

Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría



Junta Directiva 2010 - 2012

Presidente

María Francisca Echeverri Harry

Vicepresidente

Francisco Javier Tamayo Giraldo

Secretaria

Leonor Luna Torres

Tesorero:

Luis Felipe Cano Gutiérrez

Vocales

Germán Mauricio Guevara Farfán

Leonilde Inés Morelo Negrete

René Alejandro Manzur Calderón

Sergio Villamizar Sayago

Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría Vol. 25 No. 2 / abril - junio de 2011

Publicación trimestral de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría

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

Correo electrónico: acgg@acgg.org.co en internet <http://www.acgg.org.co>

Esta edición consta de 1.000 ejemplares

C

O

m

i

t

é

s

Editorial

Cecilia Escudero de Santacruz
Diana Lucía Matallana Eslava
Carlos Alberto Cano Gutiérrez
Leocadio Rodríguez Mañas

Científicos

Nacional

Rafael P. Alarcón Velandia
Felipe Marulanda Mejía
Francisco Javier Lopera Restrepo
Leonor Luna Torres
Claudia Irene Giraldo Villate
Carmen Lucía Curcio Borrero
Patricia Montañés Ríos

Internacional

Clemente Zúñiga (México)
Luis Miguel Gutiérrez Robledo (México)
Gustavo Adolfo Duque Naranjo (Australia)
Carlos Alfonso Reyes Ortíz (Estados Unidos)
Kenneth Ottenbacher (Estados Unidos)
Martha Peláez (Estados Unidos)
Marcelo Chapira (Argentina)
Manuel Montero Odasso (Canadá)
José Francisco Parodi (Perú)
Luis Miguel Cornejo (Panamá)
Pedro Paulo Marín Larraín (Chile)

PAUTA

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

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

s

e

n

t

a

c

i

ó

n

Dirección y Edición
Carlos Alberto Cano G.
Cecilia de Santacruz

Página web y corrección de estilo
Gonzalo Flórez

Diseño y Diagramación
Julio E. Rojas A.

Impresión
Bochica Impresores Ltda.

PAUTA

C

O

PRESENTACIÓN

INDICACIONES A LOS AUTORES

VI

n

EDITORIAL

IX

t

TRABAJOS ORIGINALES

Desempeño de la memoria en un grupo de adultos mayores institucionalizados en Bogotá D.C.

Virginia Palacios Expósito, Juan Carlos Morales-Ruiz

1495

e

Factores de riesgo asociados al estrés del cuidador del paciente adulto mayor

José Francisco Parodi, Juan Carlos Montoya, Doris Rojas, Rocío Morante

1504

n

REVISIÓN DE TEMA

Epidemiología del melanoma cutáneo en los ancianos

Brittany McKibbin, Diana M. Pareja R., Carlos A. Reyes-Ortiz

1515

i

Vejez y políticas de envejecimiento en Latinoamérica y en Colombia: Una realidad y un desafío

Jorge Fernando Paz Carriazo

1525

d

o

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

Artículo de investigación científica y tecnológica. Documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos terminados de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: introducción, metodología, resultados y conclusiones.

Artículo de reflexión. Documento que presenta resultados de investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

Reporte de caso. Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos.

Revisión de tema. Documento resultado de la revisión crítica de la literatura sobre un tema en particular.

Documento de reflexión no derivado de investigación.

Reseña bibliográfica.

Cartas al editor. Posicionies críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la revista que, a juicio del Comité editorial, constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia.

Presentación de material

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

Deben venir acompañados de una comunicación firmada por los autores, incluyendo:

Institución de referencia de los autores y dirección de correspondencia.

Fuentes de financiación y patrocinio para el trabajo específico.

Declaración de posibles conflictos de intereses.

Fecha de aprobación del Comité de Investigaciones y Ética institucional para los artículos de investigación.

Aceptación expresa de las Normas e Indicaciones a los Autores de la revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria.

Información acerca de publicaciones previas del documento y aprobación escrita de los editores para el nuevo sometimiento (cuando sea pertinente).

La Revista recibe artículos durante todo el año, remitidos al correo electrónico:

acgg@acgg.org.co. Los autores guardarán copia de todo el material enviado. Para retirar un artículo se requiere de solicitud escrita a la Dirección /Edición.

Proceso de evaluación y aceptación

Acusado de inmediato su recibo mediante correo electrónico, cada contribución será considerada por el Comité Editorial, que podrá rechazarla, devolverla para que se ajuste a las normas o aceptarla para el proceso de revisión anónima (se reserva el nombre de los examinadores y de los autores) realizada con base en criterios establecidos por dos evaluadores, quienes emite concepto escrito.

En un plazo máximo de seis meses se informará a los autores acerca de los resultados del proceso de evaluación, solicitando modificaciones de ser necesarias. El Comité Editorial podrá, a su vez, efectuar ajustes de redacción y estilo para darle mayor precisión o coherencia al texto.

Aceptado el artículo, los derechos de impresión y reproducción en cualquier formato pasan a ser de la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. La publicación total o parcial por otro medio requiere la solicitud de los autores y la autorización escrita de la Revista.

Características y estructura de los documentos

Extensión: la extensión máxima para cada uno de los textos es la siguiente: Artículo de investigación

científica y tecnológica: 25 páginas. Artículo de Reflexión: 20 páginas. Reporte de caso: 15 páginas. Revisión de tema: 20 páginas. Reseña bibliográfica: 2 páginas.

Se presentarán en espacio y medio en arial 12 (esto incluye referencias), con márgenes (laterales, superiores e inferiores) de mínimo 2,5 cm. en todas las páginas que deben estar enumeradas.

Identificación. Incluir título, nombres, grados académicos e inscripción institucional de los autores y una dirección para correspondencia (ésta será publicada); agradecimientos, fuentes de financiación y patrocinio (subvenciones, equipos, medicamentos, otros) en los casos en que aplique; declaración de posibles conflictos de intereses; información (lugar, fecha y modalidad) de exposiciones parciales o publicaciones previas del documento.

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

Palabras clave. Máximo 6.

Desarrollo. El texto de los artículos atinentes a investigaciones debe contener los problemas contemplados, una exposición conceptual, métodos, aspectos éticos, resultados y discusión, estructurados de acuerdo con el enfoque y diseño. Anotar, en el caso

de las investigaciones, su aprobación por el comité institucional correspondiente y la manera como estuvo ceñida a las normas éticas internacionales (Declaración de Helsinki de 1975) y nacionales (para Colombia: Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y otras pertinentes de acuerdo con el campo del conocimiento y la modalidad investigativa). Cuando sea del caso, es imprescindible guardar la confidencialidad y el anonimato excluyendo cualquier dato que permita la identificación de los sujetos participantes. La utilización de registros y fotografías requiere del consentimiento firmado.

Tablas, cuadros y figuras. Las tablas y cuadros se denominarán tablas y deben llevar numeración arábiga de acuerdo con el orden de aparición. El título correspondiente debe estar en la parte superior de la hoja y las notas en la parte inferior. Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas.

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

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

Política pública de vejez y envejecimiento en Colombia

Cada día encontramos un escenario más propicio para hablar sobre el tema de política, pues vemos en él una carencia histórica, que acompañada del marcado envejecimiento poblacional, la hacen prioritaria y necesaria. Tan es así que el Ministerio de Protección Social nos presentó hace ya unos 3 años la “Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 – 2019”. El documento destaca en su introducción:

“Esta Política expresa el compromiso del Estado Colombiano con una población que por sus condiciones y características merece especial atención. Se plantea fundamentalmente, una visión de futuro con el proceso de envejecimiento, y acciones a corto, mediano y largo plazo para la intervención de la situación actual de la población adulta mayor...”

Es muy rescatable la visión global y la cobertura de prácticamente todos los escenarios que incluyen el concepto mismo de los derechos humanos, el envejecimiento activo como modelo a seguir, la protección social integral y la investigación y formación del recurso humano.

Ante esta situación, nos preguntamos, ¿cuál es el verdadero impacto de esta política? ¿Estamos todos y cada uno de los actores involucrados articulados a la misma? Son sólo algunas de las preguntas que deberíamos contestar.

Un escenario que parece preocupante, es de dónde saldrán los recursos para sostener esta política. En el propio documento se plantea financiarla a través del Presupuesto General de la Nación, del Sistema General de Participaciones, del Sistema General de Seguridad Social, de los Recursos Propios de las Entidades Territoriales, de los Recursos de la Cooperación Técnica y de los Recursos Parafiscales. No obstante, no se plantea el cómo lograrlo, donde entonces nos preguntaríamos nuevamente la necesidad de tener un Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), para asegurar dicho presupuesto. Otra posible opción, y que parece estar justificada, es el tener una ley de vejez y envejecimiento, así como se tiene una de infancia y adolescencia, en donde se comprometen todos los actores a cumplir estos lineamientos.

Esperamos entonces que estos y otros interrogantes tengan una pronta respuesta, en beneficio claro de nuestros ancianos y también obviamente de cada uno de nosotros.

Carlos Cano G.
Cecilia de Santacruz

Editores

PAUTA

DESEMPEÑO DE LA MEMORIA EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN BOGOTÁ D. C.

Virginia Palacios Expósito (*); Juan Carlos Morales – Ruiz (**)

Resumen

El estudio exploró el desempeño de un grupo de ancianos sin demencia, institucionalizados en hogares de larga estancia en la ciudad de Bogotá, frente a una batería de pruebas neuropsicológicas utilizadas para la evaluación de memoria en el ámbito clínico.

Objetivo

Explorar el rendimiento de la memoria en adultos mayores sin demencia, institucionalizados en hogares de larga estancia en la ciudad de Bogotá D. C.

Sujetos y método

Se llevó a cabo la evaluación de diferentes componentes de memoria en 2.117 adultos mayores de 60 años sin demencia - 1.878 mujeres y 239 hombres -, que se encontraban institucionalizados en centros de larga estancia, mediante la aplicación de una serie de pruebas neuropsicológicas utilizadas en el ámbito clínico, estableciéndose el desempeño promedio frente a los instrumentos utilizados.

Resultados

El rendimiento de los adultos mayores evaluados osciló entre el cincuenta y el sesenta por ciento, en relación con los máximos esperados. La memoria de trabajo (capacidad de manipulación de información) fue el tipo de memoria más afectado en los sujetos incluidos en el estudio.

Conclusiones

Aunque se evidenciaron algunas alteraciones de memoria en los adultos mayores frente a las pruebas incluidas en la investigación, lo cual podría ser explicado por el proceso normal de envejecimiento, existen limitaciones metodológicas que dificultan la validación de los resultados obtenidos en la población general.

(*) Psicóloga Universidad del País Vasco. Neuropsicóloga Universidad Complutense de Madrid. Profesora Universidad Católica de Colombia. Miembro Grupo de Investigación Envejecimiento y Vejez de la Facultad de Medicina Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Carrera 28 A No 74 A 38 Bogotá D. C. Fax: (571) 3112062 Correo electrónico: virginiapalaciosexposito@gmail.com

(**) Médico Universidad del Rosario. Especialista en Gerontología Social F.U.A.A. Profesor Universitario y miembro Grupo de Investigación Envejecimiento y Vejez de la Facultad de Medicina Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Calle 222 No 55 – 37 Bogotá D. C. Correo electrónico: juancarlosmoralesruiz@gmail.com

Palabras clave: Memoria, evaluación neuropsicológica, envejecimiento cognitivo.

Summary

The study explored the performance of a group of elders without dementia, institutionalized in long term care centers in Bogota D.C., through a battery of neuropsychological tests commonly used for memory assessment in the clinical setting.

Objective

Explore the memory performance in older adults without dementia, institutionalized in long term care centers in Bogota D.C.

Subjects and method

An evaluation of different components of memory was carried out in 2.117 adults older than 60 years, without dementia - 1.878 women and 239 men-, that were institutionalized in long term care centers, by means of the application of a series of neuropsychological tests used in the clinical setting, setting up the average performance.

Results

The performance of the best evaluated adults ranged between fifty and sixty per cent, as regards the awaited maxima. The memory of work (capacity of manipulation of information) was the type of memory most affected in the subjects included in the study.

Conclusions

Although some alterations of memory were demonstrated in the older people included in the investigation, which might be explained by the normal process of aging, there exist methodological limitations that make difficult the ratification of the results obtained in the general population.

Key words: Memory, neuropsychological assessment, cognitive aging.

Introducción

A pesar de las controversias existentes en relación con la calidad de los procesos cognitivos en el an-

ciano, existe evidencia de que el envejecimiento normal, se asocia con un declive individual, de diferente magnitud, en algunas de las funciones mentales superiores.

De acuerdo con Ramírez – Expósito y Martínez – Martos (1999), hasta un cincuenta y cinco por ciento de los individuos mayores de 65 años presenta algún tipo de deterioro cognitivo, que puede ser causado o no por procesos patológicos subyacentes al proceso de envejecimiento del organismo (envejecimiento fisiológico, olvidos benignos de la senescencia, trastornos de memoria relacionados con la edad)¹.

Entre los procesos que se ven comprometidos con mayor frecuencia en la vejez, se incluyen la capacidad de evocar distintos tipos de información, la eficacia y efectividad del razonamiento, la toma de decisiones, la capacidad visoespacial y los mecanismos sensoriales utilizados para la detección y para la discriminación de los estímulos externos².

Con respecto a la memoria, una de las funciones cognitivas más estudiadas, se ha demostrado que individuos sin demencia, con edades entre setenta y setenta y cuatro años, pueden obtener puntuaciones hasta un cincuenta por ciento más bajas que las que se encuentran en sujetos con edades entre los veinticinco y los treinta y cuatro años. Esta diferencia aumenta proporcionalmente en personas que se encuentran por encima de setenta y cinco años¹.

La investigación más importante acerca de la relación existente entre la edad y el desempeño cognitivo, fue realizada en 1955, mediante la aplicación de la Escala de Inteligencia Wechsler para adultos (WAIS - R). En dicho estudio se encontró que las funciones cognitivas presentan un deterioro progresivo a partir de la tercera década de la vida; sin embargo, este hecho no puede ser considerado como absoluto, dada la gran cantidad de variables que influyen en el proceso de evaluación neuropsicológica, lo cual dificulta la posibilidad de definir con exactitud, puntos de corte plenamente confiables³.

Estudios longitudinales posteriores han arrojado resultados contradictorios entre las cohortes evaluadas. Algunos investigadores han demostrado

que puntuaciones elevadas obtenidas por individuos sin evidencia de alteraciones cognitivas en las pruebas efectuadas a través del tiempo no se alteran en forma significativa, aunque otros grupos han confirmado la existencia de una disminución variable de la capacidad cognitiva frente a pruebas neuropsicológicas especializadas a pesar de la ausencia de disfunción cognitiva de base en los sujetos de investigación^{1,2}.

Algunos de los procesos que se ven comprometidos con mayor frecuencia después de los cincuenta años son la capacidad de manipulación de información (memoria de trabajo), la ubicación de la información en tiempo y espacio (memoria episódica), el recuerdo libre de palabras e historias (memoria a largo plazo), la conceptualización (memoria semántica) y el uso de la información almacenada en forma inconsciente (memoria implícita)³.

Las diferencias del desempeño cognitivo en relación con la edad son menores en cuanto a la capacidad de codificar o retener información que si se trata de recordar información especialmente de forma libre como ya se ha citado y en menor medida si el recuerdo se hace a través de claves, conocido como reconocimiento^{1,3}.

Sujetos, materiales y método

La investigación incluyó un total de 2.117 adultos mayores de 60 años, 1.878 mujeres y 239 hombres, institucionalizados en 175 centros de larga estancia en la ciudad de Bogotá D. C.

Los criterios de inclusión utilizados fueron edad mayor de 60 años, voluntad de participación en el estudio, posibilidad de acceso a los datos clínicos del paciente, nivel de escolaridad mínimo de cinco años, ausencia de patologías sistémicas, neurológicas o psiquiátricas que afecten el desempeño cognitivo, resultados negativos para demencia en las pruebas de tamizaje (MMSE, Escala de Depresión Geriátrica, Escala de Trastornos de Memoria) y disponibilidad de tiempo, comprensión y actitud de colaboración para la ejecución completa de las pruebas neuropsicológicas establecidas.

El objetivo del estudio estuvo orientado a describir el desempeño cognitivo de un grupo de ancianos

sin demencia, institucionalizados en la ciudad de Bogotá, frente a un set de pruebas neuropsicológicas utilizadas para evaluar la memoria.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Santa Sofía para la Atención del Anciano y por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Todos los adultos mayores incluidos en la investigación firmaron un consentimiento informado, en el cual se garantizó la confidencialidad de los datos personales y el compromiso de los investigadores de utilizar la información obtenida solamente con fines académicos.

La investigación, de tipo descriptivo, exploratorio, prospectivo, de corte transversal, se llevó a cabo durante dos años y se fundamentó en la aplicación de un juego de pruebas neuropsicológicas seleccionadas para la evaluación de la memoria, de acuerdo con los siguientes referentes:

1. Características de las pruebas de evaluación: uso común en el ámbito clínico, facilidad de aplicación y confiabilidad en pacientes sin trastornos cognitivos manifiestos.
2. Desempeño de un grupo de control en pruebas piloto de los instrumentos seleccionados, respecto a la actitud frente a las pruebas, el tiempo de ejecución, el grado de colaboración con los investigadores y el nivel de comprensión de la prueba.
3. Disponibilidad de los instrumentos para su aplicación.

Para la evaluación de los componentes de memoria explorados en el estudio, se aplicaron las siguientes pruebas:

Lista de palabras

Este sub-test de la escala de memoria de Wechsler-III (WMS-III), es un instrumento de fácil aplicación, válido y confiable para la evaluación de memoria, el cálculo de la curva de aprendizaje y la capacidad de reconocimiento.

El máximo rendimiento es de cuarenta y ocho (48) puntos, en caso de que el sujeto sea capaz de re-

cordar las doce (12) palabras en cada una de las cuatro (4) aplicaciones del instrumento. La curva de aprendizaje se calcula con base en la sustracción de los puntos obtenidos en el primer intento de repetición a partir de los alcanzados en el cuarto intento.

Retención de Dígitos

Este sub-test de la escala de memoria de Wechsler-III (WMS-III), permite evaluar la memoria a corto plazo, a través del recuerdo inmediato de una serie de dígitos presentados oralmente, y la memoria de trabajo, mediante la evocación de otra serie en forma inversa al orden presentado.

