



**REVISTA DE LA ASOCIACIÓN  
COLOMBIANA DE  
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

---

**Vol. 17 No. 1 enero - marzo de 2003**

Publicación trimestral de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria  
Carrera 13 No. 38-65 Oficina 203. Telefax: 57 1 2853304 , Bogotá, D.C., Colombia  
Correo electrónico: [acgg@acgg.org.co](mailto:acgg@acgg.org.co) en internet <http://www.acgg.org.co>  
Impreso por Editorial Bochica Ltda. Esta edición consta de 1.000 ejemplares

# **Página de publicidad**



---

# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

---

Vol. 17 No. 1 enero - marzo de 2003

## CONTENIDO

<b>INDICACIONES A LOS AUTORES</b> _____	V
<b>EDITORIAL</b> _____	VII
<b>TRABAJOS ORIGINALES</b>	
Fuerza de agarre en hombres ancianos ambulatorios Giraldo JA, Giraldo DA, Suárez CM, Curcio CL. _____	455
<b>ACTUALIZACIONES</b>	
El viejo de ayer a hoy: Variaciones de su rol socio-familiar Germán Darío Cruz Méndez _____	462
<b>PRESENTACIÓN DE CASOS</b>	
Implantes de titanio con elevación del seno maxilar y su respectiva rehabilitación. Caso Clínico Parte II Jimmy Matiz Cuervo _____	468
<b>HISTORIA DEL ARTE</b>	
Dermatología en el altar de Isenheim Francisco González López _____	471
<b>EFEMÉRIDES</b> _____	474
<b>EVENTOS</b> _____	475
<b>NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS</b> _____	475



---

# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

---

Vol. 17 No. 1 enero - marzo de 2003

**Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria  
Junta Directiva 2002 - 2004**

Presidente	<b>Germán Mauricio Guevara Farfán</b>
Vicepresidente	<b>Victoria Eugenia Arango Lopera</b>
Secretaria	<b>Nidia Aristizábal - Vallejo</b>
Tesorera	<b>Leonilde Morelo Negrete</b>
Vocales	<b>René Alejandro Manzur Calderón</b> <b>María Francisca Echeverri Harry</b> <b>Sergio Villamizar Sayago</b> <b>Augusto Aponte Sierra</b>

## Comité Editorial

**Victoria Eugenia Arango Lopera**

Geriatra

**José Fernando Gómez Montes**

Geriatra

**Carmen Lucía Curcio Borrero**

Terapeuta Ocupacional

**Leonor Luna Torres**

Licenciada en Enfermería

**Ángela María Botero**

Internista

**Diana Lucía Matallana Eslava**

Neuropsicóloga

**Patricia Montañés Ríos**

Neuropsicóloga



Adpostal

Llegamos a todo el mundo!  
**CAMBIAMOS PARA SERVIRLE MEJOR  
A COLOMBIA Y AL MUNDO**



# REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 17 No. 4 enero - marzo de 2002

## INDICACIONES A LOS AUTORES

1. La REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA, órgano oficial de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, publica artículos de las áreas relacionadas con ellas, previa aprobación del Comité Editorial.

2. Los trabajos deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la revista. En algunos casos, y solo por acuerdo con el editor, podrá aceptarse la difusión pública previa de los datos contenidos en el artículo, por ejemplo, para alertar sobre riesgos de salud pública.

La publicación posterior o reproducción total o parcial de un artículo aparecido en la revista, requerirá de la autorización del Comité Editorial.

3. Los trabajos deben ser remitidos a la dirección anotada en CORRESPONDENCIA, en original, copia y disquete de alta densidad (HD). Las copias en papel deben ser en tamaño carta a doble espacio y guardando un margen izquierdo de cuatro cms. El disquete debe grabarse en un PC; evitando traer consigo virus.

El trabajo debe venir acompañado de una carta firmada por todos los autores, en donde se exprese claramente que ha sido leído y aprobado por todos. Igualmente, debe informar si se ha sometido parcial o totalmente a estudio por parte de otra revista.

El autor debe guardar copia de todo el material enviado.

4. Se deben seguir las siguientes secuencias: página del título, resumen, texto, resumen en inglés

(opcional), agradecimientos, referencias, tablas (cada tabla en página separada con su título y notas) y leyendas para las figuras. Cuando se informen experimentos en humanos indique si los procedimientos utilizados siguen las normas del comité de ética de la institución donde se realizaron, de acuerdo con la declaración de Helsinki de 1975. No mencione nombres de pacientes, iniciales o números de historias clínicas.

5. En la primera página se incluye el título, corto y que refleje el contenido del artículo, el nombre del autor y sus colaboradores con los respectivos títulos académicos y el nombre de la institución a la cual pertenecen.

Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada con el trabajo. Se especifican las fuentes de ayuda para la realización en forma de subvenciones, equipos y medicamentos.

6. El resumen, de no más de 250 palabras, debe enunciar los propósitos del estudio de la investigación, los procedimientos básicos, los hallazgos principales y las conclusiones, de acuerdo con los siguientes títulos: objetivos, métodos, resultados y conclusiones.

7. El texto debe incluir introducción, material y métodos, resultados y discusión. Las abreviaturas deben explicarse y su uso limitarse.

8. Las referencias se enumeran de acuerdo con el orden de aparición de las citas en el texto y se escriben a doble espacio:

a. En caso de revistas: apellidos e iniciales del nombre del autor y sus colaboradores (si son

más de seis puede escribirse, después de los tres primeros, “y cols.”); título completo del artículo; nombre de la revista abreviado según estilo del Index Medicus; año de publicación, volumen, páginas inicial y final. Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo: Jones HR, Siekert RG, Geraci JE. Neurological manifestations of bacterial endocarditis. *Ann Intern Med* 1969; 71:21-28.

- b.** En caso de libros: apellidos e iniciales de todos los autores; título del libro, edición, ciudad, casa editora, año, páginas inicial y final.

Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo:

Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. 3a. ed. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1966:56.

- c.** En caso de capítulos de libros: apellidos e iniciales de los autores del capítulo, título del capítulo, autores, editores del libro, título del libro, edición, ciudad, casa editora, año, páginas inicial y final.

Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo:

Drayer BP, Poser CM. Enfermedad en inclusión citomegálica del SNC. En: Toro G, Vergara I, Sarabia J, Poser CM, eds. *Infecciones del Sistema Nervioso Central*. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano S.A., 1978: 172-175.

- 9.** Las tablas y cuadros se denominarán tablas y deben llevar numeración arábica 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 hojas separadas. Los originales de las fotografías deben enviarse en papel y tener nitidez y contraste

suficientes para lograr una buena reproducción. Si son gráficas o dibujos deben identificarse con su número de orden en la parte inferior.

Si una figura o tabla ha sido previamente publicada, se requiere el permiso escrito del editor y debe darse crédito a la publicación original. Si se utilizan fotografías de personas, éstas no deben ser identificables, en caso contrario, debe obtenerse el permiso escrito para emplearlas.

El Comité Editorial se reserva el derecho de limitar el número de figuras y tablas.

- 10.** Los editoriales se publicarán exclusivamente por solicitud del Comité Editorial.
- 11.** Se consideran actualizaciones aquellos trabajos que contienen una completa revisión de los adelantos recientes ocurridos en un campo específico de la Gerontología o Geriatria.
- 12.** Comunicaciones y conceptos son aquellos que presentan la opinión o experiencia del autor sobre un tema que se considera de interés para el área. Puede incluir una revisión del tema.
- 13.** Presentación de casos son los trabajos destinados a describir uno o más casos que el autor considere de interés especial; debe constar de resumen, descripción detallada del caso y discusión. Su extensión no debe ser mayor de 8 páginas a doble espacio y se acepta un máximo de 5 ilustraciones.
- 14.** Las cartas al editor son comentarios cortos sobre algún material previamente publicado por la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria.
- 15.** La Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria no asume ninguna responsabilidad por las ideas expuestas por los autores.
- 16.** Para citas de referencia la abreviatura de la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria es:  
Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.

## EDITORIAL

A partir de este número empieza una nueva etapa, debido a los cambios en el comité editorial y en el diseño de la publicación. Queremos agradecer a todos aquellos que durante tanto tiempo han hecho posible la continuidad de la revista. Nuestra meta será mantener el altísimo nivel que la ha caracterizado, para lo cual esperamos contar con la colaboración de todos los asociados y amigos. Igualmente estamos abiertos a todas las sugerencias que quieran hacernos.

No conocer la historia, nos condena a repetirla. En nuestro caso es lo contrario, conocerla permitirá emularla. A partir de este número conoceremos aquellos seres e instituciones que han contribuido al desarrollo de la gerontología y la geriatría en este país. Igualmente empezaremos una serie de artículos sobre la historia del arte en la medicina.

En nuestra sociedad, al igual que en la mayoría de los demás países en vías de desarrollo el concepto de vejez oscila entre los viejos como “poseedores de la sabiduría” y los viejos como una gran carga. Desafortunadamente nuestros conceptos de vejez no están ligados a funcionalidad, sino que están casi exclusivamente definidos por la edad. La sensación de envejecer y la forma de aceptarla depende no únicamente de la edad como tal. Existen varios factores que se interrelacionan para definir el comportamiento del viejo y su impacto social y nuclear. Por supuesto dentro de los principales determinantes de “una vejez exitosa”, individual y familiar, se encuentran la comorbilidad, la situación económica y social del anciano y “la carga” que él pueda generar para sus cuidadores.

La fuerza muscular disminuye con el avance de la edad, independiente del grupo muscular considerado. El pico máximo se logra en la tercera década de la vida y el declive es progresivo posteriormente, acelerándose con el envejecimiento. Aunque la velocidad de pérdida varía según el grupo muscular considerado, la presencia de comorbilidad y el estado nutricional, es la edad el principal determinante.

