

Editorial

Fragilidad. ¿Un estado biológico y una construcción sociocultural del cuerpo?

Contenido

- Fragilidad, salud, bienestar y seguridad social.
- ¿Serán las gerontópolis la nueva urbanística en México? El diálogo y dialéctica entre profesionales de la salud, arquitectos, ingenieros y profesiones afines en la prevención del síndrome de fragilidad del adulto mayor.
- Fragilidad en el adulto mayor, un reto para la prevención en la atención primaria.
- Prospectiva de los adultos mayores: La fragilidad.
- Fragilidad en el adulto mayor y su relación con calidad de vida.
- Inmovilidad, un factor de riesgo para el desarrollo de la fragilidad y cómo poder evitarla.
- Actividad física como prevención de la fragilidad.
- Aspectos que conforman la prevención de la fragilidad nutricional.
- Sarcopenia como factor de fragilidad en el adulto mayor.
- Factores que influyen en la fragilidad del adulto mayor.
- Fragilidad, ¿un problema solo de personas adultas mayores?
- Fragilidad en el adulto mayor desde el aspecto psicológico.
- Adherencia a un programa de ejercicio físico para la prevención de fragilidad.



- Notas.
- Información para autores.
- Ubicación de la U.I.S.E.S.S.
- Directorio I.M.S.S.
- Agradecimientos.

Fragilidad. ¿Un estado biológico y una construcción sociocultural del cuerpo?

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha.
Investigadora U.I.S.E.S.S.

Palabras clave: Fragilidad, cuerpo, salud.

El cuerpo humano ha sido objeto de percepción, discusión y reflexión a lo largo de la historia de la humanidad. En la actualidad, la importancia del cuerpo en la vida contemporánea se presenta como lugar donde las dinámicas sociales se asientan introducen y definen. De forma paralela la sociedad se asume como un orden en el que el cuerpo circula, se mueve, encuentra sus espacios y establece distintas maneras de conformarse, para ponerse en escena de acuerdo con los contextos social e histórico en los cuales se desenvuelve. El cuerpo se ha convertido en el lugar reglamentado y de autorregulación a partir de distintas instancias institucionales (de salud, laborales, ciudadanas), prácticas en que los sujetos le han apostado al establecimiento del orden social y distintas formas de significar y resignificarse en la esfera cultural. Aquí, el símbolo del mundo moderno y la atención a su salud. Siguiendo a Foucault, un cuerpo dócil a las órdenes instrumentales, que sirve a la modernidad a través de conocerlo y dominarlo. En este sentido es un cuerpo sometido a una tecnología política, una especie de microfísica del poder que le es impuesta como estrategia en la dinámica de atención.

La fragilidad alude a la experiencia biológica, emocional y sociocultural por tanto de utilidad social. Este texto reseña una serie de reflexiones que giran en torno al cuerpo con fragilidad, por tanto se trata de un cuerpo envejecido, deteriorado, así vulnerable dependiente con malestar, sufrimiento, sometido y vigilado por la institucionalización, donde existe de acuerdo a su clasificación su curso como lo esperado o desviado. Así el conocimiento médico califica y legitima esta existencia, y evalúa su actuación, del sujeto con fragilidad de acuerdo a estándares de interacción con diferentes profesionales, en alimentación, actividad física, control de una pluripatología (control de la glucosa, de la presión arterial, de las grasas, etc.). Entonces se trata las relaciones de poder y las construcciones socioculturales que hacen los sujetos del equipo de salud que los atienden a partir de ese contexto.

Como señala Pedraza, hoy la medicalización de la vida que trajeron la medicina clínica y la perspectiva preventiva ha sido ampliamente discutida (Foucault 1963, Lenzen 1991, Lupton 1994). Sus consecuencias se relacionan con el hecho de haber enriquecido el valor semántico del cuerpo, porque aglutina salud, energía, producción, estética y sensualidad, pero más que nada porque por su intermedio acumula capital simbólico. A esta aglutinación ha contribuido la medicina preventiva que define sus rasgos ideales y las prácticas que permiten acercarse al modelo sugerido. Asimismo, a través del compromiso del cuidado que integran una actitud preventiva que se extiende a todas las facetas de la vida personal familiar y social. Así este discurso penetró en la intimidad del individuo para comprometer su subjetividad con su estado de salud. El discurso salubrista como estrategia binaria, en comportamiento riesgoso o conveniente a la salud y juzgarlo según la ética del imperativo individual de ser saludable. Así los aspectos más diversos se recubren de un denominador común que los hace compatibles: el riesgo que apunta al individuo, pues el discurso médico solo concibe la sociedad como