Figura Compleja de Rey – Osterrieth

Utilizada para evaluar las habilidades visuoespaciales y la memoria visual inmediata y de largo plazo. La aplicación de la prueba permite valorar la capacidad de organización y planificación de estrategias para la resolución de problemas, así como la capacidad visuoespacial de cada individuo.

Cada uno de los intentos da lugar a una puntuación determinada sobre una escala que oscila entre un puntaje mínimo de cero (0) y uno máximo de treinta y seis (36) (Taylor, 1998), los cuales se obtienen a partir de la inclusión de dieciocho elementos de la figura, a cada uno de los cuales se asigna un valor de dos (2) puntos. El valor de corte en un adulto normal promedio es de treinta y dos (32) puntos.

Vocabulario

A través de la sub-prueba de vocabulario de la Escala de Inteligencia de Wais – III, se evalúa la memoria semántica. El instrumento incluye treinta y tres (33) elementos de uso frecuente (cama, barco, desayuno, invierno, reunir, reparar, ayer, meditar, consumir, santuario, impedir, repugnancia, rechazo, confiar, generar, entre otros) que deben ser denominados por el sujeto.

Cada uno de los elementos es valorado con cero (0), uno (1) o dos (2) puntos, de acuerdo con la calidad de las respuestas. La puntuación máxima es de sesenta y seis (66) puntos, encontrándose determinado el valor promedio por el nivel cultural, el grado

de instrucción formal y otros condicionantes de la misma naturaleza. La prueba se da por finalizada al terminar la evaluación de los ítems propuestos o al obtener seis puntuaciones consecutivas de 0 (cero), en el desarrollo de la misma.

La consolidación de la información se fue realizando a medida que se aplicaron las pruebas, siendo construida una base de datos electrónica que se utilizó para el almacenamiento temporal y la obtención de los datos estadísticos. El manejo de las fichas clínicas y de la información recolectada cumplió con los principios éticos universales y con las cláusulas de confidencialidad establecidas respecto a los datos de identificación de los sujetos de estudio y a las restricciones de uso de la información por parte del grupo de investigadores.

Los criterios de inclusión para definir la participación en el estudio fueron los siguientes:

1. Encontrarse institucionalizado en uno de los hogares seleccionados durante el período de tiempo previsto para la ejecución del proyecto.
2. Voluntad de participar en el estudio (autorización de la familia en los casos en que se manifieste expresamente).
3. Posibilidad de acceso a los datos clínicos del paciente y legibilidad de los registros.
4. Edad mayor de sesenta años.
5. Nivel de escolaridad mínimo de 5 años.
6. Ausencia de patologías sistémicas, neurológicas o psiquiátricas que afecten el desempeño cognitivo.
7. Resultados negativos para trastornos de la cognición en las pruebas de tamizaje.
8. Disponibilidad de tiempo, comprensión y actitud de colaboración para la ejecución completa de las pruebas.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Manifestación personal o familiar de no querer participar en el estudio.
2. Analfabetismo o escolaridad formal inferior a cinco años.
3. Existencia de patologías sistémicas, neurológicas o psiquiátricas que afecten el desempeño cognitivo.

4. Falta de colaboración para la realización de las pruebas de tamizaje para trastornos cognitivos.
5. Ejecución incompleta de las pruebas por falta de comprensión, actitud negativa del paciente, cansancio físico o escasa disponibilidad de tiempo.

La población objeto de estudio estuvo compuesta por los adultos mayores institucionalizados en 305 instituciones geriátricas de larga estancia, registradas formalmente en las bases de datos de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, de la Secretaría de Integración Social y de la Fundación Santa Sofía para la Atención del Anciano. Por muestreo aleatorio simple, se escogieron 175 hogares geriátricos en los que se encontraban institucionalizados 7351 pacientes, del total de instituciones de larga estancia incluidas en los listados referidos anteriormente.

Este número de hogares corresponde al 57.4% del total de centros de bienestar del anciano que cumplen con los requisitos formales de funcionamiento y se encuentran registrados en las bases de datos especializadas en la ciudad de Bogotá.

Todos los pacientes institucionalizados en los hogares seleccionados, fueron tamizados para los criterios de inclusión y exclusión; dicha proporción corresponde al 38.2% del estimado de adultos mayores que residen en hogares geriátricos en la ciudad de Bogotá¹.

Solamente 2117 (28.8%) de los ancianos residentes en los hogares geriátricos incluidos en la muestra cumplieron con los criterios de inclusión definidos por los investigadores al inicio del proyecto, siendo considerada una muestra definitiva de dos mil ciento diecisiete adultos mayores de sesenta años como sujetos de estudio (n = 2117).

Resultados

Los datos obtenidos a partir de los registros clínicos y las bases de datos de las instituciones geriátricas incluidos en el estudio (n= 2117), mostraron una mayor concentración de pacientes entre los setenta y los setenta y cuatro años de edad (36.2%), con una clara predominancia del sexo femenino sobre

el masculino, en una proporción de uno a cinco, siendo más notoria la diferencia en los grupos de mayores de setenta y cinco años, en los cuales la proporción alcanza una relación de uno a siete, hecho coincidente con los datos evidenciados en diferentes estudios llevados a cabo en la ciudad de Bogotá D. C.

La mayor parte de los pacientes incluidos en el estudio (78%), no completó la educación secundaria, con un cuarenta punto ocho por ciento (40.8%) que solamente alcanzó el quinto grado de primaria y un treinta y siete punto dos por ciento (37.2%) que superó este nivel de educación en dos o tres años. El porcentaje restante (22%), manifestó haber concluido la educación secundaria y un seis por ciento (6%), haber alcanzado un título profesional (4%) o de postgrado (2%).

Evaluación neuropsicológica

Lista de palabras

Los resultados obtenidos en la ejecución de la prueba lista de palabras, evidencian un rendimiento promedio del cincuenta al sesenta por ciento del valor máximo en cada uno de los intentos. Se observó una mejoría relativa del desempeño a medida que se lleva a cabo la repetición de la lista por parte de los investigadores, aunque en la última repetición se detectó un estancamiento del aprendizaje respecto al intento anterior (Tabla I).

El recuerdo a corto plazo, evaluado mediante la inclusión de una lista alterna de palabras, evidenció el recuerdo de un promedio de 6.5 palabras, con un mínimo de cinco palabras en una proporción baja de adultos mayores (2.7%) y un máximo de ocho palabras en una quinta parte del grupo. Ninguno de los sujetos de investigación, alcanzó el puntaje máximo de la prueba, hecho que coincidió con los intentos previos de evocación del recuerdo (Tabla I).

Retención de Dígitos

El puntaje promedio en la prueba de dígitos directos fue de diez (10), con una frecuencia mínima de siete (5.3%) y una máxima de trece puntos (0.6%), concentrándose la mayor parte de los individuos en un desempeño variable entre ocho y diez pun-

Tabla I
Rendimiento Lista de Palabras

Número de palabras	Intento 1(%)	Intento 2(%)	Intento 3(%)	Intento 4 (%)	Interferencia (%)
5	45.2	35.1	28.5	36.9	2.7
6	31.6	37.4	39.8	36.1	39.4
7	21.6	24.7	28.9	24.2	39.3
8	1.6	2.2	2.5	2.7	18.5
9	0	0.6	0.3	0.1	0
10	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0

tos. Ninguno de los adultos mayores incluidos en el estudio, alcanzó el máximo valor posible (Tabla II).

Tabla II
Retención de Dígitos (Orden Directo e Inverso)

Puntuación	Orden Directo (%)	Orden Inverso (%)
5	5.3	20.4
6	39.3	21.3
7	23.8	24.5
8	20.2	19
9	5.9	9.3
10	4.9	3.6
11	0.6	1.9
12	0	0
13	0	0
14	0	0

La puntuación promedio en la ejecución de la prueba de dígitos inversos fue de ocho (8), encontrándose una distribución más homogénea que en el caso anterior, con una frecuencia mínima de cinco puntos (20.4%) y una máxima de siete puntos (24.5%). Cabe destacar que la proporción de individuos ubicados en el percentil cincuenta de rendimiento cognitivo se mantuviera constante (Tabla II).

Aunque se manifestaron algunas inquietudes respecto a la complejidad de la tarea en la fase previa a su aplicación, no se encontraron dificultades objetivas al respecto. Ninguno de los adultos mayores participantes en el estudio, alcanzó el máximo desempeño previsto

Se observó una actitud negativa (rechazo, inquietud, temor), por parte de algunos sujetos del grupo de estudio, durante la fase de explicación de la prueba, lo cual podría condicionar el desempeño, dadas las implicaciones de los procesos afectivos en la cognición.

Figura Compleja de Rey

La ejecución de la prueba se limitó a las dos primeras fases (copia y reproducción inmediata), habiéndose descartado la tarea relacionada con la elaboración de la figura treinta minutos después de la última observación, debido a las características de la población objeto de estudio y a la limitación de tiempo para la aplicación de los instrumentos.

Sobre una escala de treinta y seis puntos, se obtuvo un desempeño promedio de treinta y un puntos, con una mayor frecuencia en los puntajes de veintisiete y veintiocho (44% y 28.4% respectivamente). El puntaje mínimo fue de veintiséis, en el seis punto nueve por ciento (6.9%) y el máximo de treinta y seis, en una proporción muy baja de pacientes (0.1%).

Las frecuencias obtenidas en la segunda parte de la prueba (elaboración de la figura sin modelo), se mantuvieron relativamente estables en relación con la copia inicial. No obstante, el desempeño promedio se redujo a veintinueve punto cinco (29.5), con un mínimo de veintiséis en el trece por ciento (13%) del grupo y un máximo de treinta y tres en el cero punto dos por ciento (0.2%) de los adultos mayores que fueron objeto de evaluación.

Memoria Semántica

La mayor frecuencia de respuestas positivas se ubicó en la franja de 30 a 39 puntos (78%), con una puntuación mínima de 20 a 29 (7.5%) y una máxima de 50 a 59 (0.2%) (Tabla III).

Tabla III
Prueba de Vocabulario (Memoria Semántica)

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0 a 9	0	0
10 a 19	0	0
20 a 29	159	7.5
30 a 39	1653	78
40 a 49	302	14.3
50 a 59	3	0.2
Más de 60	0	0

Ninguno de los adultos mayores obtuvo un desempeño inferior a veinte (20) puntos ni superior a cincuenta y nueve (59), ubicándose una proporción muy significativa del grupo (92.3%) en la franja entre treinta (30) y cuarenta y nueve (49) puntos, lo que representa una ejecución promedio entre cincuenta y setenta por ciento, con un claro predominio de las frecuencias establecidas entre los valores referenciados anteriormente.

La ejecución de las tareas presentó algunas limitaciones relacionadas con el grado de escolaridad y con el nivel cultural de los ancianos evaluados. El rendimiento de la población se ubicó en un nivel medio, respecto a los máximos valores esperados en la prueba.

Discusión

Independiente de los mecanismos que determinan la calidad de la memoria en la época de la vejez, la mayor parte de los investigadores coincide en que el rendimiento de esta importante función cognitiva tiene un declive progresivo desde la adultez temprana, encontrándose pérdidas más significativas en unas áreas que en otras⁴.

En términos generales, las investigaciones han evidenciado la existencia de déficit en la evocación de la información (recuerdo libre y recuerdo con claves), en el recuerdo de acciones que deben ser realizadas en el futuro inmediato (memoria prospectiva) y en la ejecución de tareas que involucran la memoria operativa (mantener en la mente información a corto plazo mientras se trabaja con ella o se llevan a cabo otras tareas cognitivas)⁵.

En contraste, la memoria primaria (memoria de corto plazo), la memoria procedimental, la memoria semántica, la memoria asociada con las emociones y la memoria autobiográfica se conservan relativamente estables a pesar del paso del tiempo⁶.

En esa misma línea, de acuerdo con Ruiz – Vargas, "... el patrón asociado a la edad de pérdidas y de estabilidad en el funcionamiento de la memoria también se ha reflejado en términos de la dicotomía memoria explícita (que acusa significativamente el paso de los años) y memoria implícita (que se mantiene preservada, o sólo se ve ligeramente afectada, en la vejez)"...⁷.

Por otra parte, aunque se considera que este declive "fisiológico" de la memoria puede encontrarse presente en más del cuarenta por ciento de los adultos mayores de sesenta años⁸, no existe evidencia comprobada de que se encuentre asociado con la aparición de demencia u otros trastornos cognitivos relacionados, manteniéndose vigente la incertidumbre respecto a su condición de normalidad o anormalidad en los seres humanos⁹.

Curiosamente, a pesar de la importancia del fenómeno del envejecimiento "normal" de la memoria, la mayoría de las investigaciones respecto a este hecho se ha llevado a cabo en individuos con algún tipo de alteración, encontrándose más bien pocas referencias a los cambios fisiológicos resultantes

del paso del tiempo y al impacto que puedan tener en la vida cotidiana de los adultos mayores sin patología clínica manifiesta¹⁰.

Entre las causas probables de la dificultad para acceder al conocimiento de los mecanismos que subyacen a los cambios de la memoria relacionados con la edad, se incluyen la dificultad para ubicar grupos significativos de ancianos sin trastornos cognitivos que participen en estudios acerca del tema, la posibilidad de acceder fácilmente a dichos individuos, la apertura actitudinal frente al desarrollo de las tareas previstas y la condición física y mental requerida para el cumplimiento cabal de las pruebas.

La elección de pruebas comunes en neuropsicología clínica respecto al uso de tests estandarizados (protocolos fijos), se definió con base en el enfoque neuropsicológico de las últimas décadas, en el cual se propone llevar a cabo investigación en sujetos individuales antes que comparar grupos heterogéneos clasificados en síndromes clínicos definidos¹¹.

Los datos obtenidos en la lista de palabras muestran un rendimiento promedio que concuerda con los planteamientos de López, respecto al rendimiento cognitivo de los adultos mayores. La ejecución evidenció una leve mejoría en los procesos de almacenamiento y evocación del recuerdo, en la medida en que se dio la progresión de los diferentes intentos contemplados en la prueba^{2, 12}.

La repetición sucesiva de las palabras condujo al mejoramiento de la memorización verbal durante los tres primeros intentos, pero se observó un estancamiento relativo en el último intento, lo cual podría ser explicado por la pérdida del interés en la tarea y/o por el cansancio físico o mental asociado con la prueba, hecho que podría tener relación con su aplicación después de cuarenta minutos del inicio de la valoración¹².

La mayor frecuencia, en la prueba de dígitos en orden directo, se ubicó en las series que constan de cinco y seis dígitos, dato que se correlaciona con la amplitud atencional promedio y con la capacidad estándar de la memoria a corto plazo. En esas condiciones, el rendimiento promedio de los adultos

mayores evaluados fue de un cincuenta y cinco por ciento en relación con el máximo valor esperado, lo cual es coincidente con lo planteado por Kelley y posiblemente explicado a partir de la calidad de la atención de los ancianos y/o de la reducción en la efectividad de la memoria de corto plazo en este grupo etáreo¹³.

En cuanto a la puntuación obtenida en la prueba de dígitos en orden inverso, se evidenció una leve disminución del desempeño global, aunque la proporción de individuos ubicados en el percentil cincuenta de rendimiento cognitivo se mantuvo constante. Estos resultados podrían estar asociados con las alteraciones atencionales mencionadas anteriormente y/o con el declive funcional de los procesos de manipulación de información y realización de tareas cognitivas simultáneas (memoria de trabajo), descritas en la literatura en este grupo de edad^{2, 14}.

La aplicación de la Figura compleja de Rey estuvo acompañada de manifestaciones de desconfianza frente a la capacidad individual de ejecución de la prueba, aunque el rendimiento obtenido sugiere que la organización de la percepción visual se encuentra relativamente conservada¹⁵.

En la reproducción sin modelo, se observó una disminución leve del desempeño; sin embargo, el promedio del grupo respecto a la puntuación máxima se mantuvo más o menos constante. En términos generales, los resultados obtenidos en esta fase de la prueba se correlacionan de forma aceptable con los alcanzados en la primera, encontrándose un rendimiento del cincuenta al sesenta por ciento de la memoria visual en los adultos mayores evaluados, el cual se encuentra dentro de los parámetros planteados anteriormente².

La ejecución de la prueba de vocabulario presentó algunas limitaciones, puestas de presente por los propios sujetos de estudio, relacionadas con el grado de escolaridad y con el nivel cultural. No obstante lo anterior, el rendimiento de la memoria semántica de los adultos mayores evaluados alcanzó un nivel medio, el cual podría estar asociado a falta de claridad conceptual respecto a los distractores incluidos en la prueba o a un nivel de escolaridad

insuficiente para el abordaje de la misma en condiciones adecuadas^{8, 16}.

En términos generales, los datos obtenidos en el estudio coinciden con los planteamientos de Kelley (2004), en relación con el declive funcional de la capacidad de manipulación de información (memoria a corto plazo), la ubicación de la información en tiempo y espacio (memoria episódica), la conceptualización (memoria semántica), el uso de la información almacenada en forma inconsciente (memoria implícita) y el recuerdo libre de palabras e historias (memoria a largo plazo)¹³.

En general se puede decir que la limitación más importante para lograr un análisis global de los resultados, está relacionada con la ausencia de datos estadísticamente significativos acerca de la ejecución de las pruebas referidas en población geriátrica institucionalizada, hecho que impide el contraste de la información obtenida con los datos de otros grupos de investigación.

Otra limitación importante radica en la dificultad para contextualizar los resultados con la realidad cotidiana de los pacientes; en otras palabras, la validez ecológica de las pruebas, concepto que se utiliza desde hace varios años para describir ciertos aspectos de las tareas de evaluación que tienen que ver con el día a día del individuo¹⁷.

Es necesario continuar indagando acerca del funcionamiento normal de la memoria en los adultos mayores e intentar establecer una correlación estadística entre las variables biológicas, psicológicas y sociales que influyen la cognición de los seres humanos con la percepción subjetiva respecto a la condición personal de la memoria y con el desempeño alcanzado en pruebas neuropsicológicas utilizadas en la práctica cotidiana.

Referencias bibliográficas

1. Ramírez - Expósito MJ, Martínez - Martos J.M. Alteraciones neuronales inducidas por procesos degenerativos en el sistema nervioso central. Influencia del envejecimiento normal y patológico. Rev Neurol 1999; 29: 824 - 33.
2. López O.L. Clasificación del deterioro cogniti-

vo leve en un estudio poblacional. Rev Neurol. 2003; 37: 140 - 4.