Victoria Eugenia Arango Lopera  
*Editora*

# FUERZA DE AGARRE EN HOMBRES ANCIANOS AMBULATORIOS

Giraldo JA, Giraldo DA, Suárez CM, Curcio CL.  
Programa de Investigaciones en Gerontología y Geriatria  
Universidad de Caldas, Manizales

---

## Resumen

**Objetivo:** valorar la fuerza de agarre en hombres sanos ambulatorios, describir sus valores normales y sus características y evaluar la asociación con factores identificados en la literatura.

**Diseño:** Estudio trasversal descriptivo.

**Medio:** Sitios de reunión de ancianos ambulatorios: parques, cafés, calles y plazas de la ciudad de Manizales.

**Sujetos:** 150 ancianos mayores de 60 años.

**Medida de consecuencia principal:** Fuerza de agarre medida en kg / fuerza.

**Resultados:** La edad promedio fue 70.5 años (DE 6 años). El promedio de fuerza de agarre fue de 31 Kg/ fuerza (DE 6.0) con un rango entre 15 y 48 Kg / fuerza. Se encontró una disminución anual de 1.4% entre los 60 y los 85 años, acentuándose especialmente después de los 80 años. En el análisis bivariado menor fuerza de agarre se relacionó con edad, mala autopercepción de salud, presencia de osteoartritis y fractura de cadera, pero en el análisis multivariado solamente la edad persistió como el factor independiente más importante de medición de fuerza de agarre.

**Conclusiones:** Es evidente el deterioro de la fuerza muscular al envejecer, medida mediante fuerza de agarre, con deterioros similares a los informados previamente. Sin embargo las comparaciones con otros estudios son difíciles porque se utilizan diferentes equi-

pos y métodos en su valoración, por ello es importante estandarizar el procedimiento de evaluación de fuerza de agarre para lograr comparaciones y análisis de los factores relacionados con esta medida, especialmente el nivel de actividad física.

## Abstract

**Object:** To study the manual strength in healthy ambulatory men, describe the values and characteristics and evaluate the association with factors identified in the literature.

**Design:** Descriptive transversal study.

**Place:** Usual meeting points of ambulatory normal old men: parks, cafés, streets and squares in the city of Manizales.

**Subjects:** 150 men older than 60 years.

**Measure:** manual strength, measured in kg./force.

**Results:** Mean age was 70.5 years (SD 6 years). Mean force was 31 Kg (SD 6.0) with a range between 15 & 48 Kg. Annual decrease of 1.4% between 60 & 85 years, especially after 80 years. In the bivariate analysis less strength was related to age, bad health perception, presence of osteoarthritis and hips fracture, but in the multivariate analysis, only age was significant as an independent factor.

**Conclusions:** It is evident that the impairment in muscular force in the aging process, measured by the manual strength, is similar to that reported in the literature.

Nevertheless, comparison with other studies is difficult because different equipments and study methods are used. It is important to standardize the procedures in order to make comparisons and analyze the factors associated with it, in particular the level of physical activity.

## Introducción

El envejecimiento origina efectos importantes en la función motora, que incluyen pérdida de la masa muscular, la cual lleva a disminución de la fuerza; ésta a su vez puede originar deterioro de la movilidad, disminución de la capacidad funcional (tanto en las Actividades Básicas Cotidianas (ABC) en los niveles social, físico e instrumental) y produce mayor riesgo de caídas. Se ha reportado hasta un 15% de pérdida en fuerza muscular por década después de los 50 años<sup>1</sup>.

Dentro de las alteraciones que produce la sarcopenia que acompaña al envejecimiento, las manos representan un órgano blanco importante. Es bien conocida la disminución de masa muscular de interóseos de mano como un cambio normal con el envejecimiento<sup>2</sup>. Esto lleva a dificultades para realizar tareas en la vida diaria como amarrarse los zapatos, abotonarse y manipular objetos pequeños, además de la disminución de la fuerza para agarrar objetos<sup>3</sup>. Se ha postulado que la declinación en la función de las manos se debe a deterioro en la coordinación de los músculos, en la destreza de los dedos y disminución de la sensibilidad en las manos, además de la disminución neuronal en corteza cerebral<sup>1</sup>.

Dentro de los métodos empleados para la valoración de la fuerza está la dinamometría estática o isométrica, que consiste en la medición o registro de la fuerza isométrica, es decir, la tensión muscular sin desplazamiento<sup>4</sup>. La fuerza de agarre está incluida dentro de este tipo de valoración y consiste en la medición y el registro de la fuerza isométrica de los músculos flexores de los dedos de la mano. Es una medida conveniente, segura y confiable de fuerza muscular general y no requiere equipos sofisticados o costosos<sup>5</sup>.

Múltiples estudios han demostrado la asociación entre pobre fuerza muscular y bajo índice de masa corporal, presencia de enfermedades crónicas, inactividad física y bajo nivel educativo<sup>6-8</sup>. Además hace poco tiempo se demostró que el riesgo de mortalidad a largo plazo en hombres sanos de edad mediana está estrechamente

relacionado con la cantidad de fuerza de agarre, independiente del índice de masa corporal<sup>9</sup>.

El objetivo de este estudio fue hacer una primera aproximación a la valoración de la fuerza de agarre en hombres sanos ambulatorios, describir sus valores normales y características y evaluar la asociación con factores identificados en la literatura.

## Métodos

Es un estudio transversal y descriptivo. Se tomaron 151 hombres ambulatorios mayores de 60 años, que frecuentaban los parques y cafés del centro de la ciudad a quienes se les aplicó una entrevista personal mediante cuestionario semiestructurado y un protocolo de registro de dinamometría en la mano dominante. Se utilizó una lista de chequeo de presencia y ausencia de enfermedades relacionadas con deterioro de la capacidad funcional a largo plazo, especialmente de movilidad como: osteoartritis, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cerebrovascular (ECV), enfermedades del corazón, várices, problemas circulatorios, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), cáncer, fracturas y cataratas<sup>10</sup>.

Para clasificar a cada persona según el tipo de actividad que realizaba habitualmente, se realizaron tres preguntas sobre ejercicio y actividad física, utilizando la propuesta Reuben y col. sobre ABC físico social<sup>11</sup>. La primera pregunta era sobre la participación o no en actividades deportivas como nadar, montar bicicleta o trotar, entre otras, lo cual se consideró como realizar ejercicio físico. La segunda, si camina entre 8 y 12 cuadras al menos 3 veces por semana, que se considera como actividad física moderada. Y la tercera pregunta sobre caminar entre 2 y 4 cuadras, que corresponde al grupo de actividad física leve. Los que no refirieron ningún tipo de actividad, se consideraron sedentarios.

Para la medición de la fuerza de agarre se utilizó un dinamómetro marca Takei modelo Smedley Hand Dynamometer III, que mide la fuerza de agarre en kilogramos / fuerza, con el anciano en bipedestación, con el brazo extendido en aducción a lo largo del cuerpo y el hombro con rotación medial (figuras 1 y 2). El dinamómetro fue adaptado a la longitud de la mano dominante, de manera que formara un ángulo de 90° en la segunda falange. Los ancianos fueron estimulados a ejercer la máxima fuerza posible. Solamente en

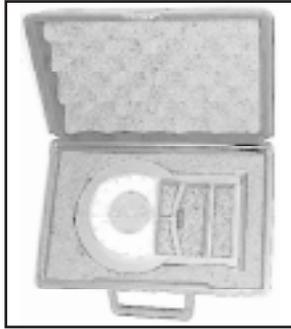


Figura 1



Figura 2

un caso se presentó dificultad para hacer el ajuste del dinamómetro, por presencia de secuelas por herida de arma cortocontundente, y se tomó en la mano no dominante. Entre el primero y segundo intentos, mediado por la entrevista, se encontró coeficiente de correlación de Pearson de 0.89.

### Análisis de los datos

En una primera etapa se utilizó el Chi cuadrado para las asociaciones entre los cuartiles 25 y 75 de la fuerza de agarre y las variables categóricas de interés, y el test de t para las variables continuas. Cuando en las celdas se tenía un valor esperado menor de 5, se calculó un test exacto de Fisher. Para las variables cuantitativas se hizo un análisis de varianza.

En una segunda etapa, para identificar los factores que constituían riesgo independiente para disminución de fuerza de agarre, se realizó una regresión logística paso a paso (stepwise) con las variables que mostraron significancia estadística en el análisis bivariado y posteriormente se identificaron las variables independientes de menor fuerza de agarre.

Los datos fueron procesados en el programa EPI INFO 6.04d y versión 2000.

### Resultados

El rango de edad de la población estudiada estaba entre 60 y 90 años, con un promedio de edad de 70.5 años (DE 6 años). La mayoría de las personas son ancianos jóvenes ya que 48.3% corresponde al grupo de 60-69 años y 38.4% al de 70-79 años; el porcentaje restante corresponde a ancianos de 80 o más años con 13.3%. El 58.9% estaba casado, seguido por los solteros (17.2%) y los viudos (14.6%). Respecto al nivel educativo el 66.2% de los ancianos estudió cinco o menos de

5 años de educación formal, mientras que el 9% no realizó ningún estudio y solamente el 4% tuvo estudios universitarios. No se encontraron asociaciones estadísticas por análisis bivariado entre fuerza de agarre y estado civil o nivel de escolaridad.

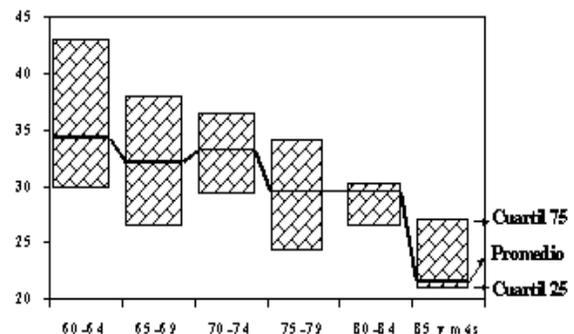
Sobre la autopercepción de salud el 61% se consideró saludable, con salud buena y muy buena 46.3%, regular el 44.4% y mala y muy mala el 9.2%; este es el mismo porcentaje de ancianos que se comparaba con peor salud que los demás. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre mala autopercepción de salud y menor fuerza de agarre.