resultado de la sumatoria de conductas personales. Se ciñe a su objeto el cuerpo, haciendo abstracción de todo entorno con los demás, pues pasa a ser de incumbencia particular. Este proceso es el pensamiento probabilístico, es decir considerar los factores de riesgo que encierra la vida y actuar en consecuencia. El único orden verdaderamente detallado es el de los géneros y las edades (Pedraza, 1999:166-196).

Esta autora señala que en América Latina (AL) se identifican 2 tendencias en la institucionalización de la atención a la salud.

1ª Tendencia, conformada por la extensa temática de la educación y su desarrollo en la escuela. En ella se ha estudiado el papel de la asignatura de educación física desde el siglo XIX y se ha analizado en el contexto de la consolidación de los Estados nacionales como un escenario en el cual el cuerpo adquiere usos y significados variados y de tecnologías discursos y conocimientos que interactúan políticamente.

2ª Tendencia múltiple a expresiones de intervenciones y experiencias de carácter estético que suceden en el mundo contemporáneo. El consumo y el hedonismo que ambientan los escenarios para tales experiencias y de su sentido. En este terreno se reconoce que los componentes emocionales y subjetivos de la experiencia afloran como recursos políticos para los más diversos grupos, que puede situarlos en el margen o excluirlos al instaurar un orden corporal racionalista que en este ambiente estético tienen una oportunidad.

A medida que avanza la segunda parte del siglo XX, una serie de fenómenos sociales modifica la comprensión y el uso social del cuerpo. Esta evolución se vio sustentada con la expansión del capitalismo y por discursos y prácticas orientadas a activar formas corporales que estimulan los principios de productividad, salud, gobernabilidad y emocionalidad. Se ha pasado del valor de la experiencia corporal, a los argumentos subjetivos. Como norma de desarrollar las dimensiones sensibles en la educación de los argumentos donde se gestan las versiones de los derechos a la salud, del bienestar del desarrollo humano de la calidad y el estilo de vida en el mundo contemporáneo, para la sociedad de la experiencia, el movimiento gana valor como práctica de bienestar. El ejercicio corporal, en particular, es una habilidad de la condición humana que emplea las aptitudes del cuerpo para realizar diversos movimientos y representa una de las modalidades más significativas y gozosas en la evolución humana (Pedraza, 2008). En estas tecnologías insertan a la conciencia, el autoconocimiento, la expresión del sí mismo y la autocomprensión. Se prefieren modelos comprensivos de los aspectos físicos con bases de reacciones biológicas. Esta educación somática propende una concepción integral de la vida, cuyo principio de acción es formar individuos conscientes de su condición orgánica.

Esta posibilidad se basa por reconocer formas de conducta de vida que responden a la propia elección y al convencimiento personal, lo que

también es un recurso. Un consumo donde adquiere pleno sentido desplegar facetas antropológicas que exponen la actividad subjetiva corporal. Donde cabe destacar, la intención crítica para la recreación con el ordenamiento moderno. Esta situación ha permitido la promulgación de derechos culturales. El derecho a la recreación y permitir el uso de aptitudes y el desarrollo de otras, la producción, la expresión o cualquier posibilidad de la creatividad humana que dotan de sentido la existencia y colman la expectativa de bienestar como principal indicador de la realización de la vida humana en su modalidad ciudadanía. Alcanzar una cultura cosmopolita e intercultural que admita variabilidad de la conducta humana y descolonice la norma que la rige en un proyecto en el cual las diferentes expresiones y experiencias de la creación adquirirán un sentido simbólico, social y cultural renovado al acoger las diversas y divergentes experiencias estéticas de la condición humana contemporánea.