3. Bennett D. Mild Cognitive Impairment. Clinics of Geriatric Medicine. 2004;20: 15 -25.
4. Casanova S. P, Casanova C. P, Casanova C. C. Deterioro Cognitivo en la Tercera Edad. Rev Cubana Med Gen Integ. 2004; 20: 5-6.
5. Bartrés - Faz, Clemente I, Junqué C. Alteración cognitiva en el envejecimiento normal: nosología y estado actual. Rev Neurol 1999; 29:64 - 70.
6. Hedden T, Gabrieli JD. Insights into the ageing mind: A view from cognitive neuroscience. Nature Rev Neurosci. 2004; 5: 87-96.
7. Ruiz - Vargas JM. Envejecimiento y Memoria: ¿Cómo y porqué se deteriora la memoria con la edad? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43 (5): 268 - 70.
8. Small SA. Age-related memory decline: current concepts and future directions. Arch Neurol. 2001; 58:360-4.
9. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Fanacelos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol. 1999; 56: 303 - 38.
10. Palacios V. La Memoria Humana. Documento Electrónico disponible en: <http://neuropsicologia-palacios.blogspot.com/>. 05.05.2010
11. Paolo, A. R. y Ryan, J. J. (1991). Application of WAIS-R short forms to persons 75 years of age and older. Journal of Psychoeducational Assessment, 9 (4), 345-352.
12. Ardila A, Roselli M. Neuropsicología Clínica. Editorial Manual Moderno. México. 2007. Pp: 265, 269, 273.
13. Kelley R.E. Memory Complaints and Dementia. Primary Care. 2004; 31 (1): 129 - 48.
14. Craik F. Memory changes in normal aging. Current directions in Psychological Science. 1994; (3): 155 - 58.
15. Cortés SJF, Galindo VMG, Salvador CJ. La figura compleja de Rey: Propiedades psicométricas. Salud Mental. 1996; 19 (3): 42 - 48.
16. Tulving E. Episodic and semantic memory. Organization of memory. New York Academic Press. 1972: pp. 382 - 403.
17. Leivovich N, Schmidt V. Reflexiones acerca de la evaluación psicológica y neuropsicológica. Revista Argentina de Neuropsicología. 2008; 12: 21 - 28.

PAUTA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ESTRÉS DEL CUIDADOR DEL PACIENTE ADULTO MAYOR

José Francisco Parodi (*); Juan Carlos Montoya (**);
Doris Rojas (***) ; Rocío Morante (****)

Resumen

Introducción

La calidad del cuidado está en relación directa con el estado de salud del cuidador. Cuidar a un Adulto Mayor (AM) puede ser factor de riesgo para la salud, lo que es fundamental conocer los riesgos de salud en el cuidador para establecer programas de intervención.

Material y métodos

Estudio del tipo casos y controles, realizado entre mayo de 2003 y abril de 2005. Se estudiaron 125 cuidadores principales de AM dependientes del Programa de Visita Domiciliaria del Centro Geriátrico Naval del Perú; se registraron factores de riesgo para estrés del cuidador, mientras el nivel de estrés se midió mediante la Escala de Zarit.

Resultados

El 66.4% de los cuidadores presentó estrés. Era dependiente el 57.6% de los AM cuidados. Hubo una asociación significativa ($p < 0.05$) entre grado de dependencia y estrés del cuidador. Los factores de riesgo dependientes del cuidador fueron: no recibir ayuda ($p < 0.001$), cuidar por más de 12 horas/día ($p < 0.004$) y bajo nivel de educación del cuidador ($p < 0.022$). Los factores de riesgo dependientes del paciente fueron: presencia de ideas delirantes ($p < 0.03$), presencia de agresividad ($p < 0.01$) y alteración del sueño ($p < 0.02$).

Conclusiones

Los factores que al actuar en forma conjunta, resultaron con mayor significancia para explicar el 74.5% de los casos de estrés en el cuidador, fueron el relativo al nivel educativo, el sueño del paciente, la falta de ayuda y lo concerniente a horas de cuidado al día. Estos deben ser considerados en forma especial en el diseño de programas para el cuidador en nuestro medio.

Introduction

When the caregiver's health is impaired, the provision of health care for the dependent elderly patient is

(*) Médico Geriatra. Director del Centro de Investigación del Envejecimiento (CIEN), Facultad de Medicina Humana - Universidad de San Martín de Porres. jparodi@terra.com.pe

(**) Médico Geriatra. Bamboo Senior Health Services. jmontoya@bambooseniors.com

(***) Enfermera Asistencial. Centro Geriátrico Naval del Perú. dorisnaval@yahoo.es

(****) Estudiante de Medicina. Bamboo Senior Health Services. rmorante@bambooseniors.com

often compromised. It is essential to identify risk factors related to caregiver stress and burnout so appropriate intervention programs could be established.

Methods

Between May 2003 and April 2005, a case control study was conducted among 125 caregivers for dependent elderly patients from the Home-Visiting Program - Geriatric Navy Medical Center, Peru. We interview caregivers with a survey made to register risk factors for burnout and also the Zarit Burden Interview.

Results

Over half of the caregivers (66.4%) presented stress or burnout. 57.6% subjects were dependent elderly. Dependency degree and caregiver's stress were significantly associated ($p < 0.05$). Risk factors related to caregivers were: lack of support ($p < 0.001$), more than 12 hours of care per day ($p < 0.004$), low education levels ($p < 0.022$).

Conclusions

Risk factors for stress in caregivers related to patients were: delusional ideas, aggressive ideas and sleep disturbances. Risk factors related to caregivers were: lack of support, more than 12 hours of care per day and low education levels. These aspects should be specially considered when designing assistance programs for caregivers.

Introducción

América Latina está envejeciendo. La tasa de crecimiento anual de la población de 80 años a más es del 3% (1). En el Perú, para el año 2025, se calcula que la población adulta mayor llegará a más del 13.27% de la población total⁽²⁾.

El mantenimiento y/o mejora de la salud del adulto mayor (AM) dependiente es un problema multidimensional, más aún en una sociedad como la nuestra donde los servicios estatales o comunales de apoyo al AM y su familia tienen mucho que mejorar.

Un AM dependiente conviviendo en el seno de la familia puede condicionar una serie de fenómenos en el funcionamiento de esta⁽³⁾ (4). El estado de

dependencia implica que necesita de otra persona para satisfacer sus necesidades básicas de autocuidado, sin la cual no podría seguir viviendo. SABE encontró que el 20% de los AM que viven en la comunidad tenían limitación al menos en una actividad de la vida diaria. En el Perú, el 28% de los AM tienen una deficiencia física o psicológica incapacitante⁽⁵⁾.

El papel del cuidador es primordial en el mantenimiento de la salud y calidad de vida del AM dependiente, puesto que es nexo fundamental con el equipo geriátrico prestador de salud y actor esencial en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del AM dependiente; he aquí la importancia de analizar y vigilar el bienestar del cuidador de nuestro paciente. A raíz de esto nace la unidad cuidador-cuidado, la cual debe ser evaluada periódicamente. Si se tiene un cuidador inadecuado o sin salud, la evolución y bienestar del AM no será la mejor.

Ser cuidador de un AM dependiente constituye un factor de riesgo de morbilidad física y psicológica para el propio cuidador (6). Algunos cuidadores pueden sobrecargarse del trabajo realizado, lo que traería consecuencias negativas tanto en su salud como en la del AM dependiente a su cargo⁽⁷⁾. El síndrome del cuidador se caracteriza por ser una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y/o psicológico, mientras que se puede manifestar, de manera psicopatológica, como depresión y ansiedad⁽⁸⁾. No aparece en todas las personas que están cuidando AM con enfermedades crónicas, aunque en los casos dados, se ha demostrado una relación con la evolución de la enfermedad y la calidad de cuidados proporcionados por el cuidador (9). Un cuidador estresado es factor de riesgo de abuso e inclusive de muerte del AM a su cargo (10).

El objetivo de este trabajo es estudiar los factores con los cuales se desarrolla el estrés del cuidador.

Material y métodos

Estudio del tipo casos y controles realizado entre mayo de 2003 y abril de 2005. Se estudiaron cuidadores principales de AM dependientes del Programa Domiciliario del Centro Geriátrico Naval

del Perú. Llamamos cuidador principal (CP) a la persona que asume la responsabilidad directa en la atención y el apoyo diario a este tipo de pacientes.

Criterios de inclusión:

- Ser cuidador principal.
- Aceptar participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- No comprender el idioma y/o el cuestionario.

Se definió como caso al CP con estrés y como control al CP sin estrés.

Los datos del estudio fueron obtenidos mediante una entrevista con el cuidador y el paciente, así como de la revisión de la historia clínica del mismo, usando un cuestionario semiestructurado.

El estrés fue medido con la escala de Estrés del Cuidador de Zarit (11). Los puntos de corte usados fueron: no sobrecarga (22 - 46), sobrecarga leve (47 - 55) y sobrecarga intensa (56 - 110). Para investigar la presencia de probabilidad de depresión y/o ansiedad en los cuidadores se usó la escala acortada de Golberg⁽¹²⁾ de 18 preguntas, usando 5 en la parte de ansiedad y 2 en la parte de depresión como puntos de corte.

La valoración funcional se hizo usando la escala de Barthel⁽¹³⁾. Mediante SPSS 11 se realizó un análisis descriptivo univariado, bivariado de los datos, registrando promedios, desviación standard, frecuencia y porcentajes, dependiendo de la naturaleza de la variable. Posteriormente se usó la prueba X2 para determinar asociación entre los factores y el estrés del cuidador. Se calculó, además, los odds ratio (OR) y se hizo un análisis multivariado de regresión logística para determinar el factor con mayor riesgo asociado. Los factores que se consideraron para la regresión logística fueron aquellos que resultaron significativos en el análisis bivariado con X2. Consideramos estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados

Evaluamos 127 unidades cuidador-cuidado, excluyendo 2 debido a la falta de entendimiento de la lengua española de uno, y la no comprensión de la

escala de parte del otro, a pesar de su familiarización con el idioma. El número de casos fue de 83 (cuidadores con sobrecarga) y los controles fueron 42 (cuidadores sin sobrecarga), ambos discriminados por la Escala de Sobrecarga de Zarit (Tabla 1).

Tabla 1

Cuidadores: casos y controles por grupo etario de AM dependientes del Programa Domiciliario del Centro Geriátrico Naval del Perú. 2003 – 2005

Grupo etario	Casos (Sobrecarga)		Controles (No Sobrecarga)	
	n ^a	%	n ^a	%
≤ de 30	8	(9.6)	0	
31 a 40	14	(16.9)	6	(14.3)
de 41 a 50	16	(19.3)	9	(21.4)
de 51 a 59	0	(0)	9	(21.4)
de 60 a 75	28	(33.7)	15	(35.7)
> =76	17	(20.5)	3	(7.1)
TOTAL	83	(100)	42	(100)

^a número

La edad media de los 125 AM cuidados fue de 82.75 (60 – 97); de estos, el 44.8% es mayor de 85 años, el 59.2% corresponde a varones, donde el 51.2% de estos es casado o viudo. El 57.6% de los AM cuidados era dependiente según la escala de Barthel. Las patologías de los AM cuidados más frecuentes (Tabla 2) fueron demencia 86 (68.8%) e hipertensión arterial 78 (62.4%).

La edad media de los cuidadores fue 56.6 (19-88) años, siendo \geq a 75 años el 18.4%. De los cuidadores, 97 fueron mujeres (77.6%), 85 de ellos (68%) casados. Respecto a la relación con el paciente 47 fueron cónyuges (37.6%), y 44 (35.2%) fueron hijos, sólo 2.5 (2.4%) eran contratados. El 50.4% de los cuidadores refirió estar desempeñando dicha función por más de 5 años, teniendo un promedio de percepción de horas de cuidado al día de 18.3. El 28% (35) de los cuidadores no recibía ayuda; de los que recibían ayuda el 48.8% (61) provenía de un familiar y el resto de una persona contratada para tal fin. El 88.8% (111) de los cuidadores convivía con el paciente.

Tabla 2
Patologías de los AM dependientes del Programa Domiciliario del Centro Geriátrico Naval del Perú (2003 – 2005)

Patología	Frecuencia	Porcentaje (%)
Trastorno del apetito	12	9.6
Trastorno del sueño	40	32
Caídas recurrentes	8	6.4
Dolor persistente	9	7.2
Secuela de ACV ^a	37	29.6
Amputación de MI	6	4.8
OA ^b incapacitante	18	14.4
Demencia	86	68.8
Depresión	11	8.8
Enf. De Parkinson	7	5.6
Neoplasia	5	4
Fractura de cadera	8	6.4
Úlceras por decúbito	6	4.8
Deprivación sensorial severa	10	8
Insuficiencia cardíaca	21	16.8
EPOC ^c	24	19.2
Enfermedad coronaria	35	28
Hipertensión arterial	78	62.4
Diabetes	28	22.4
Total	125	100

a Accidente Cerebro Vascular

b Osteoartritis

c Enfermedad Pulmonar Obstructiva

El 66.4% (83) de los cuidadores presentó estrés según la Escala de Zarit, siendo leve en el 7% (9) e intensa en el 59.2% (74) de los casos. Se encontró una asociación significativa ($p < 0.05$, X^2) entre el grado de dependencia y el estrés del cuidador (Tabla 3).

El OR concluyó que existe el doble de probabilidad de tener a un cuidador con estrés cuando el paciente es dependiente frente al cuidador que tiene un paciente independiente.

La edad promedio del cuidador sobrecargado fue de 57.3 (19-88) años y 55.1 (32-76) en el no sobrecargado. La edad promedio del paciente cuidado fue

Tabla 3
Relación entre el grado de dependencia del AM del Programa Domiciliario del Centro Geriátrico Naval del Perú y el estrés del cuidador ^a (2003 – 2005)

Grado de Dependencia (Barhel)	No sobre-carga	Sobre-carga	Total
Independiente	43.4	56.6	100.0
Dependencia	26.4	73.6	100.0
Total	33.6	66.4	100.0

^aOR= 2.139 (1.005 – 4.549), $p < 0.05$

de 80.69 (60-97) en el sobrecargado y 86.8 (76.95) en el no sobrecargado. El análisis descriptivo comparativo de las características y trastornos de los pacientes, según tengan o no sobrecarga sus cuidadores, se presenta a continuación (Tabla 4).

De las patologías y síndromes que presentaban los pacientes y su relación con el estrés de sus cuidadores, se encontró que el tener más de dos caídas al año ($p < 0.05$), depresión ($p < 0.015$), demencia ($p < 0.019$, OR=2.99 [2.83-13.22]), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ($p < 0.005$, OR=4.67 [1.29-16.56]) e hipertensión arterial (HTA) ($p < 0.019$, OR=2.55 [1.18-5.48]) se relacionaban con estrés (Tabla 5).

La edad promedio de los casos fue de 57.3 (19-88) años, siendo de sexo masculino el 21.7% (18) y femenino el 78.3% (65); mientras que la edad promedio de los controles fue de 55.1 (32-76) años, siendo de sexo masculino el 23.8% (10) y femenino el 76.2% (32). Respecto al estado civil de los casos, el 21.7% (18) era soltero, el 67.5% (56) era casado y el 3.6% (3) era viudo y divorciado; mientras que en los controles el 31% (13) era soltero y el 69% (29) era casado. Entre los casos, el 45.8% (38) era cónyuge y el 30.1% (25) correspondía a los hijos, mientras que en los controles el 21.4% (9) era cónyuge y el 45.2% (19) estaba representado por los hijos de los cuidados.

Al estudiar los síntomas psiquiátricos en los pacientes cuidados por cuidadores con estrés, se encontró que el 69.9% (58) tenía síntomas conductua-

Tabla 4
Características de los AM del Programa Domiciliario del Centro Geriátrico Naval del Perú (2003 – 2005) con cuidadores con sobrecarga y no sobrecarga

Patologías del paciente	No sobre-carga	Sobre-carga	Odds Ratio	Intervalo Inferior	Intervalo superior
Apetito	6	6	0.468	0.14	1.55
Sueño	8	32	2.667 ^a	1.10	6.48
Caídas recurrentes	0	8	0.641	0.56	0.73
Dolor persistente	6	3	0.225	0.05	0.95
Secuela ACV ^b	11	26	1.285	0.56	2.95
Amputación	0	6	0.647	0.57	0.74
Osteoartritis incapacitante	8	10	0.582	0.21	1.61
Demencia	27	59	2.99 ^a	2.83	13.22
Depresión	0	11	0.632	0.55	0.73
Parkinson	0	7	0.644	0.56	0.74
Neoplasia	2	3	0.75	0.12	0.47
Fractura de cadera	3	5	0.833	0.19	3.67
Úlcera por decúbito	0	6	0.647	0.57	0.74
Deprivación sensorial incapacitante	0	10	0.635	0.55	0.73
Insuficiencia cardíaca	6	15	1.324	0.47	3.71
EPOC ^c	3	21	4.627 ^a	1.29	16.57
Enfermedad coronaria	9	26	1.673	0.7	3.99
HTAd	20	58	2.552 ^a	1.19	5.49
Diabetes	5	23	2.837	0.99	8.11

a $p < 0.05$, b Accidente cerebrovascular, c Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, d Hipertensión

les, el 50.6% (42) ideas delirantes y el 30.1% (25) alucinaciones. El 71.1% (59) de pacientes cuidados por cuidadores sobrecargados presentó alguna forma de demencia. Resaltan los siguientes factores: presencia de ideas delirantes ($p < 0.03$, OR: 2.29 [IC 1.05-5]) y, dentro de éstas, sospecha de robo ($p < 0.00$, OR: 4.412 [IC 1.57-12.41]); presencia de síntomas conductuales ($p < 0.00$, OR: 3.77 [IC 1.73-8.22]) y dentro de estos agresividad ($p < 0.01$, OR: 2.773 [IC 1.27-6.06]), y alteración del sueño ($p < 0.02$, OR: 2.67 [IC 1.10-6.48]) del paciente.

Respecto al cuidador, es importante resaltar que el 29.6% de los sobrecargados no había terminado el

colegio frente al 8.3% en igual condición educativa de los no sobrecargados (Tabla 6).

