espacio, recorrien-



△ Foto 69. Estudio para el paseante.
Tinta sobre papel. 10 × 15 cm. 1994.



△ Foto 70. Estudio de posición III.
(1994/95). Bronce. 30 cm.

do siempre los mismos lugares e incluso repitiendo el recorrido en los mismos. En nuestro caso concreto, es en 1995, al final de esta segunda fase, cuando nuestro enfermo ha reducido su movilidad y ha perdido peso y parte de su masa muscular. El deterioro es considerable respecto a la primera fase y el demente no comunica. Lo hace sólo a veces mediante gestos y balbuceos. En ese deambular, observamos un físico deteriorado y envejecido, donde el torso adquiere protagonismo y presencia respecto a las extremidades, cada vez más huesudas. La cabeza se inclina progresivamente hacia delante y la actitud se vuelve rígida³¹. Todas estas características se

³¹ J. PÉREZ MOLINA MARTIN y C. FUENTE GUTIÉRREZ, «Enfermedades metabólicas óseas en el anciano» en *Manual de Geriatria*, 2ª edición, A. Salgado y F. Guillén (eds.). Masson S.A. (ed.). Barcelona, 1994, pp. 337-353: «Durante el envejecimiento hay una pérdida de masa muscular por atrofia de células musculares. De esta forma, habrá una disminución gradual de la fuerza y resistencia muscular. Se reduce la flexibilidad, aumenta la rigidez del músculo por perderse también muchas fibras elásticas».



◁ Foto 71. Estudio de posición 1 (forma sedente) 10 × 15 cm. Tinta sobre papel. 1994.

traducen formalmente en figuras del representado intencionadamente alargadas y enjutas, con su cuerpo desequilibrado y rígido. La misma estructura formal de las líneas gráficas da progresivamente un protagonismo al ángulo donde los perfiles quebrados contrastan con los curvilíneos de los primeros estudios.

Las posiciones sedentes

Por el contrario, son características de la 3ª fase de la enfermedad de Alzheimer. La inmovilidad y las posiciones prolongadas, unidas a los estados de sueño e inconsciencia, conllevan posturas repetitivas y peculiares del enfermo que recogí en el epígrafe con el mismo nombre.

Desde el inicio de la enfermedad la posición del enfermo sentado evolucionó junto con las transformaciones en su físico. Mientras que en 1991 nos mostraba una actitud natural y relajada —tal y como podemos constatar observando las fotografías del momento—, en años posteriores: 1995, 1996, su actitud es la de una persona que, no dominando su físico, adquiere posturas en ocasiones forzadas e incómodas. Se suceden momentos de conciencia con prolongados momentos de inconsciencia.

De estos largos periodos de inconsciencia realicé pormenorizados estudios que nos muestran la actitud del enfermo, cuya falta de musculatura provoca que su cuerpo se deslice mientras está sentado en el sillón. Mantiene durante horas posiciones forzadas. Su cuello, por lo general, avanza hacia delante y las piernas cuelgan fuera del asiento apoyándolas levemente en el suelo. Todas estas direcciones influyeron en una lectura dinámica del conjunto, donde gráficamente cada una de las extremidades inferiores dirigían sus masas hacia orientaciones muy diferentes.

Otros son los estudios realizados en posición horizontal, en la cama, donde creí necesario insistir en la falta de autonomía del individuo enfermo, así como de sus reflejos nerviosos que repitieron movimientos reflejos de flexión de las piernas durante ese estado característico de inconciencia. La acentuación de las estructuras óseas frente a la musculatura y la búsqueda de dinamismo reinciden en aspectos comentados con anterioridad.



Foto 72. Estudio de posición I. Vista lateral derecha. Bronce. 20 cm. 1994/1995.



Foto 73. Estudio de posición II. Vista lateral derecha. Bronce. 20 cm. 1994/1995.

Estudios volumétricos

Todos los aspectos estudiados desde un planteamiento gráfico sirvieron de aproximación a los estudios escultóricos realizados. La dificultad fundamental de afrontar el volumen y la representación del modelo fue obtener con la misma inmediatez resultados puntuales sobre el mismo con el fin de profundizar en mayor grado en sus cambios y deterioros.

Recurrí para ello fundamentalmente a las técnicas de modelado en arcilla y cera de modo que los procesos fueran tan rápidos como el propio proceso de deterioro físico.

En este aspecto creo que los resultados fueron bastante objetivos con respecto a la evolución de la enfermedad y los recursos expresivos del modelado ayudaron a tratar tanto la utilización de los procedimientos más miméticos como los más expresivos durante las últimas etapas de enfermedad.

Las pátinas, policromías y tratamientos superficiales ayudaron en gran medida a realzar determinados aspectos puntuales del enfermo en cada caso, así como añadir dramatismo a determinadas composiciones, como podemos apreciar en las imágenes que se adjuntan.

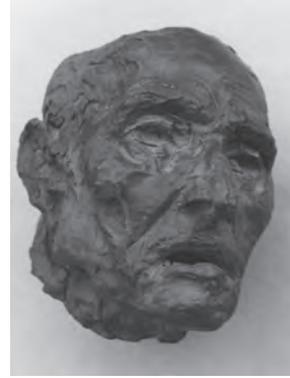
Es en el estudio del rostro enfermo donde podemos apreciar mayor número de resultados formales, ya que, como hemos comentado anteriormente, es en esta parte donde se sucederán los cambios más drásticos y notables del demente. Por este motivo, en esta investigación, dedique un apartado especial, donde recopilé todos los datos, estudios y trabajos gráficos, pictóricos y escultóricos del rostro enfermo.