Desde estas premisas, escribir sobre fragilidad, no es escribir un tratado de fisiología de las enfermedades de los ancianos o sobre el miedo al envejecimiento. Incluye el análisis histórico de la organización espacial de los cuerpos. Los contornos principales se formularse como sigue:

- 1) Para el individuo y el grupo, el cuerpo es simultáneamente un entorno (parte de la naturaleza) y un medio del yo parte de la cultura. El cuerpo se halla, de manera fundamental, en la coyuntura del trabajo humano y por ello, críticamente en la coyuntura de la especie humana entre el orden natural del mundo y su ordenamiento cultural. La transacción entre la naturaleza y la sociedad puede verse, entonces, en términos del cuerpo, como fisiología (ambiente interno). La naturaleza externa, interpretaciones simbólicas, contenido y regulación de estas actividades de comer, beber y dormir están sujetos a interpretaciones simbólicas y a la regulación social. Entonces el cuerpo como una apariencia externa de interpretaciones y representaciones, y como un medio interno de estructuras y determinaciones.
- 2) En correspondencia con la división interno/externo, siguiendo a Foucault, entre el cuerpo poblacional de los individuos. Se ha argumentado que en la cultura occidental el sitio del deseo es el cuerpo interno, el cual tiene que ser controlado por las prácticas racionalizadas del ascetismo y el régimen médico. De forma similar, el cuerpo del individuo es regulado y organizado en interés de la población. El control de la sexualidad es la ilustración más obvia. Ninguna sociedad abandona la reproducción social a la libre elección de los individuos. Aunque en la sociedad moderna el comportamiento sexual con frecuencia se manifiesta como la libre elección del ciudadano consumidor privado, existen regulaciones relativas al aborto, el infanticidio, la ilegitimidad, la homosexualidad y la prostitución. Una sociología política (lucha autoritaria en torno al deseo).

- 3) El cuerpo yace en el centro de las luchas políticas. Por ejemplo, las diferencias entre hombres y mujeres (en funciones reproductivas), la identidad y la personalidad genéricas tienen que insertarse en la fisiología por conducto de la socialización a partir de roles e identidades específicos. Similarmente, los conceptos de "juventud", "infante" o "jubilado" son productos culturales de cambios históricos en la organización de la sociedad occidental (Aries, 1962). En consecuencia, el cuerpo -su carácter, estructura y desarrollo- suministra una metáfora básica de la teorización social premoderna nociones tales como "política del cuerpo", gerontología, gerontocracia, patrimonialismo y patriarcado.
- 4) La teorización sociológica establece que el cuerpo es el vehículo para las actuaciones del yo y el blanco de los rituales de degradación de la exclusión social.

Una sociología del cuerpo deberá recordar que la teoría sociológica está organizada en un conjunto de contrastes perennes: Acción y estructura, individuo y sociedad, naturaleza y cultura, mente y cuerpo. Las soluciones a estos contrastes -voluntarismo y determinismo-. Podemos ejercer la acción, pero lo hacemos en el contexto de limitantes estructurales. Somos individuos, pero nuestra individualidad es socialmente producida. Los seres humanos, en tantos sistemas orgánicos, son parte de la naturaleza, la "naturaleza" es asimismo un producto de la cultura. Somos seres conscientes, pero esa conciencia solo puede ser llevada a efecto a través de la corporeidad. Aunque toda sociedad tiene un gobierno del cuerpo, hay siempre resistencia y protesta.

La experiencia corporal del bienestar

En la medida en que la experiencia que vincula el cuerpo con la conciencia, la sociedad de la experiencia, que propone Pedraza el movimiento gana valor como práctica de bienestar (Pedraza, 2009). En estas tecnologías al trabajo corporal y específicamente se afecta la cenestesia para despertar la conciencia, el autoconocimiento, la expresión del sí mismo y la autocomprensión.

Sí, el saber del cuerpo es un asunto de situación, noción que implica el cuerpo abierto al sentido, al cuerpo subjetivo. No es un instrumento de la conciencia sino una lógica vivida. Es así que la intencionalidad corporal de la que habla Ponty debe leerse como acto de existencia, como proyección en el mundo que es principio de individuación. El cuerpo, pero de diálogo del sujeto consigo mismo, con los otros y con el mundo. Dimensiones que son fundamentales de la subjetividad: Para comprender el placer y el dolor, el sufrimiento y el bienestar y la felicidad.