Con respecto a los factores asociados a estrés del cuidador (Tabla 7) dependientes del custodio, fueron estadísticamente significativos: el hecho de no recibir ayuda ($p < 0.001$ * OR 8.157 [IC 2.326-28.605]), el cuidar por más de 12 horas al día ($p < 0.004$, OR 3.444 [IC 1.55-7.67]), y el grado de educación del cuidador (tener secundaria incompleta o menos) ($p < 0.022$, OR 4.632 [IC 1.29-16.57]).

Luego de la regresión logística, el nivel educativo, la alteración del sueño del paciente, el no recibir ayu-

Tabla 5
Comparación entre los porcentajes de las patologías presentadas en los AM del Programa Domiciliario del Centro Geriátrico Naval del Perú (2003 – 2005)

Patologías del paciente	Porcentaje		p
	Controles n°= 83	Casos n°= 42	
Apetito	14,3	7,2	0,26
Sueño	19,0	38,6	0,02 b
Caídas recurrentes	0,0	9,6	0,00 b
Dolor persistente	14,3	3,6	0,07
Secuela ACV ^c	26,2	31,3	0,56
Amputación	0,0	7,2	0,01 b
Osteoporosis incapacitante	19,0	12,0	0,33
Demencia	64,3	73,8	0,01 b
Depresión	0,0	13,3	0,00 b
Parkinson	0,0	8,4	0,01 b
Neoplasia	4,8	3,6	0,76
Fractura de cadera	7,1	6,0	0,81
Úlcera por decúbito	0,0	7,2	0,01 b
Deprivación sensorial incapacitante	0,0	12,0	0,00 b
Insuficiencia cardíaca	14,3	18,1	0,60
EPOC ^d	7,1	26,3	0,00 b
Enfermedad Coronaria	21,4	31,3	0,23
HTA ^e	47,6	69,9	0,02 b
Diabetes	11,9	27,7	0,03 b

a Número, b p<0.05, c Accidente Cerebrovascular, d Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, e Hipertensión arterial

da y la percepción de cuidar más de 12 horas al día, fueron los factores que en forma conjunta resultaron con mayor significancia para explicar el 74.5 % de los casos de estrés en el cuidador (Tabla 8).

Tabla 6
Comparación entre los porcentajes del nivel educativo en los cuidadores de los AM del Programa Domiciliario del Centro Geriátrico Naval del Perú (2003 – 2005)

Nivel educativo	Porcentaje		p
	Controles n°= 42	Casos n°= 83	
Primaria	0	22,9	0,000
Secundaria	38,1	28,9	0,303
Superior	47,6	45,8	0,847

a Número

Tabla 7
Factores de riesgo asociados a estrés dependientes del cuidador de los AM del Programa Domiciliario del Centro Geriátrico Naval del Perú (2003 – 2005)

Factor	p	OR ^a
Sexo del cuidador (M/F)	0.967	0.886 (IC 0.367-2.139)
Recibe ayuda (no/si)	0.001 ^b	8.157 (IC 2.326-28.605)
Tipo de ayuda recibida (contratado/familiar)	0.064	2.713 (IC 1.04-7.06)
Convivencia con el paciente (no/si)	0.381	1.986 (IC 0.52-7.55)
Horas de cuidado al día (>12/≤12)	0.004 ^b	3.444 (IC 1.55-7.67)
Grado de dependencia (dependiente /independiente)	0.072	2.139 (IC 1-4.55)
Sueño del paciente (patológico/normal)	0.045 ^b	2.667 (IC 1.1-6.48)
Nivel educativo del cuidador (secundaria incompleta /secundaria completa)	0.022 ^b	4.632 (IC 1.29-16.57)

a Odds Ratio, b p<0.05

Discusión

En el Perú es frecuente que los cuidadores de AM sean en su mayoría familiares que, entre otras cosas, tienen que dejar de trabajar para serlo; aunque,

Tabla 8
Análisis multivariado de los factores de Riesgo asociados a estrés del cuidador de los los AM del Programa Domiciliario del Centro Geriátrico Naval del Perú (2003 – 2005)

Factor	P	OR ^a	IC ^b (OR) 95% LI ^c LS ^d
Nivel educativo del cuidador (Secundaria incompleta / Secundaria completa)	0.013	7.960	1.557 40.724
Sueño del paciente (patológico / normal)	0.02	7.527	2.098 27.008
Horas de cuidado al día (>12 hrs / ≤12 hrs)	0.049	3.050	1.002 9.283
Recibe ayuda (No / Si)	0,02	4,362	1.255 15.156

a Odds Ratio, b Intervalo de confianza, c Límite inferior, d Límite superior

paradójicamente, los requerimientos económicos de la familia aumenten debido al mayor riesgo de interurrencias, reagudizaciones o complicaciones de su patología de fondo (14). En estudios en países desarrollados, los cuidadores familiares proveen casi el 80% del cuidado que reciben los AM en la comunidad (15). Cerca de los 2/3 de los cuidadores son mujeres, pudiendo ser esposas o hijas (16). El 75% de los AM dependientes es cuidado por familiares que viven en la misma casa (17). En España, el 76% de los CP es algún miembro de la familia, generalmente mujer (esposa o hija) (18), y de la decisión de institucionalizar depende de si el paciente tiene disponibilidad de un cuidador en casa. En un estudio anterior hecho en el Centro Geriátrico Naval del Perú, se reporta que las mujeres representan el 84.2% de cuidadores, siendo el cónyuge el cuidador en el 46% de los casos, seguido por los hijos (as) (30%). El 18% de cuidadores es no residente y el 9% vive solo con el paciente, además de encontrarse que los cuidadores son en su mayoría mujeres (77.6%). Respecto al grado de parentesco, el 38.5% es cónyuge, el 36.1% hijos(as) y sólo el 2.5% personal contratado. En el estudio de Vidal et al. en Chile, eran los hijos(as) el 64.3% de los cuidadores y los cónyuges el 15.7% (19).

Es frecuente que la labor del cuidador recaiga sobre una persona mayor de 60 años, por lo que, lo que inicia como el estudio del cuidador de un paciente de AM termina en el concepto inevitable de Adulto Mayor Cuidador (20) (21), lo cual se traduce en que, además de los riesgos y problemas inherentes al AM, se tienen que agregar todas las consecuencias y riesgos relacionados al hecho de ser cuidador. En el mismo trabajo se encontró que el 56.1% de cuidadores era mayor de 60 años, algunos de los cuales (17.5%) tenían cierto deterioro en su capacidad funcional (Katz B); de tal forma, aquel cuidador que se reconoce como factor fundamental para la salud del paciente AM, es muy probablemente también paciente nuestro. En el presente estudio el 50.4% de cuidadores era también adulto mayor.

El nivel educativo del cuidador es fundamental (22). Si el cuidador se capacitó o no para serlo tiene implicancias lógicas respecto a la salud tanto del cuidado como del cuidador. Resultan determinantes algunos puntos, por ejemplo, la calidad de informante del cuidador y la eficiencia en la administración de las medicinas (leer la receta, calcular intervalos de dosis, comprender indicaciones verbales o escritas del médico) que aseguran en gran parte el éxito de la terapéutica instalada. Anteriormente se reportó en el Perú que el 35.2% de cuidadores no había terminado el colegio y el 2% era analfabeta. Otro aspecto relacionado al nivel educativo es la capacidad para adquirir nuevos conocimientos y destrezas ante las patologías de los pacientes. Asimismo, se reporta que el 11.5% de cuidadores mencionó que no había comprendido del todo el diagnóstico de su paciente, hecho que es un factor reconocido como sobrecarga o estrés del cuidador en diversas investigaciones y publicaciones relacionadas. En el presente estudio se vuelve a encontrar un nivel educativo de los cuidadores inadecuado: 9.4% primaria incompleta, 6.8% primaria completa, 6.8% secundaria incompleta y, desde luego, un porcentaje mínimo con estudios formales para ser cuidadores, por lo tanto, no sorprenden los hallazgos respecto a la significancia estadística del nivel educativo de los cuidadores y su fuerte asociación con el desarrollo de estrés del cuidador.

Existen diferencias importantes entre un cuidador residente y no residente. Entre ellas resaltan

el tiempo de trabajo y las "horas de ayuda", las cuales suelen ser mayores en el cuidador residente (23), con muy poca ayuda de otros o sin esta. La asistencia intensiva generalmente se define en función del tiempo dedicado, determinado como más de 20 horas a la semana (21); igualmente el reparto de cargas de cuidados casi nunca se hace de forma uniforme entre la familia (24). Generalmente se puede identificar a un CP como la persona sobre la que suele recaer la atención directa del paciente durante la mayor parte del tiempo (25) (26). La mayoría de los CP residentes ha provisto de sus cuidados por 6.2 años y 90.4 horas a la semana en promedio (27). En nuestro medio se reportó que el 15.8% de cuidadores lo hace por un período de tiempo menor a 1 año, el 24.6% de 5 a 9 años y el 17.6% por más de 10 años, refiriendo un 71.9% de cuidadores que lo hace por más de 160 horas a la semana, cifra última que se explica por la percepción del cuidador de estar trabajando las 24 horas del día. Nosotros encontramos que el 88.8% de cuidadores convivía con el paciente, el 52.9% lo había sido por más de 5 años, 28% no recibía ayuda (en el caso de recibirla era el 67.8% de familiares) y el 66.4% refería cuidar a "su paciente" por más de 12 horas; este último factor está estadísticamente asociado a estrés.

Pearlin, et al. proponen que el cuidador ha de enfrentarse a una gran cantidad de factores productores de estrés como consecuencia del cuidado del enfermo de Alzheimer (28). Sin embargo, estos estresores no se sitúan en el mismo nivel, sino que se considera a aquellos que derivan directamente del enfermo y de los cuidados del mismo como estresores primarios, mientras que los estresores secundarios serían los derivados de las evaluaciones que el cuidador hace de sus propios recursos y de las interacciones de éste con otras personas (familiares, compañeros de trabajo, etc.). Es decir, los estresores primarios son los relacionados con el enfermo (agresividad, desorientación, problemas de incontinencia), y los estresores secundarios los ligados al cuidador (pérdida de apoyo social, pérdida del ser amado, culpabilidad). En su modelo, Haley, et al. no consideran los estresores primarios como algo unitario, sino como un bloque formado por tres componentes: la severidad del daño cognitivo del enfermo, alteraciones conductuales del enfermo

(vagabundeo, agresividad), y deficiencias en el autocuidado del enfermo en actividades básicas (bañarse, vestirse, comer, etc.). Para él, el componente que parece tener un mayor peso en relación al bienestar del cuidador es el segundo, de modo que los problemas conductuales del enfermo se relacionarían con mayor estrés del cuidador. También apoya el hecho de que los estresores secundarios tienen un mayor peso tanto en la generación de estrés como en las consecuencias negativas asociadas como peor salud, mayor depresión y mayor carga (29). Algunos estudios reportan que las situaciones que más sobrecargan al cuidador son el número elevado de horas de cuidado diario y la necesidad de prestar cuidados durante la noche (30) (31).

Se reportó anteriormente que el 36.8% de cuidadores pensaba que "nadie podría hacerse cargo de mi paciente si yo no estuviera"; aunque esto no necesariamente es cierto, es lo que percibe el cuidador y que podría ser ya parte de una psicopatología por el simple hecho de cuidar. También se encontró que el 38.6% de cuidadores tenía de 1 a 2 enfermedades conocidas, y que sólo 1/3 acudía a controles médicos de manera periódica.

Las enfermedades "físicas" conocidas del cuidador más frecuentemente encontradas fueron cefalea (27.1%), hipertensión arterial (22.9%), gastritis (21.1%) y alteraciones del sueño (19.3%), patologías en las cuales los niveles de estrés juegan un papel preponderante; además, algunas de ellas poseen síntomas que se confunden frecuentemente con problemas psicosomáticos. A esto habría que agregar que algunos de los grupos farmacológicos más consumidos por los cuidadores fueron los AINEs (22%) y ansiolíticos/sedantes (17%). Dato adicional, el 8.5% de cuidadores refirió que había dejado de tomar medicinas y/o el control médico porque "le faltaba tiempo o prefería comprar las (medicinas) del paciente".

Se reportó anteriormente en nuestro medio que, aproximadamente, la mitad de los cuidadores presentan síntomas de depresión o ansiedad (19.3% de cuidadores necesitó ir al psicólogo desde que era cuidador) al aplicar la escala de Golberg (50.1% de cuidadores con alta probabilidad de depresión y 36.8% con alto riesgo de ansiedad).

La frecuencia de estrés o sobrecarga encontrada en nuestro estudio, luego de la aplicación de la Escala de Zarit (66.4%), está asociada con la frecuencia de ansiedad ($p < 0.001$), depresión ($p < 0.000$) y el hecho de que el cuidador llorara espontáneamente durante la realización de la entrevista ($p < 0.001$). El tener depresión, ansiedad o llorar espontáneamente durante la entrevista aumenta por 4.81 (2.15-10.75), 4.18 (1.8-9.45) y 6.61 (1.87-23.31) el riesgo de presentar sobrecarga del cuidador según la Escala de Zarit. Visto de otra forma, los cuidadores que presentan sobrecarga presentan 6 veces más la presencia de llanto durante la entrevista frente a los cuidadores sin sobrecarga. En los cuidadores con sobrecarga, la probabilidad de presentar depresión y ansiedad es 4 veces mayor que en un cuidador sin sobrecarga.

El estudio del cuidador ha recobrado impulso en los últimos tiempos, más aún ante la ausencia evidente de un tratamiento etiológico efectivo.

El deterioro cognitivo y funcional progresivo de las demencias supone un aumento de las demandas sobre los cuidadores y necesidades de salud que tienen implicancias multidimensionales (32). Hu, et al. encontraron un promedio de 8,06 horas de cuidados por día en pacientes con demencia severa y 3,2 horas en aquellos con demencia leve a moderada. Asimismo, al aumentar el deterioro funcional se requería mayor asistencia por parte del cuidador (33).

La valoración del cuidador se debe generalizar a todo paciente AM con alguna patología que lo haga dependiente (34). Castel et al. refieren que no existe diferencia entre cuidar a un enfermo con demencia, ACV o enfermedad crónica por lo que respecta a la presencia de ansiedad, depresión o sobrecarga. El grado de deterioro cognitivo o el nivel de dependencia física no constituyen por sí solos elementos esenciales para determinar la sobrecarga, el nivel de depresión o el estrés psicológico padecido por el cuidador (35). Nosotros hemos encontrado asociación significativa no sólo con demencia ($p < 0.019$), sino además con depresión ($p < 0.015$), trastorno sensorial incapacitante ($p < 0.016$), enfermedad pulmonar obstructiva crónica ($p < 0.015$) e hipertensión arterial ($p < 0.019$) en

pacientes adultos mayores dependientes, siendo estadísticamente significativa la asociación entre estrés y grado de dependencia ($p < 0.001$).

En el presente trabajo se observa, con respecto a los factores asociados para estrés del cuidador por parte del paciente, que la presencia de ideas delirantes o agresividad supone un riesgo dos veces mayor de estrés en el cuidador. La presencia de alteración del sueño del paciente presenta 2.6 veces más riesgo de estrés.

Con respecto a los factores asociados a estrés del cuidador por parte de éste, el hecho de no recibir ayuda conlleva un riesgo por 8; el cuidar por más de 12 horas al día un riesgo por 3.4, y el bajo nivel educativo presenta un riesgo por 4.6 veces mayor de estrés del cuidador.

De los factores de riesgo que explican el 74.5 % de los casos de estrés, sólo uno (sueño) depende del paciente; las demás (nivel educativo, recibir ayuda y horas de cuidado al día), son dependientes del cuidador. Cabe resaltar que el manejo del sueño en las personas mayores requiere competencias clínicas particulares.

Un estudio del Prince Henry Hospital demostró que la intervención en el cuidador redujo la morbilidad psicológica, retrasó la institucionalización y ahorró alrededor de \$6000 por pareja en 3 años; el no entrenar al cuidador fue el factor predictivo más significativo de institucionalización, delante de la severidad y ritmo de deterioro de demencia, y la morbilidad psicológica del cuidador. Luego de 8 años se confirmó el retraso de la institucionalización cuando los cuidadores fueron entrenados (36).

El diseño de un programa para cuidadores en nuestra realidad debe considerar los factores que se encontraron asociados al riesgo de estrés.