El 13.2% de los encuestados realizaba ejercicio físico en forma regular, el 75.5% realizaba actividad física moderada, el 8.6% actividad física leve y el 2.6% era sedentario. Dentro de las razones principales por las cuales no realizan ejercicio físico o actividades deportivas, la enfermedad fue más frecuente, seguida por falta de tiempo, pereza, falta de dinero y apatía (no me gusta). A pesar de que a mayor nivel de actividad o ejercicio se encontraba una mejor fuerza de agarre, no se encontraron asociaciones significativas.

En cuanto a la fuerza de agarre se encontró un promedio de 30 Kg / fuerza (DE 6.0) y un rango entre 15 y 48 Kg / fuerza, esto para el primer y segundo intentos. Se nota un aumento de 1 a 2 Kg en el segundo intento, debido a una mayor familiarización con el dinamómetro y la prueba en sí, que indica un efecto de aprendizaje al realizarla. En la figura 3 se muestra la relación de fuerza de agarre con los grupos de edad donde es evidente cómo se disminuye la fuerza al envejecer.

El cuartil 25 para toda la muestra se ubicó en 27 Kg y el cuartil 75 en 36.5 Kg. En general para todos los grupos la desviación estándar osciló entre 5.4 y 7.3 Kg. Es

Fig. 3. Promedios y cuartiles 25 y 75 de la fuerza de agarre por grupos de edad



Presencia de enfermedades y su relación con fuerza de agarre				
ENFERMEDAD	FRECUENCIA-%	Fuerza de agarre30 kg. o <	Fuerza de agarre31kg. o >	P
Hipertensión Arterial	34.4	63.5	36.5	0.53
Várices	33.8	51.0	49.0	0.24
Cataratas	28.5	51.2	48.8	0.48
Osteoartritis	25.2	60.5	39.5	< 0.01
EPOC	21.9	48.5	51.5	0.85
Enfermedades del corazón	15.9	58.3	41.7	0.13
Diabetes	6	55.6	44.4	0.90
Fractura de cadera	4.6	57.1	42.9	<0.01
ECV	2	66.7	33.3	0.45

Tabla 1

evidente cómo el promedio de fuerza de agarre en el grupo de más edad, mayores de 85 años, se aproxima al cuartil 25.

Posteriormente se distribuyeron en dos grupos de edad, de 60 a 79 años y los de 80 y más años, para hacer un análisis estadístico relacionando edad y fuerza de agarre y se encontró una asociación significativa ( $p < 0.01$ ), con un deterioro progresivo de la fuerza de agarre, especialmente después de los 80 años.

En cuanto a la presencia de enfermedades autoreportadas, en la tabla 1 se muestran los porcentajes de las enfermedades encontradas y su relación con los promedios de la fuerza de agarre; solamente la osteoartritis y la fractura de cadera se asociaron en forma significativa con tener fuerza de agarre menor al promedio de la muestra.

Por último se hizo un análisis multivariado para encontrar factores de riesgo independientes para menor fuerza de agarre entre ancianos (menor del cuartil 25: 27 Kg), cuyos resultados se muestran en la tabla 2. La edad fue el factor predictor independiente más impor-

Predictores independientes de menor fuerza de agarre en ancianos			
Variable	OR	Modelo ajustado IC 95%*	P
Edad	1.09	1.03 - 1.15	<0.01
Escolaridad (menos de 5 años)	0.95	0.86 - 1.06	0.40
Osteoartritis	0.85	0.35 - 2.05	0.72
Fractura de cadera	0.98	0.16 - 5.78	0.98
Enfermedades del corazón	2.49	0.88 - 7.09	0.08
EPOC	1.00	0.41 - 2.42	0.99
Autopercepción de salud	1.76	0.39 - 8.00	0.45
Ejercicio	1.10	0.19 - 6.20	0.92
Actividad física moderada	1.11	0.50 - 2.46	0.78
Sedentario	0.63	0.26 - 1.5	0.29

\*Modelo ajustado para todas las variables enumeradas

Tabla 2

tante para menor fuerza de agarre al envejecer, controlados el resto de los factores estudiados.

### Discusión

Este estudio permite corroborar el concepto de disminución de la fuerza de agarre en los grupos de edad mayores, además de establecer los datos normativos de la fuerza de agarre para hombres sanos ambulatorios colombianos.

Las características demográficas son similares a las referidas en estudios poblacionales para ancianos hombres en Manizales, con igual promedio de edad, estado civil y una escolaridad similar<sup>12</sup>. La presentación de enfermedades también es similar a las condiciones crónicas auto-reportadas por ancianos en Manizales<sup>13</sup>.

Al comparar el procedimiento de dinamometría realizado en este estudio con otros reportados anteriormente, son

evidentes las dificultades para compararlos, ya que utilizan otros equipos y la posición en la que se mide la fuerza de agarre es diferente, además, en algunos se informa en newtons o kilopascales<sup>14-16</sup>. Así pues, las diferentes posiciones de valoración y los diferentes dinamómetros utilizados dificultan la comparación de los resultados, razón por la cual es importante estandarizar el procedimiento de evaluación de fuerza de agarre.

La guía de referencia de valores normales, que se encuentra en el dinamómetro empleado, va hasta 79 años y se basa en un estudio realizado en la Tokio Metropolitan University; muestra un valor promedio para hombres entre 60-69 años de 40 Kg (con percentiles 25 y 75 de 33 y 46) y un promedio de 36 Kg para los de 70 a 79 años (percentiles 25 y 75 de 29 y 42), mucho más altos que los encontrados en este estudio. Es importante hacer estandarizaciones de valores normales en el medio, en poblaciones jóvenes y viejas, además en mujeres, para hacer las comparaciones y verificar los datos presentados en este trabajo.

La edad, junto con la estatura, ha sido la variable más constantemente asociada con fuerza de agarre en la mayoría de los estudios<sup>17</sup>. La diferencia entre el promedio de fuerza de agarre entre el grupo más joven y el mayor de 85 años, muestra una diferencia de 12.5 Kg (34.4 vs. 21.9), que indicaría una disminución de 1.2 Kg por año (alrededor de 1.44% por año), una cifra cercana al porcentaje informado previamente de disminución de fuerza de agarre por año, 1.5%, en ancianos sanos<sup>15</sup>, lo que confirma una disminución progresiva de la fuerza muscular con el envejecimiento mediada por la sarcopenia. Así mismo, las diferencias observadas entre los ancianos menores y mayores de 80 años, podrían estar indicando la disminución en la masa muscular después de esa edad, como resultado del proceso de envejecimiento (sarcopenia) y se confirma el concepto que la fuerza de agarre sea un excelente indicador de deterioro y discapacidad, especialmente en mayores de 80 años. Es decir, se refuerza el concepto de sarcopenia como una condición en la cual la fuerza muscular es insuficiente para realizar las tareas normales asociadas con un estilo de vida independiente<sup>18</sup>.

En este estudio, al igual que en el de Desrosiers y col. en 286 ancianos canadienses entre 60 y 90 años, se encontró una disminución sustancial de fuerza de agarre especialmente después de los 80 años en hombres<sup>19</sup>, y en el estudio longitudinal de envejecimiento

de Baltimore, se encontró una preservación de fuerza muscular en forma constante hasta los 40 años, con una disminución posterior del 10% en hombres, pero no en mujeres y al igual que este estudio la edad fue el factor independiente más importante de medición de fuerza muscular después de ajustar género, estatura, peso, gasto calórico y masa muscular<sup>20</sup>.

En cuanto a la relación de enfermedades con fuerza de agarre, el seguimiento de hombres japoneses americanos durante 27 años encontró una relación entre la disminución de la fuerza de agarre, la mortalidad y condiciones como ECV, diabetes, artritis, enfermedad coronaria y EPOC<sup>21</sup>. A diferencia del anterior, nosotros encontramos asociación con osteoartritis y fractura de cadera, condiciones que en su evolución natural claramente se relacionan con una disminución de fuerza muscular, con el consiguiente deterioro de la movilidad. Previamente se ha identificado la asociación positiva entre mejor fuerza de agarre y mayor movilidad, medida por las actividades básicas cotidianas, tanto en su nivel físico como instrumental<sup>14</sup>. Además, a pesar de no encontrarse asociación, los ancianos que referían ECV, diabetes y enfermedad coronaria tenían una menor fuerza de agarre.

Con relación al ejercicio se notó una mayor fuerza de agarre en quienes practican algún deporte y tienen una actividad física moderada, pero como ha sido referido previamente, no se encontró como un factor de riesgo independiente de menor fuerza de agarre<sup>8,19,22</sup>. Sin embargo, en un estudio reciente realizado entre negros y blancos con promedios de edad de 76 y 78 años respectivamente, con un promedio menor de fuerza de agarre de 22 y 19.8 Kg, pero con igual desviación estándar, se encontró una asociación significativa de mejor fuerza de agarre a mayor nivel de actividad<sup>23</sup>.

## Fortalezas

Este se constituye en el primer estudio sobre fuerza de agarre en ancianos colombianos. De una parte, su medición es fácil, poco costosa y segura para realizarla en diferentes medios clínicos y ambulatorios, además la utilidad como indicador de fuerza isométrica es importante, especialmente para ancianos de riesgo.

## Debilidades

La mayor debilidad de este estudio es ser de tipo transversal y no longitudinal, puesto que se ha visto una

declinación escalonada de la fuerza de agarre a través del tiempo, más de lo que podría predecirse por datos transversales solamente, y además, más rápida a mayor edad<sup>24</sup>. Tampoco este estudio evaluó peso, estatura y oficio principal, que se consideran predictivos de máxima fuerza de agarre<sup>25</sup>.