4 Contenido

Ensayo

Fragilidad, salud, bienestar y seguridad social

Dr. Javier E. García de Alba.
Director de la U.I.S.E.S.S.

Recibido: 05/Dic/2016

Aprobado: 16/Dic/2016

Palabras clave: Vejez, fragilidad, salud.

La fragilidad incluye pérdida de peso, debilidad, fatiga, dolor, depresión y caídas, como signos y síntomas del declinar físico y mental en el adulto mayor, donde se evidencia: Un bajo nivel de actividad, pobre resistencia cardiovascular y bajo desempeño bio-psico-social (Boockwar y Meier.2006).

Sin embargo, la fragilidad como la vejez, como conceptos, varían considerablemente tanto en los profesionales como en la población lega. A pesar de ello en ambos saberes, hay consenso sobre la importancia del papel que juegan la salud, el bienestar y la felicidad en este periodo final de la vida como elementos de la vitalidad de los adultos mayores en el mundo.

Para los norteamericanos, la vejez tiene que ver con la optimista agencia de conservar un cuerpo saludable y activo, en cambio para los asiáticos la vejez se asocia con un ciclo que deviene en un declinar físico y mental.

Sin embargo, la fragilidad representa la encarnación del cambio constitutivo que define la vejez (Laz.2003), que se expresa de diversas maneras: Para los vietnamitas es una deficiencia cualitativa de las fuerzas física y mental; en Tanzania, los viejos consideran a la fragilidad como una condición temporal de la cual se podrán recuperar, algo así como cuando ocurre una fractura (Manderson y cols (2016). En México la fragilidad en la población general se asocia con “debilidad”, “pérdida de las fuerzas”, “pocas ganas de vivir”, etc.

Dado que la fragilidad se va instalando en el diario acontecer de las personas, de manera lenta e insidiosa, existe una relativa conciencia de ello. Sea por parte del individuo que la padece y que eventualmente cobra consciencia de su frágil corporeidad, cuando afronta situaciones donde alguna de sus dimensiones bio-psico-sociales, tienen que salir delante de manera eficiente o por parte de la familia que lo acoge al notar los cambios en su desempeño relacional, el cual es juzgado de acuerdo a las reglas, costumbres y tradiciones de la cultura donde se desarrollan.

En fragilidad, juega un papel importante el género, la generación (donde se incluyen las relaciones de parentesco), categorías que se ponen en juego, durante relaciones sociales de trabajo y de cuidado, que indudablemente pueden acelerar, atenuar e inclusive prevenir la fragilidad en el adulto mayor.

Al efecto, consideramos que dado que la salud no puede darse en un vacío social, una relación social, de horizontalidad, solidaria y recíproca, además de promover la salud, puede prevenir la fragilidad en el adulto mayor, al evitar su marginalización, mejoraría su salud y cuidado y por ende el control y la no agravación de alguna comorbilidad o de los riesgos adquiridos a lo largo de su existencia.

Lo anterior es debido al incremento de la salutogénesis, concepto acuñado por Aarón Antoniosky (1996), que pretende contestar a la pregunta, ¿cómo podemos mantenernos sanos? y ¿cuáles son las fuentes de salud en cada individuo? Ya que en las mismas circunstancias, una persona puede mantenerse sana y otra no!

Estas preguntas sobre la salutogénesis. Históricamente surgen, ante el gran desarrollo de las visiones: diagnóstica y terapéutica, que se han encaminado a proporcionar respuestas cada vez más exactas sobre la causalidad de los procesos anatómicos, fisiológicos y fisiopatológicos del Ser Humano. Pero que paradójicamente han traído, a su vez, la consecuencia negativa, de mermar la visión integral del ser humano, haciendo que se olvide o no se tome en cuenta, nuestra propia capacidad salutogénica (de auto-promovernos salud), enfoque que dejó de ser materia de estudio, por el avasallamiento que impone en la sociedad de consumo, la búsqueda de explicar todo aquello capaz de enfermar al hombre.

Esto significa que la salud puede y debe ser constantemente recreada, sin olvidar que al mismo tiempo, junto con su pérdida, la salud-enfermedad forma parte de un proceso natural y omnipresente, donde el caos (entendido como no linealidad) y el estrés (como búsqueda del equilibrio), forman parte de la condición vital.