Referencias bibliográficas

1. División de Población de las Naciones Unidas. Una Sociedad para todas las edades: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. [Online]; 2002 [cited 2009 Diciembre 28. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/>

- sitios/gericuba/una_sociedad_para_todas_las_edades.pdf.
2. Varela L, Chávez H, Herrera A, Méndez F, Gálvez M. Perfil del adulto mayor Perú-INTRA II, Desarrollando Respuestas Integradas de Sistemas de Cuidados de Salud para una población en rápido envejecimiento. [Online].; 2004 [cited 2009 Diciembre 28. Available from: http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfs/prueba_intraII.pdf.
 3. Gomez M, López A, Moya M, Hernández O. Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005;(21): p. 1-2.
 4. Dueñas E, Martínez M, Morales B, Muñoz C, Viáfara S, Herrera J. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*. 2006 Abril - Junio; 37(2): p. Suplemento 1.
 5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). PERU: Perfil Socio demográfico de la Tercera Edad. [Online]. Lima; 1995 [cited 2009 Diciembre 28. Available from: <http://www1.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0044/N00.htm>.
 6. Schulz R, O'Brien A, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*. 1995;(35): p. 771-791.
 7. Kiecolt-Glaser J, Preacher K, MacCallum R, Atkinson C, Malarkey W, Glaser R. Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2003 July; 100(15): p. 9090-9095.
 8. Espín Andrade AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008 Julio - Setiembre; 34 (3).
 9. Bell C, Araki S, Neumann P. The association between caregiver burden and caregiver health-related quality of life in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2001 Julio - Setiembre; 15(3): p. 129-36.
 10. National Center on Elder Abuse. Preventing Elder Abuse by Family Caregivers. [Online].; 2002 [cited 2010 Diciembre 28. Available from: http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/main_site/pdf/family/caregiver.pdf.
 11. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji L, Rico J, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;(6).
 12. Montón C, Pérez Echevarría M, Campos R, García Campayo J, Lobo A, GZEMPP. Escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg; Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993; 12(6): p. 345-349.
 13. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*. 1997 Marzo - Abril; 71(2).
 14. Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, Rocco L. *Chronic Disease: An Economic Perspective* London: Oxford Health Alliance; 2006.
 15. Thompson L. Long-term care: Support for family caregivers. Issue Brief. Washington, DC: Georgetown University, Long-Term Care Financing Project; 2004.
 16. National Alliance for Caregiving and AARP. *Caregiving in the United States*. ; 2004.
 17. Merrill DM. Caring for elderly parents: juggling work, family, and caregiving in middle and working class families. Ilustrada ed.: Greenwood Publishing Group; 1997.
 18. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002. [Online].; 2002 [cited 2010 Julio 11. Available from: <http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2002/index.html>.
 19. Vidal Gutiérrez D, Zavala Gutiérrez M, Castro Salas M, Quiroga López P, Klaasen Pinto G. El significado del paciente con demencia para el cuidador, en una comunidad urbana y rural. *Revista de Servicio Social*. 1998 - 1999 Diciembre - Junio; 1(2).
 20. Velkoff V, Lawson V. International Brief Gender and Aging Caregiving. [Online].; 1998 [cited 2010 Julio 11. Available from: <http://www.census.gov/ipc/prod/ib-9803.pdf>.
 21. National Alliance for Caregiving. Caregiving in the U.S. - A Focused Look at Those Caring for Someone Age 50 or Older. [Online].; 2009 [cited 2010 Julio 09. Available from: <http://www.caregiving.org/data/FINALRegularExSum50plus.pdf>.
 22. Ory MG, Hoffman RR, Yee JL, Tennstedt S, Schulz R. Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison Between Dementia and Nondementia Caregivers. *The Gerontologist*. 1999; 39(2): p. 177-186.
 23. Melis RJF, van Eijken MIJ, Van Achterberg T, Teerenstra S, Vernooij-Dassen MJFJ, van de Lisdonk EH, et al. The effect on caregiver burden of a problem-based home visiting programme for frail older people. *Age and Ageing*. 2009; 38(5): p. 542-547.
 24. National Family Caregivers Association. Caregiving Across the Life Cycle. [Online].; 1998 [cited 2010 Julio 09. Available from: http://www.thefamilycaregiver.org/who_are_family_caregivers/caregiving_survey.cfm.
 25. Pérez Trullen J, Abanto Alba J, Labarta Mancho J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Atención Primaria*. 1996; 18(4): p. 82-98.
 26. Bermejo Caja C, Martínez Marcos M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación*. 2004 - 2005 Diciembre - Enero;(11).
 27. New York State Office for the Aging. Caregiver Characteristics. [Online].; 2009 [cited 2010 Julio 11. Available from: <http://www.aging.ny.gov/Caregiving/Reports/InformalCaregivers/CG-SurveyResults.cfm>.
 28. Pearlin L, Mullan J, Semple S, Skaff M. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*. 1990;(30): p. 583-594.
 29. Haley W, et al. Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychol Aging*. 1987; 2(4): p. 323-30.
 30. Choi H. Cultural and Noncultural Factors as Determinants of Caregiver Burden for the Impaired Elderly in South Korea. *The Gerontologist*. 1993; 33(1): p. 8-15.
 31. Ueda T, Hashimoto M, Kurushima Y, Goto H, Nakazono N, Kosaka M, et al. Caregiving burden of elderly caregivers who provide at home care for infirm elderly. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*. 1994 Junio; 41(6): p. 499-506.
 32. Moore M, Zhu C, Clipp E. Informal costs of dementia care: estimates from the National Longitudinal Caregiver Study. *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001 Julio; 56(4): p. S219-28.
 33. Hu T, Huang L, Cartwright W. Evaluation of the costs of caring for the senile demented elderly: a pilot study. *Gerontologist*. 1986; 26(2): p. 158-63.
 34. Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R, et al. Trastornos Psicopatológicos del cuidador principal no profesional de Pacientes Ancianos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*. 2000; 27(3): p. 131-134.
 35. Castel Riu A, Gelonch Munné M, Grau Campeón B, Pi Sánchez J, Puig Cuyàs JM, Ribas Sabaté J. El síndrome del cuidador no profesional: ¿existen diferencias en función de la patología del enfermo anciano a cuidar? *Revista de Psicogeriatría*. 2003; 3(2): p. 75-79.
 36. Brodaty H, Gresham M, Luscombe G. The Prince Henry Hospital dementia caregivers' training programme. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997 Febrero; 12(2): p. 183-92.

PAUTA

EPIDEMIOLOGÍA DEL MELANOMA CUTÁNEO EN LOS ANCIANOS

Brittany McKibbin, BA, MHA (Candidata) (*),
Diana M. Pareja Ramírez, MD (**),
Carlos A. Reyes-Ortiz, MD, PhD (***)

Resumen

El melanoma cutáneo ha cambiado su presentación clínica con el envejecimiento de la población mundial, haciéndose más frecuente entre el grupo de ancianos, con una predilección hacia el género masculino. A este hecho se le han reportado excepciones entre algunos países latinoamericanos. Esta continúa siendo la neoplasia dermatológica con mayor letalidad, haciéndose más notorio entre los mayores de 65 años, hecho que no se ha explicado por diferencias en subtipo histológico, sino por las condiciones de su estadio en el momento del diagnóstico. En la biología del tumor, la proliferación neoplásica de los melanocitos se ve favorecida por el cambio en la expresión de moléculas de adhesión celular y la supresión de la senescencia. Como factores de riesgo se ha descrito una predisposición constitucional dada por el genotipo y el fenotipo en asociación con noxas ambientales. Tanto el subtipo histológico como la localización anatómica se consideran factores pronósticos importantes. En ancianos, situaciones como el retraso en el diagnóstico y factores sociales se han vinculado con un peor pronóstico. El pilar del tratamiento consiste en la cirugía, acompañado en algunos casos del uso de quimioterapia sistémica o local.

Summary

Cutaneous melanoma has changed its clinical presentation by becoming more frequent in older populations and has male gender preference with a few exceptions in Latin American countries. Melanoma is the most lethal dermatologic neoplasia, having a larger impact on people aged 65 years and older. This fact does not seem related to differences about histological subtype, but it is supposed to be a consequence to the later time at diagnosis. The neoplastic proliferation of melanocytes, changes in cell adhesion molecules, and loss in senescence are key features of the tumor biology. The main risk factors for melanoma are genotype and phenotype predisposition associated with environmental factors. Histological subtype and anatomy location have been considered important prognostic factors. Older persons usually have late melanoma at diagnosis and social factors with poor prognosis. Surgery is the mainstay for melanoma treatment, along with local or systemic chemotherapy in some cases.

* Department of Health Policy and Management, School of Public Health, University of North Texas Health Science Center, Fort Worth, Texas, USA

** Docente, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia

*** Associate Professor, Department of Social and Behavioral Sciences, School of Public Health, and Faculty, Division of Geriatrics, University of North Texas Health Science Center, Fort Worth, Texas, USA

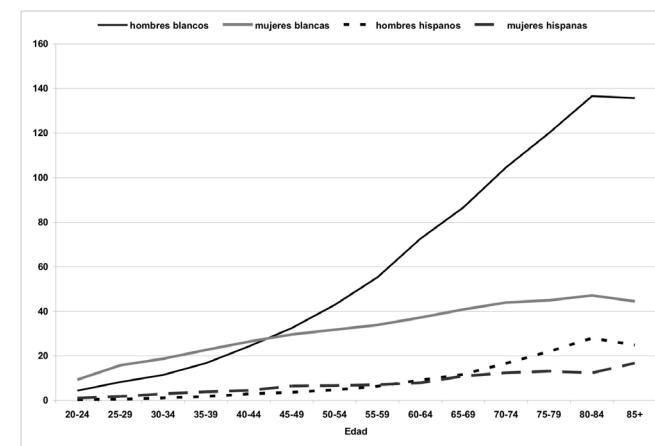
Correspondencia: carlos.reyesortiz@unthsc.edu o careyesortiz@hotmail.com

Introducción

La transformación poblacional que vivimos en el mundo actualmente, donde se encuentra un crecimiento demográfico rápido en los ancianos de manera más pronunciada en Europa, Norteamérica, Oceanía y Japón, ha causado unos cambios en la presentación de diversas enfermedades, entre las que observamos el melanoma cutáneo, donde la mitad de los que lo padecen cuentan con edades superiores a los 65 años. Se han descrito dos patrones en la incidencia del melanoma cutáneo: aumento de la incidencia limitado en el grupo de ancianos observado en Australia y Norteamérica, e incremento progresivo en la incidencia para todos los grupos de edades en Europa (1).

Figura 1

Tasas de incidencia (por 100.000 habitantes/año) de melanoma cutáneo en hombres y mujeres estadounidenses, por grupos de edad (cada 5 años) y según grupo étnico (SEER 1992-2007)

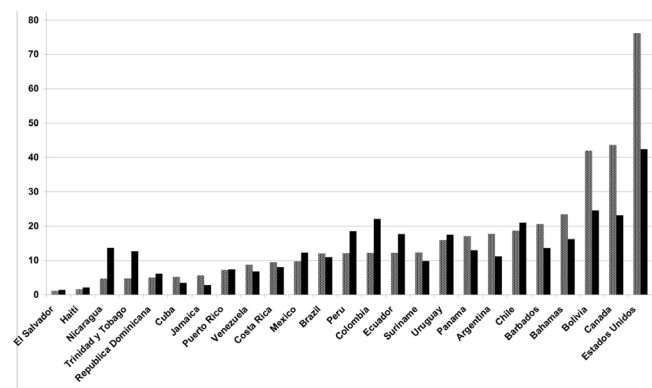


Aunque el melanoma maligno cutáneo representa solo el 2-7% de todos los cánceres de piel, sí es el más letal y causa entre el 65- 75% de las muertes por este motivo (2). Se ha reportado que la incidencia del melanoma cutáneo aumenta con la edad, y es más frecuente en los hombres que en las mujeres. Por ejemplo, en datos de los Estados Unidos (SEER 1992-2007) (3,4), se observa que las tasas de incidencia de melanoma aumentan en cada grupo de edad, especialmente en los hombres blancos donde el aumento es sostenido después de los 45 años – de 32.5 a 135.7 casos nuevos por 100.000

habitantes por año- (Figura 1). Datos de países en el continente americano (GLOBOCAN 2002) (5) muestran que las tasas de incidencia en los ancianos (65 años o más) son más altas en los hombres (desde 1.1 a 76.2 casos nuevos por 100.000 ancianos por año) que en las mujeres (desde 1.4 a 42.4 casos nuevos por 100.000 ancianas por año), pero hay algunas excepciones que vale la pena mencionar como son Nicaragua, Trinidad y Tobago, Perú, Ecuador y Colombia, donde las tasas son más altas en las mujeres que en los hombres (Figura 2).

Figura 2

Tasas de incidencia (por 100.000 habitantes/año) de melanoma cutáneo en ancianos (65 años o más) de los países del continente americano (datos de Globocan 2002)



La mortalidad de esta enfermedad ha tenido disminución en adultos jóvenes desde mitad de la década de los noventa, sin embargo en ancianos la mortalidad persiste elevada, esto explicado por diferentes factores que empobrecen el pronóstico en esta población los cuales serán descritos en esta revisión (1).

Definición

El melanoma cutáneo es una neoplasia producida a partir de la degeneración maligna de los melanocitos, células responsables de la pigmentación de la piel.

Embriología

Los melanocitos son derivados de las células pluri-potenciales de la cresta neural que se diferencian

inicialmente en melanoblastos que migran durante el primer trimestre de gestación a diversas regiones anatómicas como piel, úvea y folículo piloso. La diferenciación de estas células a través del desarrollo embrionario, fetal y neonatal da como resultado los melanocitos maduros que se localizan en la epidermis del adulto. Anatómicamente estas células se encuentran dotadas de citoplasma con prolongaciones dendríticas o con pigmento intracitoplasmático (melanina). Se sitúan en la capa basal epidérmica y están en contacto con los queratinocitos por medio de dendritas, hay 1 melanocito por cada 36-40 queratinocitos y por cada 8-9 células basales (unidad melánica epidérmica), la densidad de estas unidades cambia según la localización anatómica siendo mayor en la región genital y areola mamaria. No hay diferencias en la cantidad de unidades melánicas epidérmicas y el tipo racial (6).

Los melanocitos tienen unas organelas llamadas melanosomas que contienen el aminoácido tirosina que al oxidarse por acción de la tirosinasa, se convierte en DOPA (dihidroxifenilalanina) y después en dopaquinona que se polimeriza ante el estímulo de la luz ultravioleta para formar pigmento melánico (6).

Biología del tumor

Es importante considerar el melanoma como una enfermedad donde hay un imbalance homeostático en la piel. En condiciones normales hay un número determinado de componentes en la piel que influyen el desarrollo del tumor, entre ellos queratinocitos, fibroblastos dérmicos, células endoteliales e inflamatorias que ejercen un control sobre la proliferación de los melanocitos. La membrana basal previene la migración de los melanocitos en la dermis. En condiciones normales los melanocitos no tienen la capacidad de sobrevivir en ambientes diferentes a la epidermis (7).

Los melanocitos tienen un número determinado de moléculas de adhesión que le confieren adherencia, migración, supervivencia y crecimiento y regulan la expresión hacia la supresión. Las caderinas hacen parte de esta familia de moléculas, son glicoproteínas que están localizadas en la superficie celular y colaboran en la comunicación inter-

celular siendo fundamentales para la adherencia intercelular. En la piel la caderina E está expresada en los melanocitos y queratinocitos, la caderina N en los fibroblastos y las células endoteliales. En las células del melanoma se pierde la expresión de caderina E lo cual altera las adhesiones intercelulares haciendo un cambio que favorece la expresión de la caderina N la cual tiene interacción con los fibroblastos y células endoteliales. Luego de este cambio las células adquieren la facilidad de migración e invasión tumoral (8), mediados por el factor de transcripción Tbx3 que también está involucrado en la supresión de la senescencia de los melanocitos reprimiendo los inhibidores de quinasa dependiente de ciclina p19 (ARF) y p21 (WAF1/CIP1/SDII) (9). Otro factor determinando en la biología tumoral del melanoma que ya se tienen en cuenta en el momento de la estadificación es la actividad mitótica. Hay dos vías que se han representado en el modelo de esta enfermedad: la replicación originada en la señalización de genes y la separación de cromátidas por alteración de la función de la securina y el aumento de la expresión de los genes de reparación del ADN (9).

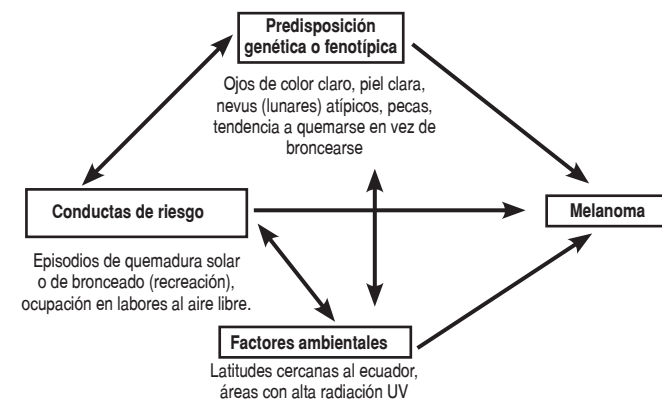
Etiología y factores de riesgo

El melanoma cutáneo puede surgir de una lesión de piel preexistente (nevus cutáneo) o como una lesión nueva. En general, la posibilidad de desarrollar melanoma en un individuo es una combinación de factores genéticos o predisposición constitucional (características del genotipo y fenotipo) y conductas de riesgo junto con exposición a factores ambientales (Figura 3) (6-17). Los síndromes genéticos incluyen el melanoma familiar atípico de nevos (= lunares) múltiples, el xeroderma pigmentoso, y el síndrome del lunar congénito nevocítico (12,13). Los estudios epidemiológicos han identificado ciertos factores fenotípicos consistentemente asociados con un mayor riesgo para el desarrollo del melanoma maligno. Estos factores incluyen los ojos azules, verdes o grises, cabello rubio o pelirrojo, piel clara, abundantes pecas, sensibilidad al sol, y la tendencia a quemarse en lugar de broncearse. Otros factores significativos de riesgo incluyen antecedentes familiares de melanoma, una historia personal de cáncer de piel no melanoma, y el aumento de número de nevos melanocíticos (14,15). Algunos melanomas malignos se presentan en le-

siones pigmentadas "precursoras", mientras que otros se presentan en piel de apariencia normal. Dos tipos de lesiones pigmentadas se han notificado de ser precursoras de melanoma maligno: nevos melanocíticos congénitos y nevos displásicos, más conocidos hoy como lunares atípicos (12,13). La exposición a la luz del sol es un factor de riesgo importante para el desarrollo del melanoma maligno. La exposición intermitente, especialmente temprano en la vida, parece ser más importante que la exposición acumulativa simple. Se especula que una mayor exposición recreativa al sol ha contribuido a la creciente incidencia del melanoma (16).

Figura 3

Factores de riesgo para melanoma cutáneo



Subtipos histológicos

El melanoma cutáneo tiene cuatro subtipos histológicos principales, cada uno con características clínicas propias (6,17-21).

Melanoma de extensión superficial. Constituye aproximadamente el 70% de los melanomas, que por lo general se presenta en un nevus preexistente. A principios de su desarrollo, es una lesión superficial con mezclas de zonas muy pigmentadas y focos amelanóticos (que carece de pigmento). Como la lesión crece, la superficie puede llegar a ser irregular, y el perímetro puede mostrar sangrado (17,18).

Melanoma nodular. El segundo patrón más común de crecimiento (15% a 30%) es el melanoma

nodular. La lesión suele ser de color negro azulado y crece en forma de cúpula, y por lo general comienza en la piel normal en el tronco, cabeza y cuello. Los melanomas nodulares son más comunes en los hombres y tienden a surgir en la edad madura. El 5% son amelanóticos, y estas lesiones no se diagnostican con frecuencia sino cuando ya han producido metástasis. Los melanomas nodulares crecen verticalmente y carecen de la fase de crecimiento radial típica de los otros melanomas, por lo que tienen los bordes bien delimitados. Ellos son más agresivos (con ulceración y metástasis) y generalmente se desarrollan más rápidamente que el melanoma de extensión superficial (19).