△
Foto 74. *Retrato* 1987.
Terracota. Dimensiones naturales. 1987.



△
Foto 75. *Retrato* 1993.
Terracota. Dimensiones naturales. 1993.



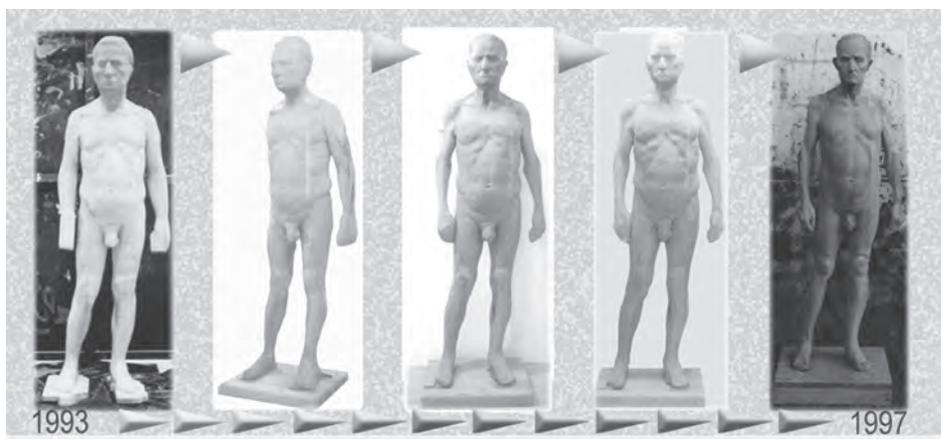
△
Foto 76. *Último retrato*. 1997.
Terracota. Dimensiones naturales. 1997.

Desde los pequeños apuntes a grafito a las series de acuarelas y gouaches, o los apuntes a tinta del representado, en todos y cada uno de ellos hay características comunes así como diferenciadoras, tanto desde el planteamiento plástico y visual al resultado gráfico obtenido. Algunos de ellos utilizan la deformación e incluso la caricatura para exagerar o enfatizar ciertos rasgos que progresivamente adquieren protagonismo. En otros, en cambio, leemos mejor la estructura facial y su evolución. A medida que evoluciona la enfermedad, estos estudios gráficos y volumétricos recurren cada vez más a la deformación, distanciándose progresivamente más de la mimesis respecto al modelo vivo. Las gamas cromáticas, las formas estructurales del rostro se apoyaron continuamente en la reflexión previa sobre la imagen del modelo o su recopilación fotográfica.

Desde 1994 se suceden con mayor frecuencia los estudios volumétricos del rostro del enfermo elegido. Sus rasgos ya estudiados sobre el papel con anterioridad se solapan en el volumen escultórico. En este caso la proporción real de los fragmentos más naturalistas o la reducción de escala en aquellos más expresivos permitieron analizar ambos aspectos del modelo, separándolos mediante tratamientos que, como en los casos anteriores, tuvieron una clara evolución formal, compositiva y técnica.

CONCLUSIONES

Una de las conclusiones fundamentales de este trabajo se resume formalmente en el trabajo de una talla escultórica, mencionada con anterioridad, y sobre la cual añadí, en un proceso lento, aquellas características y cambios formales más importantes de nuestro modelo que previamente estudié mediante técnicas más



△ Foto 77. Evolución del proceso de elaboración de la talla:
 (...del hombre anónimo). Madera de cedro. 170 cm. (1987/1997).

inmediatas, como las descritas hasta ahora. En este trabajo de talla directa, fui seleccionando y sintetizando aquellas transformaciones con mayor relevancia en el conjunto del modelo, así como mantuve aquellas estructuras que tuvieron una involución menor. Como conclusión obtuve una figura que, en opinión del doctor José Esteban Carretero del departamento de Neurociencias y Farmacología de la Universidad de Cádiz y médico especialista en este tipo de enfermedades: «Refleja todas aquellas características físicas de un enfermo afectado por la enfermedad de Alzheimer en el conjunto de su enfermedad».

En este sentido creo que la aportación fundamental de este trabajo es la obtención de una forma escultórica a partir de la observación prolongada del natural —en este caso enfermo de Alzheimer—, en el que se suceden aquellos cambios físicos y mentales lentos y progresivos que, en la mayoría de los casos, se relacionan con un proceso de envejecimiento fisiológico o natural. Asimismo, recalco la importancia de la correlación directa entre la evolución física real del modelo de estudio y la evolución formal de las piezas plástico-escultóricas realizadas y de los procesos técnicos elegidos.

Señalamos, entre otras, la importancia de la interdisciplinariedad que este trabajo de investigación plantea entre las Bellas Artes y otros campos, en este caso recibe su complemento desde los ámbitos médico-científicos. Del mismo modo, este trabajo propone ampliar las fronteras del trabajo del artista hacia campos ajenos a su formación, estableciendo nuevos nexos entre otras categorías de la ciencia y, por qué no, aportando, en mayor o menor grado, apreciaciones diferentes y particulares ante cuestiones tan complejas como el estudio de enfermedades que influyen en el ser humano y en sus entornos social y cultural.