En conclusión, la fuerza de agarre, que ha sido utilizada fundamentalmente en medios de rehabilitación, debe ser considerada como una medición general de fuerza muscular en ancianos, especialmente para grupos de mayor edad, puesto que tiene un papel clave en la predicción de mortalidad y discapacidad a largo plazo<sup>21,26,27</sup>. Por tanto, se requieren estudios longitudinales para confirmar las asociaciones de fuerza de agarre con patologías, autopercepción de salud y medidas de evaluación basadas en la ejecución, especialmente velocidad de la marcha. Además es importante definir posteriormente el papel de programas de ejercicio y actividad física constante, en ancianos con variaciones en la fuerza de agarre.

## Referencias bibliográficas

- Hunter S, White M, Thompson M. Techniques to evaluate elderly human muscle function: A physiological basis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998; 53A: B204 – B216
- Gómez JF, Curcio CL. Anatomía del envejecimiento. En: Valoración Integral de la Salud del Anciano. Manizales, Editorial Tizán. 2002; p. 42-49
- Shiffman LM. Effects of aging on adult hand function. *Am J Occup Ther* 1992; 46: 785 – 792
- Ramos S. Entrenamiento de la condición física. Edit. Kinesis. Armenia. 2001 p. 24-26
- Kallman DA, Plato CC, Tobin JD. The role of muscle strength loss in the age-related decline in grip strength: cross-sectional and longitudinal perspectives. *J Gerontol* 1990 45A: M82-M88
- Era P, Rantanen T, Avlund K y cols. Maximal isometric muscle strength and anthropometry in 75-year-old men and women in three Nordic localities. *Scan J Med Sci Sport* 1994; 4: 26-31
- Hakkinen A, Hannonen P, Hakkinen K. Muscle strength in healthy people and inpatients suffering from recent-onset inflammatory arthritis. *Br J Rheumatol* 1995; 34: 335 – 360
- Rantanen T, Parkatti T, Heikkinen E. Muscle strength according to level of physical exercise and educational background in middle-aged women in Finland. *Eur J Appl Physiol* 1992; 65: 507- 512
- Rantanen T, Harris T, Leveille SG, y cols. Muscle strength and body mass index as long-term predictors of mortality in initially healthy men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 55A: M168 – M163
- Ford AB, Folmar SJ, Salmon RB y col. Health and function in the old and very old. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 187-197
- Reuben DB, Wieland DL, Rubenstein LZ. Functional status assessment of older persons: concepts and implications. *Facts and Research in Gerontology*. Serdi Publisher. Paris, 1993; Vol. 7: 231-240
- Gómez JF, Curcio CL. Aspectos sociofamiliares de la población geriátrica en Manizales. Congreso Colombiano de Gerontología. Memorias. Medellín. 1992. p 85-88
- Gómez JF, Curcio CL. Condiciones de enfermedad en una población geriátrica. *Acta Med Col* 1993; 18:250-256
- Rantanen T, Pertti E, Heikkinen E. Maximal isometric strength and mobility among 75-year-old men and women. *Age Ageing* 1994; 23: 132-137
- Skelton DA, Greig CA, Davies JM, Young A. Strength, power and related functional ability of healthy people aged 65-89 years. *Age Ageing* 1994; 23: 371-377
- Giampaoli S, Ferrucci L, Cecchi F and cols. Handgrip strength predicts incident disability in non-disabled older men. *Age Ageing* 1999; 28: 283- 288
- Desrosiers J, Bravo G, Hebert R, Dutil E. Normative data for grip strength of elderly men and women. *Am J Occup Ther* 1995; 49: 637-644
- Basseij EJ. Measurement of muscle strength and power. *Muscle & Nerve* 1997 Suppl 5: S44-S46
- Desrosiers J, Bravo G, Hébert R. Isometric grip endurance of healthy elderly men and women. *Arch Gerontol Geriatr* 1997; 24: 75-85
- Metter EJ, Conwit R, Tobin J, Fozard JL. Age-associated loss of power and strength in the upper extremities in women and men. *J Geront Biol Sci Med* 1997; 52A: B267-B276
- Rantanen T, Masaki K, Foley D, Izmirlian G, White L, Guralnik JM. Grip strength changes over 27 years in Japanese-american men. *J Appl Physiol* 1998; 85: 2047-53

22. Huczel HA, Clarke DH. A comparison of strength and muscle endurance in strength-trained and untrained women. *Eur J Appl Physiol* 1992; 64: 467-470
23. Rantanen T, Guralnik JM, Leveille S and cols. Racial differences in muscle strength in disabled older women. *Gerontol Biol Sci Med* 1998; 53A: B355-B361
24. Bassey EJ, Harries UJ. Normal values for handgrip strength in 92 men and women aged over 65 years, and longitudinal changes over 4 years in 620 survivors. *Clin Sci* 1993; 84: 331-337
25. Crosby CA, Jebe MA, Mawr B. Hand strength: normative values. *J Hand Surg* 1994; 19: 665-670
26. Rantanen T, Guralnik JM, Foley D and cols. Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability. *JAMA* 1999; 281: 558-560
27. Rantanen T, Harris T, Leveille SG, Visser M, Foley D, Masaki K, Guralnik JM. Muscle strength and body mass index as long-term predictors of mortality in initially healthy men. *J Gerontol Biol Sci Med Sci* 2000; 55: M168-173

# EL VIEJO DE AYER A HOY VARIACIONES DE SU ROL SOCIO-FAMILIAR

**Germán Darío Cruz Méndez**  
Médico Geriatra – Gerontólogo  
Oncólogo clínico

---

## Introducción

Una de mis inquietudes surgidas durante la práctica de la Geriátrica es la posición del viejo en la familia, entendida ésta como una institución social constituyendo una unidad bio-psico-social con leyes y dinámica propias. Por tal motivo realizaré una revisión sobre algunos lugares y funciones del viejo en el ámbito familiar, factores de discriminación y trastornos producidos por esta situación. Las culturas regionales e historia familiar condicionan el tipo y estructura de dicho ámbito.

Se describirán las características del anciano que vive solo y la competencia y rivalidad de hermanos con relación al cuidado de sus padres, donde se observan fuertes sentimientos de culpa.

El término anciano (dignidad), o presbítero (en griego, presbuteros, “una persona anciana”), título dado a los oficiantes en algunas iglesias, ha tenido varios significados. En el Antiguo Testamento, el anciano, que solía ser el mayor de los hombres del grupo, era la cabeza de la tribu o de la familia. Los ancianos israelitas realizaban funciones civiles y religiosas; los miembros laicos del posterior sanedrín eran también llamados ancianos. En la primitiva Iglesia cristiana, los ancianos eran provisos administrativos de congregaciones locales que ayudaban a los diáconos y obispos.

En la cultura actual, en el ámbito familiar, cada integrante cumple un rol y función determinados (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, tíos, etc.) generando y recreando espacios físicos, psíquicos y sociales en

un proceso interactivo. Cada miembro ocupa lugares en la sociedad que se complementan unos a otros. La desarmonía grupal puede surgir cuando uno de ellos prevalece, toma el lugar del otro y el invadido queda marginado; la lucha por el poder implícita o explícita se ha establecido.

## Abstract

One inquietude that arise in the practice of Geriatrics is the place of the old in the family, implying family as the social institution that constitutes a bio-psycho-social unit with a dynamic and law proper to it.

For this reason, I will describe the place and function of the old in the family circle, the discrimination factors and the difficulties tied to this situation. The regional culture and the family history modify the type and structure of this relation. The characteristic of the old aged that live alone will be described, and the competency and rivalry of brothers and sisters for the care of their parents will be analyzed, with emphasis on the guilty feeling that is often present in this situation.

The term “old” (dignity) or presbyter (in Greek “an old person”), given to the officials of some churches, has had different meanings. In the Old Testament, the old, usually the oldest of the man in the group, was the head of the tribe or the family. The old Israeli men were in charge of many civil and religious responsibilities. In the primitive Christian church, the old men were the administrative organizers in the communities and helped the bishops.

In the actual culture, each member of the family has a particular role (fathers, sons, brothers, grand parents, etc) creating physical, psychical and social spaces in an interactive process. Each member occupies a complementary role in society. The group disharmony is observed when one prevails, takes the place of another and the other is emarginated, and the implicit and explicit fight for power is established.

## **Incidencia del entorno geográfico y social del viejo en la Argentina**

En la Argentina, las colectividades y costumbres regionales son disímiles, con hábitos y lenguaje diferenciados. En diferentes zonas y regiones del país viven ancianos, ocupan espacios y son tratados de distinta manera. Por ello no es lo mismo la vida urbana o rural, cosmopolita o del interior, siendo inexactas ciertas generalizaciones que se hacen sobre la vejez.

Por razones económicas, en los últimos cincuenta años se han producido migraciones internas a centros más poblados. Personas jóvenes vienen en busca de trabajo y mejor vida. Muchas veces, al principio lo hacen solos para luego traer parte o la totalidad de la familia, entre los que se encuentran personas mayores. En los casos en que los ancianos se han quedado en los lugares de origen, se ha fracturado la familia extendida: unos habitan aquí, el resto allí, se ha fracturado la función de abuelidad.

Estas movilizaciones sociales han originado en los viejos procesos de discriminación, conflictos intergeneracionales y barreras arquitectónicas. Por ende sufren de dos situaciones: a) reducción de espacios físicos (aislamiento) y b) soledad. El primer fenómeno se vincula al cambio de espacios para vivir: de poseer casas, habitaciones amplias y terreno, han pasado a cuartos pequeños de departamentos, sin poder traer sus muebles y pertenencias. El segundo se refiere a la queja de los viejos: los hijos por razones laborales o de estudio los dejan la mayor parte del día solos. No hay contacto afectivo como antes, no tienen actividades caseras que realizar, han perdido la compañía de colaterales (parientes, amigos, vecinos).