Melanoma lentigo maligno. Es el tercer subtipo, y constituye de un 4% a un 15% de todos los melanomas y usualmente se encuentra en los rostros de las mujeres blancas mayores. La propensión a dar metástasis es pequeña. En general, los melanomas lentigo maligno son grandes (más de 3 cm), de color marrón, con lesiones planas y están siempre asociados a los cambios relacionados con el sol en la dermis y la epidermis (20).

Melanoma lentiginoso acral. Se presenta en las palmas de las manos o las plantas de los pies o debajo de las uñas (palmar / plantar y subungueal). Sin embargo, no todos los melanomas palmar o plantar son lesiones lentiginosas acrales, una minoría son melanomas de extensión superficial o melanomas nodulares. El melanoma lentiginoso acral representan sólo el 2% a 8% de los melanomas en los blancos. En pacientes de piel oscura, como los negros, asiáticos, y algunos hispanos, sin embargo, estos melanomas representan el 35% a 60% de todos los melanomas. El melanoma lentiginoso acral se ve principalmente en pacientes de edad avanzada. La ulceración de la lesión se observa comúnmente en este tipo de melanoma (6, 21).

Por último tenemos al melanoma primario oculto, un subtipo adicional, con una incidencia de 4-6%, el cual se presenta como una enfermedad metastásica de localización más frecuente ganglionar, se ha propuesto que puede ser por un melanoma primario que regresó espontáneamente antes de la aparición de la metástasis, originado en un ganglio linfático o que no sea detectado clínicamente a pesar de existir (6).

De los cuatro subtipos principales, el melanoma de extensión superficial y el melanoma lentigo maligno tienen los mejores porcentajes de supervivencia, mientras que el melanoma nodular tiene el peor. Sin embargo, cuando la supervivencia se ajusta para el espesor del tumor, no hay diferencia en la supervivencia a 10 años entre el melanoma de extensión superficial y el melanoma nodular. El mejor pronóstico asociado con melanomas de extensión superficiales, por lo tanto, parece estar relacionado con el hecho de que son más delgados en el momento del diagnóstico. Los melanomas lentigo maligno, por el contrario, tienen un pronóstico mejor que los otros, incluso cuando se ajusta para el espesor del tumor.

Localización del tumor

Hay cuatro sitios anatómicos principales para el melanoma cutáneo: cabeza y cuello, tronco, extremidades superiores y las extremidades inferiores. El sitio anatómico tiene una influencia importante sobre la supervivencia de los pacientes con melanoma. En el estudio de Balch et al. (22), más de la mitad de las lesiones primarias del melanoma lentigo maligno (52%) fueron en las extremidades superiores o inferiores, mientras que el resto de las lesiones ocurrieron en el tronco (31%), cabeza y cuello (16%), y sitios distales - acrales (1%). El porcentaje de supervivencia a los 10 años para los pacientes con los tumores de las extremidades superior es un 85%, en contraste con un 70% para las lesiones del tronco y la cabeza y el cuello. Estas diferencias son probablemente el resultado de una menor frecuencia de metástasis sistémicas asociadas con el melanoma de la extremidad en comparación con las lesiones del tronco y la cabeza y el cuello (23). Del mismo modo, las lesiones en la cara anterior del tórax se han demostrado que auguran un mejor pronóstico que los del resto de los sitios del tronco (16). Además, los pacientes con lesiones del cuero cabelludo tienen peor supervivencia que los pacientes que las presenten en la cabeza y otras lesiones del cuello (24).

Estadio clínico al diagnóstico

El estadio clínico del melanoma cutáneo al momento del diagnóstico es un método para la agrupación de pacientes en función de su grado de pro-

pagación del cáncer desde su lugar de origen; en la Tabla 1 (columna de la izquierda) se mencionan dos sistemas de estadificación para el melanoma invasivo (18, 25-27). Primero, el SEER (Surveillance Epidemiology and End Results) del Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute) en los Estados Unidos, un sistema de clasificación, que se basa en la extensión de la enfermedad según lo informado por los registros de cáncer SEER individuales. En estos registros de cáncer, la información se obtiene de una variedad de fuentes, incluidos los registros de hospitalización, los registros de pacientes ambulatorios, y los informes de patología. El sistema de clasificación SEER (Tabla 1) consta de 4 estadios del tumor como son los siguientes: 1- in situ, lo que indica un cáncer no invasivo; 2- localizado, lo que indica un cáncer invasivo confinado al sitio u órgano de origen; 3- regional, lo que indica la extensión del tumor a órganos adyacentes o en los ganglios linfáticos regionales; y 4- distante, lo que indica la extensión del tumor a órganos o ganglios linfáticos distantes (18, 25-27). Segundo, el Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer (AJCC= American Joint Comité on Cancer) tiene una clasificación más detallada en estadios (clases 0 a IV) que se utiliza para los ensayos clínicos de melanoma (Tabla 1, columna de la izquierda), sin embargo, para efectos prácticos, ambos sistemas de clasificación, SEER y la AJCC, son equivalentes. Según esto, el estadio in situ de SEER es equivalente a la clase 0 del AJCC; el estadio localizado de SEER es equivalente a las clases I y II del AJCC; el estadio regional de SEER es equivalente a la clase III del AJCC; y el estadio a distancia de SEER es equivalente a la clase IV del AJCC.

Factores pronósticos para la sobrevida del anciano con melanoma

Así como en otros cánceres, la sobrevida con melanoma está determinada por una combinación de cuatro factores (28-31). Primero, las características biológicas del tumor, tales como el tipo histológico, como ya se mencionó en la sección de factores pronósticos. Segundo, el estadio del tumor, donde un estadio avanzado al hacer el diagnóstico es resultante de una demora en consultar por parte del paciente o en hacer el diagnóstico por parte del médico, y que puede ser tarde para hacer un trata-

miento a tiempo. Tercero, factores del huésped (algunos pudieron determinarse en etapas tempranas de la vida como el estrés psicosocial, las condiciones socioeconómicas precarias, la mala nutrición y la falta de actividad física) tales como la existencia de comorbilidad, estado nutricional pobre o respuesta inmune alterada que pueden influenciar el avance del tumor y la capacidad de tolerar el tratamiento. Cuarto, el tratamiento, pues la sobrevida puede depender del tipo o calidad del tratamiento y su cumplimiento.

De acuerdo con el estadio de diagnóstico clínico del melanoma invasivo, los principales factores pronósticos clínicos e histológicos se incluyen en la Tabla 1 (3 columnas de la derecha) (25, 32-37). Entre ellos, el grosor del melanoma, o la profundidad que se mide en milímetros, es el factor pronóstico más importante, especialmente para los estadios localizados (AJCC I y II). El aumento de grosor del melanoma se correlaciona con el aumento de riesgo de recidiva local, metástasis regionales, metástasis a distancia, y una menor supervivencia. Esta correlación puede reflejar la tasa y / o la duración del crecimiento del melanoma primario (25, 32-36). La ulceración del tumor se define como la ausencia de epidermis intacta cubriendo el tumor primario junto con la aparición de necrosis y hemorragia, basado en el examen microscópico de los cortes histológicos. La presencia de ulceración del melanoma aumenta el riesgo de metástasis y hace peor el pronóstico de estos pacientes en comparación con los pacientes con melanomas de espesor del tumor equivalente sin ulceración. La ulceración se correlaciona con el aumento en la tasa mitótica dentro de un melanoma primario, que es una prueba más de que este factor está asociado con el aumento en el comportamiento metastásico del tumor. El nivel de invasión – o grado de infiltración- de Clark se considera un factor pronóstico para el melanoma delgado. Ello incluye los siguientes hallazgos histológicos: el nivel 0, in situ; el nivel I, donde el crecimiento es intra-epidérmico; el nivel II, donde hay invasión en la dermis papilar; el nivel III, donde hay invasión a través de la dermis papilar hasta la interfase con la dermis reticular; el nivel IV, donde hay invasión en la dermis reticular; y el nivel V, donde hay invasión de la grasa subcutánea (25, 32-36). Por último, la supervivencia del melanoma

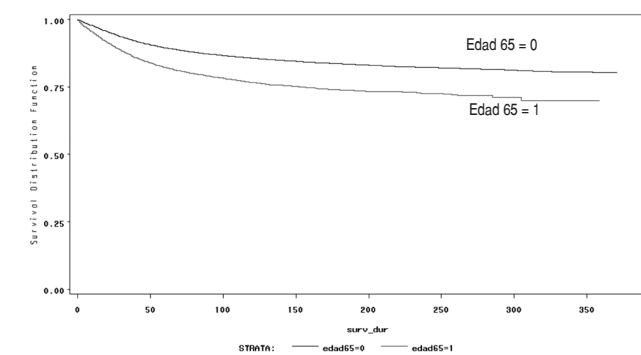
es inversamente proporcional a la actividad mitótica. Las mitosis se cuentan por milímetro cuadrado usando un micrómetro para calcular el área de un campo de alto aumento en el microscopio (37).

Comparado con los jóvenes, se considera que en ancianos el pronóstico es peor por el retraso al momento del diagnóstico, esto explicado en parte porque las campañas educativas han sido efectivas en la población más joven y no en los mayores ya que los programas de tamizaje no se han establecido en esta patología específica para ancianos (38). Por otro lado, hay condiciones en el anciano como la disminución en la agudeza visual o localización de las lesiones en áreas sin alcance visual, o situadas con queratosis seborreicas concomitantes junto con otros factores como el vivir solo, que dificultan el reconocimiento temprano de la lesión (39). Otros factores pueden contribuir a este problema tales como la ausencia de la asociación entre nevus como precursor de melanoma, los cambios de inmuno senescencia, y los cambios en el drenaje del sistema linfático (que se han descrito más precisos para cáncer de mama) (40). Se ha encontrado asociación entre la edad y los factores pronósticos adversos, por ejemplo, en estudios publicados por Lasiothitakis et al. (41). Se encontró que en pacientes diagnosticados con melanoma cutáneo sin evidencia clínica de metástasis y con compromiso de ganglios linfáticos, la sobrevida global era 10% menos en ancianos comparada con jóvenes. En análisis hechos por los autores de este artículo, usando datos del SEER (1973-2003) (Figura 4), se observa una clara diferencia entre jóvenes (<65 años) y ancianos (65 o más años), estos últimos mostrando una menor sobrevida. El incremento de melanomas nodulares en los ancianos se presenta como un obstáculo para la detección precoz ya que las características clínicas tradicionalmente descritas ABCD (asimetría, bordes, color, diámetro) se hacen insuficientes, por lo que se recomienda adicionar el tiempo de desarrollo de la lesión (1, 42, 43). Se han considerado otros factores importantes que se asocian a una supervivencia disminuida, Reyes- Ortiz et al. (18, 30, 39) han resaltado que situaciones tales como la viudez o no estar casado, edad avanzada, género masculino, ser de raza no blanca y el estado socioeconómico bajo se asocian con disminución en la sobrevida, esto probablemente afectado por

Tabla 1
Factores pronósticos para la sobrevida con el melanoma invasivo

Estadio del tumor	Parámetro	Pronóstico pobre	Pronóstico mejor
Localizado (AJCC estadios I, II)	Grosor de Breslow (mm)	Lesiones gruesas	Lesiones delgadas (<1 mm)
	Invasión de Clark	Niveles IV & V	Niveles I-III
	Ulceración	Presencia	Ausencia
	Histología	Lentiginoso acral	Lentigo-maligno
	Sitio anatómico	Cabeza y cuello; palmas y plantas	Otro lugar
	Genero	Hombre	Mujer
	Linfocitos infiltrantes tumorales	Ausencia	Presencia
	Tasa mitótica	Alta	Baja
Regional (AJCC estadio III)	Grosor	Lesiones gruesas	Lesiones delgadas
	Ulceración	Presencia	Ausencia
	Nódulos linfáticos	Número grande	Número pequeño o ninguno
	Nódulo linfático centinela	Micro metástasis ocultas positivas	Negativas
	Sitio anatómico	Tronco, lesiones en cabeza y cuello	extremidades (no en palmas o plantas)
	Genero y edad	Hombre > 50 años	Mujer joven
Distante (AJCC estadio IV)	Número de metástasis	Número grande	Número pequeño
	Sitio de metástasis	Lesiones viscerales	No-viscerales

Figura 4
Curva de sobrevida (%) y tiempo en meses, método de Kaplan-Meier para melanoma invasivo comparando jóvenes (<65 años- curva superior) con adultos mayores (65 años o más- curva inferior) (SEER, 1973-2003)



demora en la realización del diagnóstico y la ausencia de una red de apoyo durante la evolución de la enfermedad. Por lo heterogéneo de los estu-

dios no hay claridad sobre la posible influencia que tiene la universalidad en los sistemas de salud en la sobrevida.

Tratamiento

La cirugía es el pilar fundamental en el tratamiento del melanoma sin importar el estadio de la enfermedad, pero entre más temprano el diagnóstico y su estadio es mejor el pronóstico. Por ejemplo, aproximadamente el 90% de los melanomas son curables; sin embargo, los que tienen metástasis a distancia que no se pueda resear quirúrgicamente tienen una sobrevida a 5 años calculada entre el 5-10% (40, 44). El procedimiento quirúrgico como tal incluye escisión completa de la lesión, biopsia de ganglio centinela y linfadenectomía en caso de melanoma en estadios tempranos; por otro lado, si es un caso avanzado, se realiza cirugía paliativa o radical curativa según el caso individual (40, 45). Sin todavía demostrar aumento en la sobrevida, otros tratamientos usados son la perfusión aisla-

da de la extremidad, los inmunomoduladores, y la quimioterapia sistémica. La perfusión aislada de la extremidad es una administración regional de quimioterapia en dosis altas asociada a hipertermia en una extremidad con lesiones tumorales o con metástasis en tránsito (estadio AJCC III). Los inmunomoduladores se aplican por vía subcutánea e incluyen la vacuna terapéutica con células dendríticas o con células tumorales modificadas genéticamente, el interferón- α y la interleucina 2. La quimioterapia sistémica (oral o intravenosa) se usa sola (uno o varios agentes citotóxicos; ejemplo la dacarbazina) o combinada con inmunomoduladores en pacientes con melanoma recurrente local, en terapia adyuvante (sin evidencia de metástasis pero a riesgo de propagación del tumor) o neo-adyuvante o en pacientes con melanoma metastático o tratamiento paliativo. La radiación se ha usado en lesiones inoperables pero sin buenos resultados (46-50).

Conclusión

El melanoma cutáneo continúa siendo la neoplasia dermatológica con mayor mortalidad, siendo esto más notorio entre los ancianos de género masculino. Los estudios realizados al momento concluyen que determinantes como el retraso en el momento del diagnóstico, el estado civil y la red de apoyo social hacen que la disminución de la mortalidad que se ha logrado con el manejo quirúrgico y médico de esta patología entre el grupo de población más joven, no se cumpla para los ancianos. El diagnóstico temprano de los melanomas por los médicos de atención primaria continúa siendo la medida más importante para que sean susceptibles de un manejo quirúrgico adecuado y que pueda disminuir la letalidad de esta condición.

Fuentes de financiación y patrocinios

Financiamiento propio

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores declara algún conflicto

Referencias bibliográficas

1. Lasithiotakis GK, Petrakis EI, Garbe C. Cutaneous melanoma in the elderly: epidemiology, prognosis and treatment. *Melanoma Res* 2010;20:163-70.

2. Bevona C, Sober AJ. Melanoma incidence trends. *Dermatol Clin* 2002;20:589-95.
3. American Cancer Society. Skin cancer facts. Obtenido en 11-12-2010, acceso en: <http://www.skincancer.org/Skin-Cancer-Facts/>
4. Fast Stats: An interactive tool for access to SEER cancer statistics. Surveillance Research Program, National Cancer Institute. Obtenido en 11-14-2010, acceso en: <http://seer.cancer.gov/faststats>
5. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Press, Lyon (2004) [IARC Cancer Base No. 5. version 2.0].
6. Martínez MS. Melanoma maligno cutáneo. Estudio de características morfológicas e inmunohistoquímicas del tumor primario predictivas de metástasis en ganglio centinela. Tesis doctoral. Universidad autónoma de Barcelona 2007.
7. Satyamoorthy K, Herlyn M. Cellular and molecular biology of human melanoma. *Cancer Biol Ther* 2002;1:14-7.
8. Furukawa F, Fujii K, Horiguchi Y. Roles of E- and P- cadherin in the human skin. *Microsc Res Tech* 1997;38:343-52.
9. Spatz A, Batist G, Eggermont A. The biology behind prognostic factors in cutaneous melanoma. *Curr Opin Oncol* 2010;22:163-8.
10. Ruiz Lascano A, Kuznitzky R, Cuestas E, Mainardi C, Albertini R, Borello A, Kurpis M, Campana R, Palazzo E. Factores de riesgo para melanoma cutáneo: estudio de casos y controles en Córdoba, Argentina / Risk factors for cutaneous melanoma: case-control study in Córdoba, Argentina. *Medicina (B. Aires)* 2004;64:504-8.
11. Leitner RMC. Epidemiología del melanoma cutáneo. *Rev Argent Dermatol* 2006;87:86-97.
12. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Abeni D, Boyle P, Melchi CF. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: I Common and atypical naevi. *Eur J Cancer* 2005;41:28-44.
13. Olsen CM, Carroll HJ, Whiteman DC. Estimating the attributable fraction for cancer: A meta-analysis of nevi and melanoma. *Cancer Prev Res (Phila)* 2010;3:233-45.
14. Gandini S, Sera F, Cattaruzza M, Pasquini P, Zanetti R, Masini C, Boyle P, Melchi CF. Meta-

- analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II Family history, actinic damage and phenotypic factors. *Eur J Cancer* 2005;41:2040-59.
15. Olsen CM, Carroll HJ, Whiteman DC. Familial melanoma: a meta-analysis and estimates of attributable fraction. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19:65-73.
16. Gandini S, Sera F, Cattaruzza MS, Pasquini P, Picconi O, Boyle P, Melchi CF. Meta-analysis of risk factors for cutaneous melanoma: II. Sun exposure. *Eur J Cancer* 2005;41:45-60.
17. Swetter SM, Geller AC, Kirkwood JM. Melanoma in the older person. *Oncology* 2004;18:1187-96.
18. Reyes-Ortiz CA. Socioeconomic differences in melanoma incidence, stage at diagnosis, survival, and chemotherapy use among older persons [PhD Dissertation]. University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas, US; 2002-2005.
19. Chamberlain AJ, Fritschi L, Giles GG, Dowling JP, Kelly JW. Nodular type and older age as the most significant associations of thick melanoma in Victoria, Australia. *Arch Dermatol* 2002;138:609-14.
20. Swetter SM, Boldrick JC, Jung SY, Egbert BM, Harvell JD. Increasing incidence of lentigo maligna melanoma subtypes: northern California and national trends 1990-2000. *J Invest Dermatol* 2005;125:685-91.
21. Bradford PT, Goldstein AM, McMaster ML, Tucker MA. Acral lentiginous melanoma: incidence and survival patterns in the United States, 1986-2005. *Arch Dermatol* 2009;145:427-34.
22. Balch C, Houghton A, Peters L. Cutaneous melanoma, in DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA (eds), *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 4th ed, Philadelphia, JB Lippincott, 1993, pp. 1612-4.
23. Rigel DS, Carucci JA. Malignant melanoma: prevention, early detection, and treatment in the 21st century. *CA Cancer J Clin* 2000;50:215-36.
24. Marks R. Epidemiology of melanoma. *Clin Exp Dermatol* 2000;25:459-63.
25. Balch CM, Soong SJ, Gershenwald JE, Thompson JF, Reintgen DS, Cascinelli N, Urist M, McMasters KM, Ross MI, Kirkwood JM, Atkins MB, Thompson JA, Coit DG, Byrd D, Desmond

- R, Zhang Y, Liu PY, Lyman GH, Morabito A. Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: validation of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging system. *J Clin Oncol* 2001;19:3622-34.
26. Balch CM, Soong SJ, Gershenwald JE, Thompson JF, Reintgen DS, Cascinelli N, Urist M, McMasters KM, Ross MI, Kirkwood JM, Atkins MB, Thompson JA, Coit DG, Byrd D, Desmond R, Zhang Y, Liu PY, Lyman GH, Morabito A. An evidence-based staging system for cutaneous melanoma. *CA Cancer J Clin* 2004;54:131-49.
27. Casanova Seuma JM, Ribera Pibernat M. Melanoma. *Aten Primaria* 2004;33:335-46.
28. Goodwin JS, Samet JM, Hunt WC. Determinants of survival in older cancer patients. *J Natl Cancer Inst* 1996;88:1031-81.
29. Auvinen A, Karjalainen S. Possible explanations for social class differences in cancer patient survival. In: Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P, editors. *Social inequalities and cancer*. IARC Scientific Publications No. 138. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 1997. pp. 377-97.
30. Reyes-Ortiz CA, Goodwin JS, Freeman JL, Kuo Y-F. Socioeconomic status and survival in older patients with melanoma. *J Am Geriatr Soc* 2006;54:1758-64.
31. Hegde UP, Chakraborty N, Kerr P, Grant-Kels JM. Melanoma in the elderly patient: relevance of the aging immune system. *Clin Dermatol* 2009;27:537-44.
32. Iftikhar A. Malignant melanoma: prognostic indicators. *Mayo Clin Proc* 1997;72:356-61.
33. Levi F, Randimbison L, La Vecchia C, Te VC, Franceschi S. Prognostic factors for cutaneous malignant melanoma in Vaud, Switzerland. *Int J Cancer* 1998;78:315-9.
34. Rogers GS, Braun SM. Prognostic factors. *Dermatol Clin* 2002;20:647-58.
35. Homsí J, Kashani-Sabet M, Messina J, Daud A. Cutaneous Melanoma: Prognostic Factors. *Cancer Control* 2005;12:223-9.
36. Masback A, Olsson H, Westerdahl J, Ingvar C, Jonsson N. Prognostic factors in invasive cutaneous malignant melanoma: a population based study and review. *Melanoma Res* 2001;11:435-45.

37. Francken AB, Shaw HM, Thompson JF, Soong SJ, Accortt NA, Azzola MF, Scolyer RA, Milton GW, McCarthy WH, Colman MH, McGovern VJ. The prognostic importance of tumor mitotic rate confirmed in 1317 patients with primary cutaneous melanoma and long follow-up. *Ann Surg Oncol* 2004;11:426-33.
38. Rhodes AR. Cutaneous melanoma and intervention strategies to reduce tumor-related mortality: what we know, what we don't know, and what we think we know that isn't so. *Dermatol Ther* 2006;19:50-69.
39. Reyes-Ortiz CA, Freeman JL, Kuo YF, Goodwin JS. The influence of marital status on stage at diagnosis and survival of older persons with melanoma. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:892-8.
40. Testori A, Soteldo J, Sances D, Mazzarol G, Trifiro G, Zonta M, Rastrelli M, Schenone F, Verrecchia F. Cutaneous melanoma in the elderly. *Melanoma Res* 2009;19:125-34.
41. Lasithiotakis K, Leite U, Meier F, Eigentler T, Metzler G, Moehrie M, Breuninger H, Garbe C. Age and gender are significant independent predictors of survival in primary cutaneous melanoma. *Cancer* 2008;112:1795-804.
42. Hanrahan PF, Hersey P, D'Este CA. Factors involved in presentation of older people with thick melanoma. *Med J Aust* 1998;169:410-14.
43. Chang CK, Jacobs IA, Vizgirda VM, Salti GI. Melanoma in the elderly patient. *Arch Surg* 2003;138:1135-8.
44. Veronesi U, Testori A. *Melanoma. Diagnosis and specialist treatment*. Milan: Masson; 2001.
45. Testori A, Stanganelli I, Della Grazia L, Mahadavan L. Diagnosis of Melanoma in the elderly and surgical implications. *Surg Oncol* 2004;13:211-21.
46. Shah GD, Chapman PB. Adjuvant therapy of melanoma. *Cancer J* 2007;13:217-22.
47. Thirlwell C, Nathan P. Melanoma part 2: management. *BMJ* 2008 Dec 1;337:a2488.
48. Stein JA, Brownell I. Treatment approaches for advanced cutaneous melanoma. *J Drugs Dermatol* 2008;7:175-9.
49. Testori A, Rutkowski P, Marsden J, Bastholt L, Chiarion-Sileni V, Hauschild A, Eggermont AM. Surgery and radiotherapy in the treatment of cutaneous melanoma. *Ann Oncol* 2009;20(Suppl 6):vi22-9.
50. Reyes-Ortiz CA, Goodwin JS, Freeman JL, Zhang D. Socioeconomic status and chemotherapy use for melanoma. *Can J Aging* (in press, 2011).

VEJEZ Y POLÍTICAS DE ENVEJECIMIENTO EN LATINOAMÉRICA Y EN COLOMBIA: UNA REALIDAD Y UN DESAFÍO

Jorge Fernando Paz Carriazo (*)

El envejecimiento poblacional es actualmente una realidad con implicaciones económicas, políticas, sociales y familiares. Ha generado una transición demográfica nunca antes vista en la historia de la humanidad siendo un logro histórico desde el punto de vista de salud pública, pero también con una población envejecida y rica en países ricos y una población envejeciéndose y pobre en países en desarrollo, como es nuestro caso.

Estamos en un momento donde la población activa económica es mayor a la población dependiente, y es por esta razón que debemos aprovechar el momento para pensar en el futuro de los viejos de hoy y el de todos nosotros.

Las políticas públicas concernientes a la vejez han sido progresivas y cada vez tienen mayor importancia para los países, generando metas y objetivos específicos, tratando de hacer frente a una realidad heterogénea.

En el presente artículo se hace una revisión sobre la realidad del envejecimiento en Latinoamérica, las políticas públicas internacionales que abordan este tema y cómo se han ido gestando en nuestro país, terminando con la legislación actualmente vigente y las directrices desarrolladas.

Palabras clave: Políticas públicas, Envejecimiento, Salud pública.

Old age and aging policies in Latin America and Colombia: A reality and a challenge

The aging population is a reality with serious economic, politic, social and family implications. It has created a demographic transition never seen before in the history of humanity, making a historic achievement from a public health point of view, but also with a wealthy aging population in rich countries, and a poor one in developing countries, like our case.

We are in a moment where the economically active population is bigger than the dependent population, and it is for this reason that we have to seize the moment so we can think in the future of today's elderly and of each one of us.

Public policies that refer to older people have been progressively developed and each time they have more importance to the different countries, generating specific goals and objectives trying to deal with a heterogeneous reality.

* Geriatra. Fundación Santa Fe de Bogotá. Especialista en Salud Pública.

Contacto: nandapazca@gmail.com

In the present article a revision is made about aging reality in Latin America, the international public policies that face the topic and how they have been adopted in our country, finalizing with the actual legislation and the developed guidelines.

Key words: Public policies; Aging; Public Health.

Epidemiología

La cifra de personas mayores de 60 años entre el año 2000 y el 2025 se duplicará, llegando según proyecciones a casi 2 mil millones para el año 2050 a nivel mundial (1). En Latinoamérica y el Caribe la proporción y el número absoluto de personas mayores de 60 años aumentará sostenidamente; entre los años 2000 y 2025, 57 millones de personas mayores se sumarán a los 41 millones ya existentes, y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de adultos mayores.

Este es el grupo poblacional con mayor crecimiento, especialmente en donde a diferencia de los países desarrollados que envejecieron con un desarrollo social y equivalente, en nuestra región envejecemos con alta incidencia de pobreza, inequidad social, escaso desarrollo institucional y bajas coberturas de seguridad social (2).

Factores determinantes

Transición epidemiológica

Se consideran como un logro histórico de las políticas de salud pública, la reducción de mortalidad vista posterior a la segunda guerra mundial (3) y el control de las enfermedades infecciosas (4). Esto, asociado a la disminución en la fecundidad en las últimas 4 décadas del siglo pasado explica la transición demográfica que experimentamos actualmente.

La disminución de la carga de las enfermedades infecciosas se ha acompañado de un aumento de las enfermedades crónicas y malignas. Sin embargo, el aumento de la expectativa de vida se prevé que siga acentuándose.

Un análisis de la carga de la mortalidad en la población mayor de 60 años, determinó que hay entre

6 y 9 años potenciales de vida perdidos, que se pueden ganar al reducir la mortalidad en esta etapa de la vida (5).

En la región es característica la emigración de jóvenes que constituye otro factor determinante de nuestra transición demográfica junto con el retorno de los adultos mayores en su etapa de jubilación; en estos casos se genera una situación de soledad y de carencia de soporte familiar.

La movilidad interna es menor que la de otros grupos de edad, como es el caso de la migración rural-urbana; las zonas rurales están más envejecidas que las urbanas, a pesar de tener mayor tasa de fecundidad y menor expectativa de vida. En más de la mitad de los países latinoamericanos, la proporción de adultos mayores que viven en el área rural es mayor que en la urbana.

Los adultos mayores de las zonas rurales requieren especial atención, ya que históricamente estas zonas se caracterizan por menor cobertura de servicios y menor desarrollo económico.

En el caso de las ciudades, las personas mayores tienden a concentrarse en áreas más centrales por la emigración de los jóvenes a barrios más nuevos. Se generan entonces lugares que ostentan altas densidades de población adulta mayor, claves para la implementación de políticas dirigidas a esta población.

En el conjunto de la región se observa que en la actualidad más del 70% de esta población vive en las ciudades, en tanto para el año 2025 esta proporción habrá aumentado a más del 80%.

Frente al género de la población adulta mayor, en Latinoamérica por cada 100 hombres hay 121 mujeres de más de 60 años, lo que se acentúa en países con esperanzas de vida a los 60 años, más elevadas (la brecha entre mujeres y hombres se ensancha a medida que la población envejece). Argentina, Chile y Uruguay tienen los índices más altos de feminidad (130 y 140 mujeres por 100 hombres), mientras que Guatemala y Panamá, en cambio, presentan los índices más bajos, aunque superiores a 100. También se acentúan las diferencias por gé-

nero según el lugar donde viven: en las áreas urbanas hay un predominio femenino y en las rurales es masculino.

Expectativa de vida

La transición demográfica ha llevado a que la expectativa de vida al nacer en la región sea de 73.5 años (mujeres de 76.8 y hombres de 70.5 años) (6). Colombia por su parte se encuentra con una esperanza de vida al nacer de 74 años (mujeres 77.5 hombres 70.7) (7).

Entre 1950 y 2000 la esperanza de vida al nacer se extendió, en promedio, 18 años, llegando en el año 2000 a 70 años. Para el año 2025 se estima que la esperanza de vida será de casi 75 años y para el 2050 de un valor cercano a los 80 años. Las diferencias entre países, según el estado de su proceso de envejecimiento, están disminuyendo y se proyectan valores muy similares para el futuro próximo.

La expectativa de vida a los 60 años es un indicador más preciso de la longevidad. Los datos para la región muestran que en el año 2000 este indicador se sitúa en valores promedios cercanos a los 20 años. Estas cifras son sustancialmente mayores en mujeres que en hombres; mientras las mujeres que llegan a los 60 años tienen una expectativa de vida en el año 2000-2005 cercana a los 21 años (promedio de la región), los hombres que llegan con vida a los 60 años vivirán tres años menos. Para el 2045-2050 se proyecta que la expectativa de vida de las mujeres a los 60 años seguirá ascendiendo, para llegar a valores cercanos a los 24 años; en el caso de los hombres, este aumento llevará este indicador hasta los 22 años (8, 26).

El estado de salud de los ancianos en nuestra región se ha empezado a determinar recientemente. Se han realizado 4 estudios poblacionales en América Latina y el Caribe para determinar la salud y bienestar de las personas mayores, que son:

- Salud, bienestar y envejecimiento en 7 países (SABE 2000) (9)
- Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2001 y 2003) (10)
- El proyecto condiciones de salud de los adultos de edad mayor en Puerto Rico (PREHCO, 2004-2006)) (11)

- Estudio de Longevidad y envejecimiento saludable en Costa Rica CRELES, 2004-2008) (12)

Han sido el primer paso para un diagnóstico situacional de esta población, que permite ajustar la información epidemiológica y desarrollar los objetivos de las políticas; sin embargo, hacen falta más estudios en toda la región y sobre todo que abarquen a la población rural.

Clasificación del envejecimiento regional

Para comparar y objetivar mejor las diferencias en cuanto a envejecimiento en una población tan diversa como es Latinoamérica según un documento de la CEPAL (2003), se puede clasificar a los países según la etapa en que se encuentren en su proceso de envejecimiento así:

Un primer grupo de países, denominado de “envejecimiento incipiente”, que incluye a Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, muestra porcentajes de personas de 60 años o mayores, en la población general que oscilan entre el 5% y el 7% en el año 2000 y alcanzarían valores de entre el 15% y el 18% de la población general en el año 2050.

Un segundo grupo de países, denominado de “envejecimiento moderado”, con proporciones entre 6% y 8%, que para el 2050 sobrepasarían el 20%. En este grupo se sitúan Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Perú, República Dominicana y Venezuela.

Les siguen los países, ubicados en un grupo denominado de “envejecimiento moderado-avanzado”, que presentan en la actualidad porcentajes de personas mayores entre 8% y 10% y que experimentarán un aumento rápido de este porcentaje hasta cifras del 25% al 30% y son: Bahamas, Brasil, Chile, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tobago.

Finalmente, en el grupo de “envejecimiento avanzado” se encuentran países como Uruguay y Argentina, pioneros en el envejecimiento en América Latina, más Cuba y otros países del Caribe (Antillas Neerlandesas, Guadalupe, Barbados, Martinica y Puerto Rico) (8).

Las personas de edad y el desarrollo

La capacidad que tienen las personas mayores de disponer de bienes constituye un elemento clave en la calidad de vida, pues les permite mantener su independencia, asumir roles activos, ser parte en la toma de decisiones y fomenta su autoestima y seguridad (13).

Sin embargo, nuestra realidad es desalentadora ya que más de un tercio de las personas mayores de 65 años no dispone de trabajo, ni ingresos, ni de alguna pensión (14).

La participación en la actividad económica de las personas mayores es escasa; cuando se logra no responde exactamente a una opción voluntaria, sino más bien a la necesidad de garantizar un mínimo de recursos básicos para sobrevivir y además el ingreso recibido por horas trabajadas es notoriamente inferior al ingreso recibido por el grupo de personas de 50 a 59 años (5).

Políticas públicas

La legislación concerniente a la vejez se encuentra abordada superficialmente por diversos instrumentos internacionales, ya que no se ha generado un documento global vinculante, y no se cuenta con los mecanismos que velen por su cumplimiento.

Existen dos fuentes que establecen los derechos de las personas mayores. En primer lugar se encuentran los instrumentos internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas y la segunda proviene de los instrumentos de derechos humanos de la Organización de Estados Americanos (OEA).

En el año de 1977 la Organización de Naciones Unidas (ONU), divulga la resolución 32/132, en la cual se invita a los estados a organizar una asamblea mundial sobre vejez.

En 1982 se realiza la primera asamblea mundial sobre el envejecimiento, de esta se obtiene el plan Viena (resolución 37/51).

En 1988 se realiza la convención interamericana de derechos humanos en materia de derechos eco-

nómicos, sociales y culturales y se genera un protocolo adicional (protocolo de San Salvador 1988) donde en su artículo 17 se abarca el tema del envejecimiento.

A nivel latinoamericano no se toma muy en cuenta estas recomendaciones; las políticas de envejecimiento no son vistas como una prioridad en la región por lo no se empieza ninguna estructuración con base en ese marco generado (15).

En 1991 la asamblea general de las Naciones Unidas aprueba la adopción de principios para los adultos mayores (independencia, participación, atención, autorrealización y dignidad).

En 1992 la resolución 47/5 de las Naciones Unidas designa el año de 1999 como año internacional de las personas mayores, bajo el lema "Una sociedad para todas las edades".

En 1992 la OPS/ CELADE/ CIE desarrollan el documento "Políticas de atención a los Ancianos".

En 1995 la CEPAL /CELADE /FNUAP publican "Políticas de Atención Integral a la Tercera Edad en América Latina".

En 1996 las Naciones Unidas, en la resolución 50/141, establecen la denominación de "Personas Adultas Mayores".

En 1997 OMS/ OPS promulgan la declaración sobre política de protección integral al envejecimiento y la vejez saludable (Montevideo).

En 1999 la CEPAL/CELADE/FNUAP/ OPS realizan la celebración del año internacional de las personas mayores, mediante el "Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad" (Santiago).

Es posterior a este momento donde a nivel latinoamericano se empieza a despertar una creciente preocupación por el tema de la vejez y se inicia un trabajo en este sentido.