En sus estudios, Antonovsky define la existencia de “Recursos Generales de Resistencia” (RGRs), como ciertos factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Estos son: conocimiento y experiencia, autoestima, hábitos saludables, compromiso y apoyo social, capital, e inteligencia, tradiciones y visión de la vida. Elementos que dan un sentido de coherencia (SC), para poder construir un mundo subjetivo, percibido como: continuum, comprensible, manejable y significativo, donde el SC de cada individuo facilita el movimiento hacia la salud, la confrontación con estresores (personales y colectivos), en función de su significado y en la creencia de lograr cambios con los propios recursos para lograrlo.

Como se puede observar, Antonovski plantea la importancia de la agencia individual en la salutogénesis, sin embargo es primordial señalar que son los determinantes sociales, o sea las causas de las causas, los que amplían o reducen los recursos grupales e individuales para alcanzar la salutogénesis.

Situación que pone de relieve a la Seguridad Social, como mediador y distribuidor de riqueza y bienestar poblacional en la consecución de los elementos necesarios para el desarrollo de esta agencia, en el mayor número de personas, de tal forma que la salutogénesis no sea el anecdótico producto de una voluntad individual, sino el resultado garantizado de aplicar satisfactores con un sentido socialmente justo y humano.

Referencias

Bockwar KS, and Meier D.S. Paliative care for frail older adults. JAMA. 2006. 296(18):2245-2253.

Antonovsky. A.the salutogenic model as a theory to guide health promotion. health promotion international. 1996. 11(1): 11-18.

LazC. Age embodied. Journal of Aging Studies. 2003. 17(4):503-519.

Van Eeuwijk P and Obrist B. Becoming Old and Frail in coastal Tanzania. In: Manderson L, Cartwright E, Hardon A. The Routledge handbook of medical anthropology. Routledge. New York. 2016. Pp189-192.

Ensayo

¿Serán las gerontópolis la nueva urbanística en México? El diálogo y dialéctica entre profesionales de la salud, arquitectos, ingenieros y profesiones afines en la prevención del síndrome de fragilidad del adulto mayor

Dr. Juan Enrique Sánchez Ochoa.

Médico eventual I.M.S.S. Psicólogo. Filósofo.

Mtro. en Psicología Analítica y en Terapia Familiar Sistémica.

Doctor en Ciencias del Desarrollo Humano.

Doctor en Metodología de la Enseñanza.

Recibido: 09/Dic/2016

Aprobado: 16/Dic/2016

Palabras clave: México, fragilidad, ancianos.

Antaño se hablaba y se describía poéticamente dentro del folclor europeo ante la vista del caminante de encontrarse en sus calles con "sus abuelitos al sol" ⁽¹⁾. En los próximos años, de manera gradual e inexorable, en México, la mayor parte de la población será anciana. De acuerdo a las proyecciones de población en México, se estima por la CONAPO que la población será para el año de 2050, la de un país donde vivirán más de 36 millones de personas mayores de 60 años, mientras que el segmento de la población de entre 15 y 29 años, será de solo 27.9 millones. ⁽²⁾

En tanto el abordaje actual a este asunto que pudiese parecer a futuro sombrío, en la perspectiva medica mexicana este se ha convertido en un asunto de salud prioritario y de forma anticipada a esta situación dentro del paradigma de las acciones a llevarse a cabo por el equipo de salud, se han establecido lineamientos de atención preventiva y de manejo integral.

En el caso en particular del Instituto Mexicano del Seguro Social, se ha elaborado respecto de ese tema, la Guía de Práctica Clínica (GPC IMSS-479-11) de "Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano", que se toma como un ejemplo para resaltar la importancia del tema.