Estos cambios sociales pueden conducir a problemas de identidad, de despersionalización del esquema corporal, a "vivencias de desamparo", a estados depresi-

vos o enfermedades psicosomáticas para obligar a los familiares, a través de ellas, a ocuparse de ellos. Para colmo de males los hijos, efectivamente, no cubren estas necesidades, porque o bien llegan cansados de sus trabajos, o no tienen tiempo suficiente, ni paciencia, ni ánimo para atender y conversar con sus padres. El círculo vicioso se cierra, el estrés cotidiano obnubila y malhumora de tal modo, que apenas pueden cenar, hablar con su esposa e hijos pequeños, ver un poco de TV e irse a dormir. Los vínculos emocionales padres / hijos mayores se distancian o cortan definitivamente. En estos casos, algunos de ellos van a residir a establecimientos geriátricos.

## **Espacios del viejo en el ámbito familiar**

Con relación a mitos o tabúes arraigados en la comunidad, al viejo hay que dejarlo tranquilo, en actitud pasiva, para pasar sus últimos años de vida en reposo, sin sobresaltos ni problemas.

Esta posición paradójica, facilita la discriminación del anciano y lo coloca en desventaja frente a los demás integrantes de la familia que permanecen activos. No se estimulan sus energías vitales, sabiduría y potencialidades culturales, para situarlos en un mismo plano de oportunidades e interacción familiar con el resto de los integrantes.

Esta célula principal, la familia, es un sistema humano organizado y cada una posee características propias. En ella evolucionan e interactúan las distintas generaciones que se agrupan como subsistemas nucleares (padres, hijos, abuelos) o colaterales (hermanos, suegros, nueras, primos, tíos, etc.). En el primer caso, los abuelos a su vez son padres, los padres a su vez son hijos y estos al mismo tiempo cumplen el rol de nietos. Esta doble funcionalidad requiere espacios y límites diferenciados, a veces, difíciles de cumplimentar.

Este sistema familiar se considera "sano" cuando las fronteras intergeneracionales citadas son flexibles, dando la posibilidad de entrada y salida sin escollo alguno de sus miembros, posee normas de convivencia claras y democráticas con conciencia de sus problemas endógenos y exógenos, con predisposición para resolverlos por sí mismos o con ayuda de otros.

Al contrario, se considera “*enfermo*” cuando no se cumple esta serie de condiciones y el rol se etiqueta y se congela.

### El viejo que vive solo

Una de las causas de institucionalización del anciano, o de habitar solo, es la ausencia de familiares, o, cuando los hay, el hecho de que no se ocupan de él. Para no llegar a una residencia estos viejos se auto-convoacan para subsistir, elevando enormemente su autoestima y narcisismo, elementos defensivos indispensables para enfrentar sin ayuda las contingencias del entorno. Se abastecen, hacen quehaceres domésticos, mandados y trámites y si tienen familia, visitan a sus hijos u otros parientes cercanos, están en continuo movimiento energético, armonizados emocionalmente. En ciertos casos, el equilibrio existencial se rompe a raíz de un trastorno físico, psíquico o social de tal magnitud que los discapacita de tal manera que no pueden manejarse por sí mismos como lo habían hecho hasta ahora. Necesitan ayuda externa (familiares, asistencia social y gerontológica, acompañantes, vecinos, etc.), se vuelven dependientes; algunos de ellos cuando las condiciones del entorno son favorables son atendidos en sus propios domicilios; otros, en cambio, deben optar por trasladarse a pensiones, hogares de ancianos, etc., perdiendo sus atributos de autonomía.

El “*estar a solas*”, es decir, vivir solo sin tener la sensación de soledad, es una función psíquica considerada por muchos autores como “*normal*”, a diferencia de la soledad que es conceptualizada “*anormal*”. Está relacionada al mundo interno de los objetos, cómo han sido los vínculos primarios, la elaboración de las separaciones y pérdidas además de los conflictos emocionales posteriores. La otra cara de esta situación es la hiperdependencia con los seres queridos cercanos: no pueden tomar una distancia operativa válida, se aferran a ellos, les cuesta desprenderse, están apenados, viven a través de la mirada del otro, tienen fallas en la individualización. Este fenómeno se acrecienta en la vejez, cuando se desarrollan enfermedades crónicas, que producen discapacidad bio-psico-social.

En viejos que viven solos (viudas/os, separadas/os, solteras/os), es en los que se observan personalidades de tipo esquizo-paranoide, y en quienes aparecen actitudes peculiares: se aferran a cosas materiales (mobiliarios, decorados, etc.) o animales domésticos,

reliquias del pasado con alto voltaje emocional; se vuelven retraídos y desconfiados socialmente. Les cuesta mantener y establecer nuevas relaciones amistosas. Solo aceptan la ayuda de familiares directos del entorno si los hay; si estos vínculos emocionales se tornan disfuncionales pueden emerger procesos delirantes de tipo persecutorio (daño, robo, etc.). Por esta razón rechazan acompañantes que puedan vivir con ellos. Se apoyan afectivamente en pedidos y quejas permanentes, a veces sin sentido, intensificándose el círculo vicioso de desprotección a que han llegado. Con estos comportamientos negativos hacen sufrir a familiares cercanos que se hallan impotentes para resolver las demandas que se exteriorizan a través de dichas manifestaciones.

Los adultos mayores que viven solos, son los que menos conciencia tienen a la hora de pedir la ayuda que necesitan dado que siempre se han manejado con independencia, atributo que no quieren perder. La mayoría de las veces las decisiones estratégicas no provienen del propio anciano, sino de familiares. Estas podrían ser interpretadas por el anciano como inadecuadas para sus vidas, rechazándolas directa o indirectamente. El entrometimiento es vivenciado como falta de libertad, asfixia emocional, como una herida narcisista a su omnipotencia y autonomía. No quieren transformarse en inválidos sociales o depender de otros.

Ante la crisis económica que vive actualmente la Argentina, se están observando dos fenómenos fundamentales que afectan a las personas de la tercera edad, según la actitud que tomen frente a los problemas que les toca vivir.

En el caso de que traten de tomar una posición activa para defender sus intereses, puede presentarse un cuadro de stress que repercute negativamente en su salud.

Si por el contrario la actitud es pasiva o indiferente, se está observando un deterioro mental precoz en personas adultas mayores (entre los 55 a 65 años) que los lleva a una discapacidad y dependencia total.

### Posición de la familia ante el anciano solo

La soledad se diferencia de la vivencia de desamparo por ser esta última situación más profunda y dolorosa.

El desamparo se caracteriza por una sensación interna de total despoblamiento de objetos, vínculos afectivos y vacío interno, relacionado generalmente a estados de abandono traumático a nivel psíquico o depresivo profundos. Este fenómeno depende de la historia personal, cómo ha superado las experiencias primarias de acercamiento o pérdidas en sus relaciones protectivas.

El temor de los hijos a que “*les pase algo malo*” a sus progenitores mayores que viven solos les hace tomar, a veces, determinaciones apresuradas e inapropiadas, como por ejemplo: tratarlos como niños pequeños, retirarlos de su hábitat para ir a vivir con ellos; resolver una rotación filial cada 15 a 30 días en casa de cada familiar, con el sólido convencimiento de que todos los hijos tienen la misma obligación de cuidarlos. Por otra parte se sabe que la separación abrupta, cambiando de distintos lugares cuando los ancianos no desean hacerlo, puede agravar la situación, provocando despersonalización, disminución de autoestima, delirios, depresión, enfermedades psicosomáticas y muerte. En ciertos casos también genera entre los hijos disputas y conflictos emocionales difíciles de abordar.

Se observa a menudo que un solo hijo, entre varios, es el que se hace cargo del cuidado y protección de sus padres enfermos, con amor y abnegación, alegría y paz interior, del mismo modo que estos últimos lo hicieron cuando aquellos eran niños. Con su acción de amor filial completan el círculo de la propia existencia. Se cree que los hijos que no aman a sus padres mayores, que los han concebido, poseen conflictos emocionales y personales.

### Conductas de la adolescencia y su evolución hacia la vejez

En la adolescencia y pre-senescencia se detectan cambios y transformaciones de carácter y de identidad del sujeto, debido a la predominancia de separaciones y pérdidas.

En el primer período se producen fenómenos de independencia y de autonomía yoica, con reelaboración de vínculos afectivos padres / hijos, experiencias de “*estar a solas*” y búsqueda de nuevos espacios sociales. Es la salida de la etapa infantil de apego al hogar, comprobándose estados de afianzamiento afectivo, de identidad y aumento del nivel de conciencia. En cambio,

parecería que la salida de la pre-senescencia cerraría un círculo, la vuelta del individuo a lazos emocionales primarios, tendientes a la solidificación familiar, cuyo paradigma es la aparición de la tercera generación (nietos).

Los padres, que en esta época oscilan alrededor de 40-50 años de edad, se hallan en el medio del sándwich intergeneracional: Por un lado deben enfrentar y acompañar los procesos de separación juvenil (síndrome del nido vacío); luego elaborar sus propios problemas, derivados de la crisis de la media edad, resolviendo los recontratos matrimoniales. Además enfrentar su propio envejecimiento, con sus balances existenciales y, por otro lado, solventar y proteger las situaciones de involución de sus padres mayores (70 años), algunos de ellos con graves situaciones de discapacidad física, psíquica o social.

Por ello cuando un viejo consulta por problemas, debe desviarse la mirada hacia los hijos, que pueden estar necesitados de ayuda psicológica.

### La negación de la ancianidad

A todo lo largo de la historia de la humanidad, la ancianidad fue valorada y respetada como depositaria de la sabiduría nacida de la experiencia de vivir.