En el año 2000 la asamblea general de la ONU, Resolución 54/262, convoca a la segunda asamblea mundial sobre envejecimiento (Madrid, 2002).

En el 2001 (Declaración de Lima) resalta que el déficit de legislación y la poca disposición de recursos hacen poco fructíferos los esfuerzos por atender los problemas de los adultos mayores.

En noviembre de 2003 en la primera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento ratificada por la CEPAL se generan las metas, objetivos y recomendaciones a favor de las personas mayores en las tres áreas prioritarias del plan de Madrid, Resolución 604 (XXX) de 2004.

En diciembre de 2007 se realizó el primer examen y evaluación de la estrategia regional en la segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, donde los países participantes adoptaron la Declaración de Brasilia, cuya importancia fue ratificada en la resolución 644(XXXII) durante el trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL, realizado en Santo Domingo en junio de 2008

Planes Internacionales de envejecimiento

• Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982)

Es el primer instrumento internacional sobre el envejecimiento. Da las pautas sobre las políticas para mantener la salud, así como proporcionar prevención y rehabilitación a las personas mayores. Fue aprobado por la Asamblea General dentro del contexto de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos.

Las 62 recomendaciones del Plan aconsejan que cada país responda a las tendencias demográficas dentro del contexto de sus propias tradiciones, estructuras y valores culturales, a fin de que las personas de todas las edades participen para crear un equilibrio entre los esfuerzos tradicionales e innovadores para lograr un desarrollo armonioso (16).

• Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)

Describe los objetivos y las recomendaciones de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002. Garantiza "promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamen-

tales, incluyendo el derecho al desarrollo"; combate la discriminación por edad y promueve la dignidad de las personas mayores.

Adicionalmente, reconoce la capacidad de las personas mayores para contribuir en la sociedad. El plan pide cambios en las actitudes, políticas y prácticas para que las personas mayores puedan lograr su máximo potencial (17).

En él figuran tres áreas prioritarias en las cuales están contenidas todas las recomendaciones políticas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores:

- 1 Las personas de edad y el desarrollo
- 2) La promoción de la salud y el bienestar en la vejez
- 3) El logro de un entorno propicio y favorable (8)

Aplicación regional de las políticas públicas sobre el envejecimiento

Las convenciones y normas internacionales de derechos humanos ofrecen el marco conceptual y jurídico para mejorar los beneficios de las poblaciones más vulnerables, como son las personas mayores, además de medidas para aclarar la rendición de cuentas y las responsabilidades de los distintos actores (18).

En los instrumentos vinculantes de derechos humanos como la declaración universal de derechos humanos, el pacto internacional de derechos civiles y políticos, el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, la declaración americana de los derechos y deberes del hombre, y se establece la protección de todas las personas. Sin embargo, en la convención americana sobre derechos humanos y su protocolo (de San Salvador) se establece específicamente la protección de las personas mayores, en su artículo 17, donde los estados parte se comprometen a proporcionar de manera progresiva instalaciones adecuadas, alimentación y atención médica especializada a las personas mayores que carezcan de ellas, crear programas laborales destinados a concederles la posibilidad de realizar una actividad productiva y a estimular la formación de organizaciones sociales que mejo-

ren su calidad de vida. A la fecha, el Protocolo ha sido ratificado por 14 países de la región: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia (mediante ley 319 de 1996), Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay (19).

Los derechos de las personas mayores, sin embargo, no han sido estandarizados en un instrumento vinculante como ocurre con otros grupos sociales —mujeres, niños y personas con discapacidad. Es por esto que hay un importante trabajo por hacer en la formulación y aplicación de los derechos en la vejez.

Los derechos tienen como referente normativo los acuerdos y normas internacionales sobre derechos humanos, pero la Constitución de cada país es la que establece la jerarquía de dichos tratados dentro del ordenamiento jurídico interno.

En las constituciones de Brasil, Colombia, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, la República Bolivariana de Venezuela y República Dominicana se establece expresamente que las personas mayores tienen derecho a una protección especial del estado.

En la constitución brasileña se garantiza expresamente un salario mínimo a la persona mayor que lo necesite, independiente de su contribución a la seguridad social.

En el caso de Colombia, se establece que el estado garantizará un subsidio alimentario en la vejez en caso de indigencia.

El documento constitucional cubano prevé de forma explícita la asistencia social a los ancianos sin recursos ni amparo.

En las constituciones del Brasil y el Ecuador se identifica a las personas mayores como un grupo vulnerable, otorgándoles prioridad de atención, además de establecer la obligatoriedad de ésta en caso de violencia doméstica.

En las cartas constitucionales del Brasil, Ecuador y México se condena la discriminación por edad en general, mientras que en las de Panamá, Paraguay

y la República Bolivariana de Venezuela, se prohíbe la discriminación por edad en el ámbito laboral.

Por último, el derecho a la participación e integración de las personas mayores a la vida de la comunidad es acogido expresamente en el caso colombiano y brasileño.

Los países suelen reconocer algunos derechos de las personas mayores al incluirlos en leyes generales o mediante la creación de leyes que protejan integralmente sus derechos.

Algunas leyes establecen la creación de entes rectores para la formulación y aplicación de políticas públicas. Esto es un paso fundamental en el avance hacia la protección social junto con un marco legal interno para incluir los derechos en la vejez y la determinación de las obligaciones del estado y del resto de la sociedad para progresar en el ejercicio efectivo de los derechos de las personas mayores (20).

La legislación sobre vejez en Colombia

En nuestro país no se cuenta con un marco legal específico para las personas mayores, aunque existen algunos instrumentos jurídicos que consagran beneficios (21).

En 1975 la ley de Protección Nacional a la Ancianidad (Ley 29 de 1975) facultó al gobierno para establecer la protección a la ancianidad, creó el Fondo Nacional de la Ancianidad Desprotegida, y se le facultó para promulgar medidas a favor de los mayores de 60 años que carecieran de recursos.

En 1986 la Ley 12 decretó la creación de impuestos a favor de la construcción, mantenimiento y dotación de servicios de salud y ancianatos.

La Ley 48 de 1986 establece la emisión de una estampilla con cuya recaudación se generarían recursos para centros de bienestar del anciano.

1991. Artículo 46 de la Constitución Nacional “el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El estado les garantizará los

servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”.

En 1992 el Ministerio de Salud promulga una resolución sobre los derechos de los ancianos.

Ley 100 de 1993. Artículo 10. Establece que el objeto del sistema general de pensiones es “garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que se determinan en la presente ley, así como propender por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones”.

1993 Documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social sobre la vejez.

1995. Decreto Supremo que crea la Comisión Tripartita de Concertación para el desarrollo de programas para la tercera edad.

El Código Civil y el Penal establecen situaciones que afectan a las personas mayores.

En 1996 se ratifica el protocolo de San Salvador (Artículo 17) mediante ley 319.

En el 2007, mediante la Ley 1171, se establecen beneficios para las personas adultas mayores, para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida.

En diciembre de ese mismo año se promulga la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019 con 4 ejes específicos:

1. Promoción y Garantía de los Derechos Humanos de las Personas Mayores
2. Protección Social Integral
3. Envejecimiento Activo
4. Formación del Talento Humano e Investigación

Ley 1315 de 2009. Establece las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.

Directrices

49o Consejo Directivo. 61a Sesión del Comité Regional. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable.

En el periodo 2002-2009 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha servido como catalizador de recursos técnicos y financieros para el fortalecimiento de la salud y bienestar de las personas mayores y sus familias; para ello, ha forjado alianzas en el sistema de las Naciones Unidas y en el sistema interamericano, así como con otros actores externos. A pesar del compromiso de los estados miembros y de los avances en la ejecución de estrategias eficaces para el fortalecimiento de estas actividades en sus países, se reconoce que la importancia del problema y la magnitud de sus consecuencias exigen enormes esfuerzos adicionales.

Los ministros de salud de la Región, en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, recomendaron que: “la manutención de la funcionalidad de los adultos mayores debe ser materia de programas de salud especialmente dirigidos a este grupo. La combinación de subsidios económicos y alimentarios con estas intervenciones sanitarias resulta fundamental para el logro de la adherencia de los adultos mayores a los programas de salud. La formación de las personas que trabajan en salud en tecnologías propias de atención de la vejez, debe priorizarse y ser motivo de programas especiales de entrenamiento focalizados en la atención primaria de salud” (22).

La Región carece de una visión integral de la salud de las personas mayores. El conocimiento sobre sus necesidades de salud y atención no es uniforme y la mayoría de los sistemas de salud no cuentan con indicadores que permitan el seguimiento y el análisis de los efectos de las medidas sanitarias. La cobertura, la continuidad de la atención y el acceso geográfico, físico, económico y cultural, sin discriminación a los servicios de salud, es deficiente y los que tienen acceso aún no reciben servicios adecuados a sus necesidades (23). La situación actual en las ciudades se conoce parcialmente como lo demuestran algunos datos obtenidos con el estudio SABE: un 40% de los hipertensos no había

acudido a una consulta de atención primaria en los 12 meses anteriores; sólo un 27% de las mujeres se había hecho una mamografía en los dos años anteriores; y 80 % de los entrevistados indicó que tenía necesidades dentales insatisfechas (24).

La estrategia basada en los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad) (25), reconoce que ningún país o entidad puede abordar por sí solo la totalidad del reto de la salud y el envejecimiento; por ende, la integración de las iniciativas que faciliten la prestación de la cooperación de manera eficaz y sostenible es una necesidad.

La estrategia tiene en cuenta las necesidades de los Estados Miembro y genera respuestas apropiadas; se apoya en los aspectos fuertes, tanto actuales como potenciales, hace hincapié en las actividades que ofrecen mayores oportunidades de éxito y se centra en el fortalecimiento de las capacidades y el aprendizaje. Se identifican cuatro áreas críticas, representadas en el plan de acción como cuatro áreas estratégicas interdependientes que vinculan compromisos, valores, recursos, capacidades y oportunidades, y constituyen una estrategia y un plan de acción, participativos y eficaces para cumplir con los compromisos contraídos. Esas áreas son:

- Salud de las personas mayores en las políticas públicas.
- Idoneidad de los sistemas de salud para afrontar los retos asociados con el envejecimiento de la población.
- Capacitación de los recursos humanos necesarios para afrontar este reto.
- Creación de capacidad destinada a generar la información necesaria para ejecutar y evaluar las acciones que mejoren la salud de la población mayor.

El Plan de Acción presenta las cuatro áreas estratégicas desglosadas por objetivos y cada objetivo tiene una meta que representa un resultado que debe alcanzarse para el 2018 por todos los países de la región, a saber:

- Contar con una política, un marco legal y un plan nacional de envejecimiento y salud.

- Haber establecido un marco legal y normativo basado en los derechos humanos en relación con la atención de las personas mayores usuarias de los servicios de cuidados de largo plazo.
- Contar con al menos una alianza destinada a ejecutar sus planes nacionales sobre salud y envejecimiento.
- Contar con una estrategia en ejecución destinada a la promoción de conductas y ambientes saludables.

Al menos 75% de los programas de prevención y manejo de enfermedades crónicas en los países, deberá cumplir con requisitos específicos y adecuados a las particularidades de las personas mayores.

Al menos 75% de los países de la Región debe contar con una estrategia a fin de optimizar los servicios para los adultos mayores en la atención primaria de la salud (APS).

Haber ejecutado al menos un programa de capacitación de los trabajadores de salud en temas asociados con el envejecimiento y la salud de las personas mayores.

Al menos 75% de los países contará con un programa de capacitación en salud destinado a las personas mayores y sus cuidadores.

Al menos 75% de los países usará un sistema de vigilancia y evaluación de la salud de las personas mayores.

75% de los países habrá realizado al menos un estudio de investigación a nivel nacional sobre salud y bienestar de las personas mayores (22).

Futuro

Estrategias de cooperación técnica

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve estrategias que mejoren la calidad y el acceso a servicios para las personas mayores mediante la implementación de determinantes específicos:

Definición, desarrollo y promoción de la medicina preventiva y tratamiento de enfermedades específicas para las personas mayores, como parte de su esfuerzo de salud primaria en todos los paises de la región (4).

Establecimiento de cooperación con los gobiernos regionales de indicadores que midan el cumplimiento de estos esfuerzos.

Cooperación con los programas de entrenamiento de profesionales y con la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA).

Desarrollo de estándares de seguimiento y protocolos para velar por los derechos humanos en personas residentes en unidades de larga estancia.

Se ha ido progresando hacia una concepción de cambio de paradigmas como aquel de considerar a los adultos mayores en sí como una población meramente vulnerable y de reconocerlos ahora como una población titular de derechos. En los que se debe garantizar integridad, dignidad y velar por la capacidad de autonomía en sus diferentes etapas.

Conclusiones

El panorama del envejecimiento en la región muestra significativos desafíos y por lo menos son tres los factores que dificultan la acción social: 1) "La incapacidad de los países para identificar la magnitud de los problemas; 2) "Una cierta "pereza pública" para asumir las recomendaciones de organismos internacionales; 3) El déficit y la incapacidad de recursos públicos y privados para hacer frente a las demandas originadas por el envejecimiento.

Los gobiernos deben asegurar el bienestar y la salud de todos los ciudadanos; esta responsabilidad trasciende cualquier consideración de género, clase social, grupo de edad, origen étnico o de cualquier otro tipo. Muchas políticas y prácticas aplicadas en diversas sociedades con respecto a los problemas de la edad no se han modificado, a pesar de los profundos cambios demográficos (esperanza de vida individual, estructura familiar), tecnológicos y de comunicaciones. En una sociedad que envejece, las políticas deben centrarse en inversiones que

consideren el aumento de la longevidad y no sólo a dar mayor asistencia y atención. En un mundo que enfrenta una "revolución demográfica", los gobiernos tienen el desafío de formular políticas eficaces para tratar necesidades, expectativas, derechos y obligaciones de sociedades con una estructura muy distinta a la actual. Los aspectos que presentan mayores desafíos comprenden:

- El desarrollo de sistemas de educación permanentes
- La promoción de una senescencia saludable
- La flexibilización de políticas laborales, incluyendo patrones de trabajo y de jubilación
- Mejorar las edificaciones para facilitar el desplazamiento de las personas de edad
- Las inversiones en favor de la sociedad civil
- Los enfoques creadores que aseguren un servicio social y de bienestar

Además, debe examinarse el papel del Estado en la creación de un marco que asegure una actitud responsable de los medios de difusión, mejore las actitudes y percepciones sobre el envejecimiento, promueva un debate público más fundamentado y facilite la adopción de medidas positivas por parte de la comunidad y de los organismos no gubernamentales.

Referencias bibliográficas

- United Nations. World population ageing 2007. Disponible en: www.un.org/esa/population/publications/wpa2007/wpp2007.htm.
- Towards age friendly primary health care. Geneva: WHO Disponible en: http://www.who.int/hpr/ageing/af_reporth.pdf.
- Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe CELADE – UNFPA (LCL2235e-P) 2005. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/21136/LCL2235e-P.pdf>.
- Pan American Health Organization. Health in the Americas 2007 Washington DC Chapter 2 Pag 170-176.
- Pan American Health Organization Area of technology and health services delivery, mental and health specialized programs unit. Older

- adult. Washington DC: PAHO; 2003.
6. Pan American Health Organization. Health information and analysis project. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2009. Washington D.C., United States of America, 2009.
 7. Tomado de: Situación de Salud en Colombia Indicadores Básicos. Indicadores año 2008. Ministerio de protección Social. Republica de Colombia. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>.
 8. CEPAL - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.
 9. Albala C, Lebrao ML, Leon EM, Ham-Chander R, Hennis A, Palloni A, Peláez M, Pratts O. Encuesta Salud, bienestar y Envejecimiento: Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panamericana de Salud Pública* 2005; 17(5/6): 307-22.
 10. México, Instituto Nacional de estadística Geográfica e informática: United States, Universities of Pensilvania, Maryland and Wisconsin. Mexican Health and Aging Study (MHAS). Disponible en <http://www.mhas.pop.upenn.edu>.
 11. Puerto Rico. Universidad de Puerto Rico. Puerto Rican Elderly: Health Conditions (PRE-HCO) Universidad de Puerto Rico; University of Wisconsin-Madison 2006 Disponible en <http://prehco.rcm.upr.edu>.
 12. Costa Rica. Universidad de Costa Rica, Centro Centroamericano de Población. Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES) disponible en <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/>.
 13. José Miguel Guzmán, "Seguridad económica en la vejez: una aproximación inicial Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/Organización Internacional del Trabajo (OIT)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Ciudad de Panamá, 2002).
 14. Fabio Bertranou, "Tendencias en indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina", Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2003.
 15. Alberto Viveros Madariaga. Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad Proyecto Regional de Población. CELADE-FNUAP Serie población y desarrollo 22 Santiago de Chile, diciembre de 2001.
 16. Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, 26 de julio a 6 de agosto de 1982 (Publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: S.82.I.16), cap. VI, secc. A.
 17. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe de la a/conf.197/9. Publicación de las Naciones Unidas. Número de venta: s.02.iv.4 isbn 92-1-330176-6. 2002.
 18. Plan Estratégico de la OPS 2008-2012, Objetivo Estratégico 7, 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington D.C., 1-5 de octubre del 2007, p. 74-78. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/od328-obj5-8-s.pdf>.
 19. San salvador. OEA. Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "protocolo de San Salvador. Artículo 17. Disponible en <http://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-52.html>.
 20. Sandra Huenchuan. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile, abril de 2009 pag 23 – 40.
 21. Mónica Villareal Martínez. La legislación a favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. CELADE-CEPAL. Serie población y desarrollo 64. Santiago de Chile, diciembre de 2005.
 22. 49.º Consejo Directivo. 61.a Sesión del comité regional. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. CD49/8 (esp.) Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.
 23. Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, Noviembre 2003.
 24. El Estado de Envejecimiento y la Salud en América Latina y el Caribe. Informe Técnico

- sobre Salud del Adulto Mayor, Organización Panamericana de la Salud Washington, DC, 2004.
25. Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, aprobados por la resolución A/RES/46/91 de la Asamblea General

- de las Naciones Unidas de 16 de diciembre de 1991.
26. CEPAL, Panorama social de América Latina, 1999-2000 (LC/G.2068-P), Santiago de Chile, agosto. Publicación de las Naciones Unidas, No de venta: S.00.II.G.18, 2000.

PAUTA

PAUTA

PAUTA

PAUTA

PAUTA