Hoy, a los inicios del nuevo milenio, nos encontramos con una realidad diametralmente opuesta: **nadie quiere llegar a viejo**. En nuestra insaciable cultura del consumo valoramos solo lo nuevo y solo lo joven. Lo que no lo es, se convierte en descartable. Hemos tomado el camino más fácil: el de la *negación* y marginación del anciano, lo que en rigor, es un mero mecanismo de defensa que se llama “*escapismo*”. Pero también, como no queremos ser viejos, nos proponemos “*parecer*” jóvenes. Nos vestimos, hablamos, actuamos como adolescentes, algunos tiñen sus canas o recurren a cirugías. Todos los signos de nuestro propio envejecimiento son tapados prolijamente.

Y sin embargo, negar la ancianidad es

- Negar el natural proceso del vivir
- Negar nuestra historia, la continuidad de la vida
- Renunciar a ser trasmisores de nuestras raíces

El Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, reafirma solemnemente la convicción de

que los derechos humanos se aplican plena e íntegramente a las personas de edad. Fue la Argentina el país que propuso en 1948, los siguientes *Derechos de la Ancianidad*: asistencia; vivienda; alimentación; vestido; cuidado de la salud física y moral; esparcimiento; trabajo; tranquilidad y respeto.

Sin embargo hoy, a pesar de las reformas constitucionales del '49 y del '57 que incorporaron los derechos de la ancianidad y la seguridad social, no se respetan plenamente en sus derechos humanos a las personas de edad, ya que: Los haberes jubilatorios son indignos; no se respeta el derecho al trabajo; no siempre los hijos prestan asistencia a sus padres ancianos; existen barreras arquitectónicas que limitan su movilidad y no tienen una participación equitativa en el ingreso nacional.

### Mitos y conceptos erróneos acerca del envejecimiento

*“Las personas mayores son improductivas y constituyen una carga para la comunidad y la sociedad, especialmente para la población trabajadora más joven”.*

*“Las personas mayores no saben aprender habilidades nuevas ni absorber información nueva y no necesitan educación o capacitación”.*

*“Las personas mayores son impotentes e incapaces de tomar decisiones sobre su vida propia”.*

*“Las personas mayores no se enamoran ni tienen relaciones sexuales”.*

*“Las personas mayores suelen ser débiles, frágiles, enfermas o discapacitadas”.*

*“Las personas mayores no disfrutan de la vida ni se divierten”.*

*“Las personas mayores son olvidadizas”.*

*“El tratamiento médico caro se malgasta en las personas mayores”.*

### Teoría del contacto

Cuando los progenitores han podido proteger, cuidar y acariciar *“piel a piel”* el cuerpo del recién nacido, en los primeros años de vida, se han realizado acciones es-

tructurales del núcleo esencial de las emociones del individuo. Esta modalidad afectiva de interacción primaria, se puede mantener con el correr de los años hasta la senectud. En cada momento de separación o pérdida puede emerger implícita o explícitamente dicha modalidad afectiva.

Los miedos, la violencia y la agresividad provocados por padres hacia hijos pequeños, producen efectos traumáticos contrarios a los descriptos: dolor e inseguridad emocional. Se producen cambios cualitativos negativos en el núcleo afectivo primario. Luego en la evolución vital del hombre, la repetición de conflictos produce disfuncionalidad en la estructura psíquica, fenómeno que claramente se visualiza en la vejez.

Por ejemplo, el sometimiento familiar y social a que es conducido el anciano: aguantar, no hablar, no decidir por sí mismo, no protestar de hechos que no desean. Se *“tragan”* pasivamente todo, sin poder digerirlo o proyectarlo ante el ser querido de su entorno: tienen inhibidas las ideas, sentimientos y actos.

Muchas de estas conductas *“de bloqueo afectivo”* se deben a miedos a perder el cariño o protección de sus allegados, defensa implícita ante la *“vivencia de desamparo”* o *“acciones de sobrevivencia”*.

En ciertas familias disfuncionales, el viejo se convierte *“en chivo emisario”* de los problemas ajenos a él, tratado como enfermo. En otras no disfuncionales, el viejo cumple roles importantes entre los que se destaca *“el abuelazgo”*. Su lugar es valorado en interacción con los demás miembros, contribuyendo al equilibrio y armonía familiares.

### Conclusiones

En el desarrollo del presente trabajo, se ha podido comprobar que uno de los costos de la modernización ha sido la marginación del anciano.

El ser humano evoluciona durante su vida en un entorno bio-psico-social, pasando por diferentes etapas, hasta llegar a la ancianidad y siempre dentro de un núcleo social, que es la familia, siendo ésta susceptible de perderse en la última etapa evolutiva.

Por ello es indispensable brindar una buena educación a los niños y a los jóvenes en cuanto a los valores y el

respeto a los derechos humanos del anciano. Es necesario preparar al ser humano para envejecer. Es exigible también promover la toma de conciencia de que el envejecimiento es *connatural* a los seres vivos y que, inevitablemente, todos llegaremos a ser viejos.

Todos los ancianos tienen, entonces, el derecho a que su propia familia, el conjunto de la sociedad y el Estado, los respeten, valoren y en la medida de lo necesario, los protejan cuando afrontan situaciones de carencia o enfermedad.

Tenemos un desafío: honrar la vida, valorándola en cada una de sus etapas y ofreciendo a los ancianos la asistencia y el respeto que requieren en el medio familiar y social. Sobrevivir como pseudo-jóvenes o marginar a los viejos, es asumir un proyecto contrario a lo único permanente en los seres humanos: **LA DIGNIDAD.**

### Bibliografía

Antonuccio, Osman N. "La salud mental en la tercera edad. Psicogeriatría". Editorial Sinopsis. Buenos Aires. 1992.

Antonuccio, Osman N. "Revista Argentina de Geriatria y Gerontología", Editorial Sinopsis. Buenos Aires, 1998.

Diccionario de Enciclopedia Microsoft Encarta 97. 1993-1996 Microsoft Corporation.

Eroles, Carlos. "Familia, conflictos y desafíos", Editorial CEOF (Centro de Estudios y Orientación Familiar). Buenos Aires. 1996.

Katz, Ignacio Fabio. "La Tercera Edad". Editorial Planeta. Buenos Aires 1992.

Salvarezza, Leopoldo. "La vejez". Editorial Paidós. Buenos Aires. 1998.

Salvarezza, Leopoldo. "El fantasma de la vejez". Editorial TEKNE. Buenos Aires. 1995.

Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria. "Envejecimiento activo". Laboratorios Roemmers. Buenos Aires. 1998.

# IMPLANTES DE TITANIO CON ELEVACIÓN DEL SENO MAXILAR Y SU RESPECTIVA REHABILITACIÓN CASO CLÍNICO (II PARTE)

**Jimmy Matiz Cuervo**  
Docente Odontogeriatría  
Docente Rehabilitación Oral  
Universidad Nacional de Colombia  
Certificación Implantología Oral  
Especialista en Docencia Universitaria  
Miembro ACGG

## Fase quirúrgica II

Para llevar a cabo esta fase, es necesario esperar durante ocho meses después de transcurrida la primera fase quirúrgica (colocación de implantes y elevación de seno maxilar) con el objeto de permitir una integración adecuada del injerto en el seno maxilar.

Durante este periodo de tiempo, se van realizando controles, tanto radiográficos como clínicos. Los primeros consisten en radiografías mensuales de seguimiento y los controles clínicos que se consideren necesarios.

Esta fase quirúrgica, consiste básicamente en ubicar el sitio de colocación de los implantes, para lo cual utilizamos la medida tomada en la fase quirúrgica inicial, se descubren totalmente con una incisión suprcrestal que permita una óptima visualización en el momento del ajuste del abutment (Figura 1). Una vez visualizamos el tornillo tapón, se retiran y procedemos a colocar los anillos de cicatrización en el receptáculo roscado del implante. Una vez hemos colocado todos los elementos, procedemos a la sutura de tejidos blandos y se debe esperar un mes para que el tejido blando circundante cicatrice alrededor del tornillo y poder realizar la etapa de rehabilitación (Figura 2).

## Fase de rehabilitación

Una vez ha sanado completamente la encía peri-implantar, se procede a ejecutar cada uno de los pasos que se enuncian a continuación:

- Colocación de tomillos de transferencia
- Impresión definitiva en silicona
- Posicionamiento de los análogos de implantes



*Figura 1*



*Figura 2*

- Vaciado de la impresión
- Registro de oclusión
- Montaje en articulador
- Encerado de estructuras metálicas
- Colado
- Prueba oral del metal

## Prueba de color en boca

## Cementado atornillado de las prótesis fijas en porcelana

En la fase protésica se requiere una cantidad importante de aditamentos que van a permitir la toma de registros para trasladar al articulador las posiciones dentales y mandibulares del paciente y realizar así los trabajos en el laboratorio sin la presencia del paciente.

Los elementos que inicialmente se manejan atornillándose a los implantes, son tornillos de transferencia, los cuales nos permiten obtener la dirección y posición exacta de los implantes tal como quedaron en el paciente. Inmediatamente se procede a tomar la impresión, para lo cual se utiliza un material de alta precisión, como son las siliconas.

Una vez obtenida la impresión, se retiran de boca los tornillos de transferencia, se posicionan con los planos guía en la impresión y se les atornilla los análogos de implantes que son elementos que van a quedar inmersos en el yeso a manera de implantes (Figuras 3 y 4).



Figura 3



Figura 4

El paso siguiente requiere entonces la presencia del paciente en consultorio, ya que se deben tomar registros de la posición dental y de la posición cráneo-mandibular para trasladar esas posiciones al articulador y trabajar con éste en el laboratorio.

Una vez se obtiene el montaje de los modelos superior e inferior, se procede a efectuar, sobre los modelos de yeso montados, los encerados de las estructuras metálicas que van a soportar la porcelana que será la rehabilitación final del paciente (Figura 5).

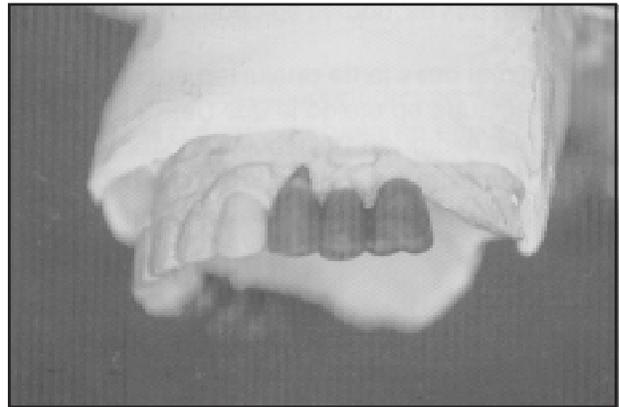


Figura 5

Estos encerados requieren de un proceso de laboratorio dispendioso y finalmente, por procesos de centrifugación, se obtiene el metal que debe ajustar perfectamente en boca y sobre los abutment que son los que van a sostener la porcelana final (Figuras 6 y 7).

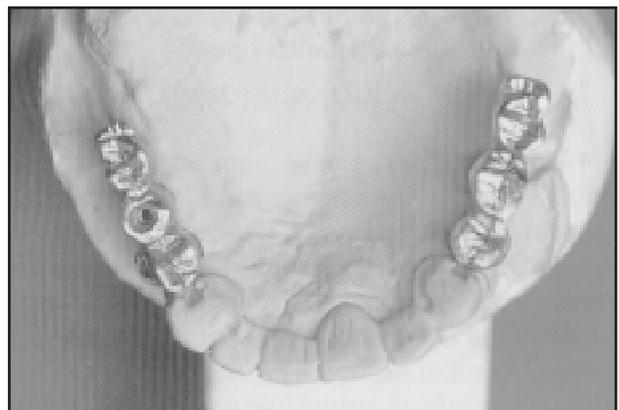


Figura 6

De esta forma se deben probar en boca del paciente para verificar su exactitud y dimensiones. Si esta prue-

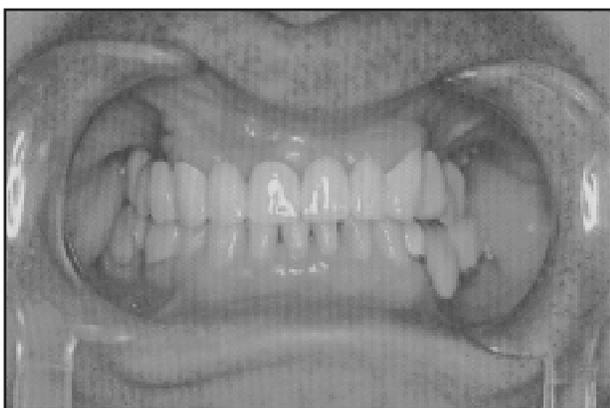


*Figura 7*

ba da resultados óptimos se procede a seleccionar el color de la porcelana la cual debe ser similar al color de los dientes presentes en el arco inferior del paciente buscando obtener la mejor estética posible.

Con la selección del color se envía nuevamente al laboratorio donde proceden a la colocación de la cerámica correspondiente, la cual debe ser nuevamente probada en boca para verificar su exactitud. Una vez se han realizado los ajustes y correcciones necesarios a la porcelana, se procede a devolverla al laboratorio para su acabado final.

Posteriormente se cita al paciente para cementarlas o atornillarlas en boca definitivamente (Figura 8).



*Figura 8*

El control y seguimiento del paciente debe ir precedido de una excelente higiene oral y en este caso en particular es recomendado el uso de unidades especiales para irrigación oral como complemento indispensable del aseo bucal.

Es importante aclarar que este es un tratamiento largo y dispendioso además de costoso pero los beneficios que recibe el paciente son enormes, ya que le permite disfrutar de una dentición casi natural sin necesidad de soportar el uso de puentes removibles o de prótesis completas de tan difícil manejo.

### Bibliografía

- 1- Beumer John-Lewis Steven. Sistemas de implantes Branemark. Espaxs 1991.
- 2- Babbus, Implantes Dentales. Interamericana, 1994.
- 3- Carl E. Misch. Implantología Contemporánea. Mosby / Doyma Libros 1995.
- 4- Echeverry Arias Mauricio y col. Oseointegración. Ediciones ECOE 1995.
- 5- Frederickson Edward y col. Implant Prosthodontics. Mosby 1994.
- 6- Jiménez-López Vicente. Prótesis sobre implantes. Mosby / Doyma Libros 1993.
- 7- McKinney Raiph V. Implantes Dentales Endoóseos. Mosby 1993.
- 8- Spiekermann Hubertus. Atlas de Implantología. Masson, 2000.
- 9- Ringe Malvin. Historia de la Odontología. Doyma 1989.

## DERMATOLOGÍA EN EL ALTAR DE ISENHEIM

**Francisco González López**

Geriatra Clínico, Universidad de Caldas, Manizales  
 Profesor de Historia de la Medicina y Medicina Interna

---

Matthias Neihardt Gothardt, más conocido como Grunewald (1475 – 1528), fue uno de los exponentes del Renacimiento del norte de Alemania al lado de Alberto Durero y Lucas Cranach, que permaneció relativamente desconocido hasta el siglo XX. De su obra se ha afirmado que «abraza la vida íntegra con un gran contenido espiritual sin las excitaciones psicológicas de la realidad»<sup>1</sup>. Actualmente se han clasificado unas 13 pinturas de las cuales solo tres están firmadas, y unos 40 dibujos. Fue pintor de la corte de Alberto de Brandemburgo, arzobispo de Maguncia.

Una de sus obras más reconocidas, y equiparada incluso, con trabajos pictóricos de la talla de las estancias Vaticanas de Rafael y de la Capilla Sixtina de Miguel Ángel, fue el Retablo para el coro de la iglesia del monasterio de san Antonio de Isenheim en Alsacia, pintado entre los años de 1512 y 1516, actualmente expuesto en el museo Comunal de Colmar en Francia, donde termina una historia de varios siglos de desconocimiento sobre su autor y que por muchos años fue atribuida al mismo Durero. La obra constituye un políptico de tres partes alineadas en forma vertical: cada una compuesta por un par de alas movibles y una fija que permitían que el retablo se abriera y reabriera sobre el mismo para recrear las fiestas religiosas a lo largo del año: en la superior la escena de la Crucifixión y en las alas, san Sebastián y san Antonio Abad; en la intermedia, la Natividad y en las laterales la Anunciación y la Resurrección. En la inferior, las alas están dedicadas, la izquierda a san Antonio el Ermitaño y san Pablo, y la derecha a Las tentaciones de san Antonio «una visión salvaje de los monstruos desencade-



nados contra el santo que tratan de extraerlo de su misión contemplativa en un furioso embate de contaminación pecaminosa»<sup>2</sup>.

La veneración a san Antonio durante el medioevo europeo produjo una gran profusión de iglesias y conventos erigidos para testimoniar las curaciones milagrosas atribuidas al santo eremita de la intoxicación con el cornezuelo del centeno, denominado ergotismo, «fiebre de san Antonio» o «mal de los ardientes» de común ocurrencia entre los siglos IX y XII, y que produjo una devastadora enfermedad con amputación de las extremidades por necrosis de curso rápido y en muchas ocasiones fatal. En el altar de Isenheim la figura del santo se repite en varias ocasiones, pero la que más ha llamado la atención de los investigadores de medicina en el arte, muestra al ermitaño presa del ataque de los monstruos en una lucha sin tregua entre el bien y el mal. La escena de ángeles y demonios es observada desde el cielo por el Creador en clara alegoría del triunfo de las cortes celestiales sobre la enfermedad y la muerte.

Uno de los demonios, al parecer la avaricia, se materializa en un monstruo que muerde la mano derecha del santo. En primer plano a la izquierda yace una figura humana con múltiples lesiones pustulosas en toda su superficie corporal y pies palmeados. La causa de su apariencia ha motivado desde siempre la discusión de los expertos: para unos (Martín, 1921, Díaz Soto de Mazzei 1976)<sup>3</sup> se trata de un enfermo sifilítico; para otros, una víctima del fuego sagrado de San Antonio, o de un demonio de la peste negra (De Fiore, 1988) enfermedad que asoló varias ciudades del Viejo continente y que Grunewald observó de primera mano.

Sin embargo, con ayuda de especialistas en dermatología, es posible determinar la «real» apariencia de las lesiones tumorales con ulceraciones necróticas diseminadas en todo su cuerpo, con la descripción de «tomates podridos», una de las etapas de la micosis fungoides.

Las micosis fungoides y el síndrome de Sézary son neoplasias malignas de linfocitos T que inicialmente se presentan como una complicación de la piel, por lo que se han clasificado también como linfomas cutáneos de células T<sup>4</sup>. El pronóstico se basa en el grado (etapa)



de compromiso al momento de su presentación: la progresión característica comienza como una placa eczematosa que cubre menos del 10% de la superficie corporal (T1), luego evoluciona a una lesión en forma de placa que afecta a 10% o más (T2) y, finalmente, se desarrollan lesiones tumorales (T3), que con frecuencia sufren ulceración necrótica. El síndrome de Sézary es una forma avanzada de micosis fungoides con eritrodermia generalizada (T4)<sup>5</sup>.

«Durante la etapa T4 la causa más común de muerte es la sepsis por *Pseudomonas aeruginosa* o *Staphylococcus aureus* debido a infecciones crónicas de la piel. Por lo general, el diagnóstico histológico de la micosis fungoides y el síndrome de Sézary es difícil de hacer en las etapas iniciales de la enfermedad; puede requerir la revisión de biopsias múltiples por un patólogo experimentado»<sup>6</sup>. Las terapias tópicas con mostaza nitrogenada, carmustina, psoralen y radiación con Puva, o sistémicas con alfa interferón, producen remisión, pero la curación es poco común y sólo puede lograrse en la primera etapa de la enfermedad. Por tanto, el tratamiento se considera paliativo para la mayoría de los pacientes, aunque regularmente se logra una mejoría sintomática importante.

La observación dermatológica no se detuvo y por el contrario, las hipótesis basadas en el realismo de la pintura de Grunewald motivaron en 1994 a Happle R.<sup>7</sup> a proponer un cambio del epónimo del nevus de Sutton, por el de nevus de Grunewald dada la magnífica



***Micosis fungoides y halo nevus en un retablo del siglo XVI; diagnósticos en enfermos sin EPS.***

representación del halo nevus en la piel de otro de los monstruos que ataca a san Antonio, con lesiones hipopigmentadas con una zona central hiperpigmentada, precisamente la característica ignorada por Sutton en su descripción original en 1916 del «leucoderma adquisitionum centrifugum»<sup>8</sup>.

El halo nevus es una lesión melanocítica rodeada de un halo despigmentado diferenciable de la piel normal. Es relativamente común en niños y en adolescentes y su presentación en ancianos debe obligar a descartar un melanoma superficial con despigmentación circundante. Frecuentemente se presenta como un cuadro de lesiones múltiples, y suele acompañarse de anticuerpos antimelanocitos circulantes detectados en una proporción de los pacientes, pero su papel en el desarrollo y subsecuente desaparición del nevus no está plenamente establecida<sup>9</sup>. Su aparición y progresión son características: un halo despigmentado aparece antes del nevus melanocítico y su frecuencia aumenta durante los meses de verano cuando el resto de la piel ha adquiri-

do un tono bronceado. El tronco es el sitio más afectado y varias lesiones pueden desarrollarse en forma simultánea. En el transcurso de varios meses el nevus central desaparece gradualmente dejando un área macular de piel hipopigmentada que puede persistir por años antes de retornar al color normal. Se recomienda el rasurado antes que la excisión, particularmente si las lesiones son múltiples. Se sugiere la protección de la luz solar de las áreas despigmentadas debido a la pérdida de melanocitos.

### **Bibliografía**

- 1- Knapp F. Grunewald. In Testori G. L'opera completa di Grunewald. Milano. Rizzoli Editore. 1972. 13.
- 2- Testori G. L'opera completa di Grunewald. Milano. Rizzoli Editore. 1972. 93.
- 3- Diaz Soto de Mazzei ML. La historia de la medicina y el arte. Buenos Aires. Librería El Ateneo. 1976. 93.
- 4- Siegel RS, Pandolfino T, Guitart J et al. Primary coetaneous T-cell lymphoma: review and current concepts. *Journal of Clinical Oncology*. 2000;18(15): 2908-2925.
- 5- Zackheim HS, Amin S, Kashani-Sabet M et al. Prognosis in coetaneous T-cell lymphoma by skin stage: long-term survival in 489 patients. *Journal of the American Academy of Dermatology* 40(3): 418-425, 1999. de Coninck EC, Kim YH, Varghese A et al.: Clinical characteristics and outcome of patients with extracutaneous mycosis fungoides. *Journal of Clinical Oncology*.2001; 19(3): 779-784.
- 6- Jones GW, Rosenthal D, Wilson LD: Total skin electron radiation for patients with erythrodermic coetaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides and the Sézary syndrome). *Cancer* 1999; 85(9): 1985-1995.
- 7- Happle R. Grunewald nevus. *Hautartz* 1994 Dec; 45 (12): 882-3.
- 8- Sutton RL. An unusual variety of vitiligo (leucoderma adquisitionum centrifugum). *J Cutan Dis*. 1916; 34: 797-801.
- 9- Zabawaski EJ, Cockerell CJ. Depto. de Dermatología, división de Dermopatología de la Universidad de Texas. 2002.

## EFEMÉRIDES

Retomamos, con ocasión de dar inicio a esta sección, con la cual renovamos estas páginas, apartes del artículo publicado por el doctor Raúl Ramírez Forero (Editorial del Vol. 16 No. 3), médico geriatra, en el cual hacía una semblanza del doctor Guillermo Marroquín Sánchez, fundador de la Sociedad Colombiana de Gerontología y Geriatria, y padre de ambas especialidades en Colombia. Este material se distribuirá en los cuatro números que se editarán en el año 2003 y esperamos, desde luego, que sea del total agrado de nuestros lectores, quienes encontrarán en estas páginas, testimonios de la historia de la asociación.

El Doctor Marroquín abrió el camino y señaló la ruta de esta organización científica, estructurando los cimientos con bases sólidas y con gran visión del futuro. Por



su vocación profunda de servicio y de lucha, supo que iba a construir una obra que requeriría de toda su energía. Esta dedicación la ofreció a la Gerontogeriatría nacional e internacional. Estas no son palabras producto de la emoción o admiración del gran compañero, amigo, co-

lega o alumno sino producto de la verificación de hechos y frutos realizados por él y de los cuales como testigo presencial estoy dando crédito. Es el merecimiento a su labor en beneficio de un segmento de la comunidad desprotegido y olvidado, no solamente por la sociedad y la familia sino por el estado: Los viejos. A ellos ofrendó y dedicó su vida.

En España, donde ingresó al Hospital Geriátrico de la Cruz Roja de Madrid de San José y Santa Adela, bajo la dirección del eminente Profesor Blanco Soler, no solo la Geriatria sacudió las fibras de sus anhelos y esperanzas: a su corazón llegó el dulce toque del amor. Conoció a quien sería su amantísima esposa, su compañera



de todas las horas de su vida, Luz Ángela Gómez, una psico-pedagoga que adelantaba estudios de post grado de Bioquímica en la Universidad Central de Madrid.

Digno de mención es señalar el fervor y la pasión por su profesión. Guillermo transmitía y contagiaba no solamente a sus seres queridos más cercanos, su esposa y sus hijos, sino a profesionales que mostraran interés de participar e ingresar a su mundo laboral dispuestos a participar en todos los aspectos para atender las necesidades que demanda la población senescente. buido con sus escritos y conferencias sobre temas odontológicos aplicados al geronte.



## EVENTOS

Primer Congreso Internacional de Longevidad Satisfactoria: Visión Integral: El mayor reto del hombre en el nuevo siglo. La Habana, Cuba, 21 al 25 de abril de 2003. Para inscripciones y más información diríjase a las estas direcciones de correo electrónico [longevidad2003@infomed.sld.cu](mailto:longevidad2003@infomed.sld.cu) [ameca@ceniai.inf.cu](mailto:ameca@ceniai.inf.cu)

Pan American Congress of Gerontology. Buenos Aires, Argentina, abril 30 a mayo 3 de 2003. Informes en estas direcciones de correo electrónico [sagg@connmed.com.ar](mailto:sagg@connmed.com.ar) y [sagg@intramed.net.ar](mailto:sagg@intramed.net.ar) Web site [www.sagg.org.ar](http://www.sagg.org.ar) las comunicaciones postales y telefónicas serán dirigidas a la S.A.G.G. San Luis 2538 - C1056AAD Buenos Aires Argentina Telefax (54-11) 4961-0070/1042/6814

Quinto Congreso Europeo de Gerontología. Barcelona, España. Julio 1 al 6 de 2003. Informes en esta dirección de correo [segg@segg.org](mailto:segg@segg.org) y en [www.eriag.com/barcelona2003](http://www.eriag.com/barcelona2003)

Segundo Congreso de la Sociedad de Medicina Geriátrica de la Unión Europea. Agosto 27 al 30 de 2003. Pallazzo dei Congressi, Florencia, Italia. Mayores informes en esta página en Internet [www.mfgroupe.com](http://www.mfgroupe.com) o en esta dirección de correo electrónico [congres@mfgroupe.com](mailto:congres@mfgroupe.com)

Congreso Internacional de Geriatria y Gerontología (COMLAT – IAG) Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile, Comité Latinoamericano de Geriatria – COMLAT, Asociación Mundial de Gerontología – IAG. 3 – 6 Septiembre de 2003 Hotel Crowne Plaza, Santiago – CHILE. Contacto: Tajamar Congresos y Eventos Sra. Luisa Martinez. Mail: [lmartinez@tajamar.cl](mailto:lmartinez@tajamar.cl) Fono: (56 2) – 336 8165, fax: (56 2) – 233 2996.

Semana de la Osteoporosis en Colombia. Mayo 28 a junio 1 de 2003. Hotel Hilton, Cartagena de Indias. II Congreso Colombiano de Osteoporosis – Enfermedad Metabólica Ósea. Mayores informes en ACOMM, carrera 16A Nº 77-11, Oficina 503, Bogotá, D.C. Teléfonos: (1) 6181244 - 2574858, fax: 2184804. En internet: [www.congre-medint.org.co](http://www.congre-medint.org.co) - Correo electrónico: [acommm@tutopia.com](mailto:acommm@tutopia.com)

## NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Próximamente saldrá al mercado la segunda edición del libro "Talleres Recreativos para el Adulto Mayor", en el cual se plantea la recreación gerontológica.

El libro consta de veintiséis temas que hacen referencia a la teoría recreativa. En el área de aplicación incluye más de cien actividades propias para el anciano con un enfoque metodológico que garantiza la adquisición de conocimientos, medibles y prácticos, para el mejoramiento de la calidad de vida.

Algunos de los temas son:

- Actividades físico-deportivas
- Actividades manuales
- Actividades artísticas
- Laborterapia
- Servicio social

El libro es una excelente herramienta para gerontólogos, directores de instituciones geriátricas, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería y todas aquellas personas dedicadas al cuidado del viejo.

Para los interesados en obtener mayor información, o adquirir el libro, favor comunicarse con el señor Julio César Murillo, autor del mismo, a los teléfonos 2497948 y 2488454 de la ciudad de Bogotá.