Se establece en esta guía como parte del manejo dentro del apartado de las "Medidas de prevención y tratamiento no farmacológico", que para lograr la mejor atención de las personas que se encuentran bajo este diagnóstico, es necesario que los participantes del equipo de salud, principalmente los médicos, observen atentos que "la evaluación de los pacientes frágiles debe ser interdisciplinaria, abarcando el aspecto físico, emocional, psicológico, social y redes de apoyo, con el fin de detectar posibles obstáculos para la realización y cumplimiento del tratamiento y así realizar una intervención oportuna". ⁽³⁾ Sin embargo, dentro de este trabajo se anota que, el definir el concepto de "fragilidad" es escabroso. Los desacuerdos si es adecuado nombrarlo así o no, son la pauta. Los criterios para establecerlo y los indicadores son también motivo de disputa y controversia. ⁽⁴⁾

Es por ello que al margen de los debates semánticos al interior de las ciencias médicas que son intensos y discordes sobre lo que debe entenderse acerca del "síndrome de la fragilidad", la movilidad de las personas a futuro, con o sin estos criterios, basándonos solo en la edad y etapa de adulto mayor que por sí misma ya conlleva limitaciones de adaptación al entorno, hacen que este escrito se encuentre inspirado en esta parte de la "Guía de Práctica Clínica" en comentario y se destaque de su contenido, la opinión de que debe de complementarse de forma inmediata en la colaboración en este tema la participación interdisciplinaria de los arquitectos, ingenieros, diseñadores y otros expertos del arte y

diseño que estén en colaboración estrecha con el equipo de salud y los organismos de los tres niveles de gobierno, para tratar sobre el particular y las opiniones, ¿cuáles serán las nuevas políticas públicas de desarrollo urbano? a fin de adaptar en su consenso, los nuevos aspectos urbanísticos que a futuro les involucrarán en sus aciertos o errores a todos ellos como personas y sociedad. El tiempo es el recurso no retornable que no debe de perderse de vista. Dado que se advierte con anticipación lo que ya está sucediendo, debe de considerarse, ¿cómo llevar a cabo de forma gradual, la planificación organizada de la nueva urbanidad para el cambio demográfico senil, avizorado e inevitable en el país?

El abordaje interdisciplinario desde el tema arquitectónico del "Modulor" de Le Corbusier para la prevención del riesgo socio-urbano de la fragilidad del anciano en México

Dentro de la Ciencia de la Arquitectura se considera al momento que es útil y para un mejor conocimiento de la concepción del diseño de espacio y confort, la obra del arquitecto francés Charles-Édouard Jeanneret-Gris (1887-1965), más conocido con su pseudónimo de fama mundial "Le Corbusier". En su obra, el uso actual que en México se hace de las "rampas para discapacitados", por ejemplo dentro de la actual urbanística, son parte de su aportación. Su obra la "Promenade architecturale"^(*), se destaca aquí para el médico interesado en el tema de la arquitectura para las personas mayores. En especial a aquel médico o profesional de la salud que exclusivamente que se ha orientado a la geriatría. Es el tema del "Modulor". Esto es, en el léxico arquitectónico, la forma expresiva de Le Corbusier para nombrar al sistema de medidas antropométricas esenciales para el diseño de espacios de personas, que sea con funcionalidad y adaptado a sus necesidades imperativas y de recreo.

En medicina, al menos en las cátedras de sociología, éste y otros temas debiesen de ser parte fundamental en las enseñanzas dentro de los planes de estudio de las nuevas generaciones de los futuros profesionistas en áreas médicas y sus afines. Para los médicos en ejercicio, independientemente de su orientación o especialización, así como de los profesionistas que colaboran en salud o son investigadores, deben de pensar en desarrollar ponencias al respecto y que en éstas se deban de incorporar como parte de los foros, paneles y congresos, a expertos en arquitectura, como sucede con las ciencias mixtas de bioingeniería, por ejemplo.

Entre los principios del arte y de las ciencias arquitectónicas, la urbanística trata el tema de planificar las intervenciones para la cualificación del espacio. Para Le Corbusier en su obra y legado, se propone que en el imaginario del diálogo entre las partes que hacen la diada cliente-arquitecto, el diseño y su recorrido estructural, sea siempre tomando en cuenta las características específicas, deseables y las necesidades del cliente en torno a su funcionalidad, que ésta sea totalmente satisfecha y la estética termine con un buen gusto. ⁽⁵⁾

Si pasamos por ejemplo, a suponer el imaginario diálogo entre un médico orientado o experto en geriatría y que tratase del tema con el arquitecto Le Corbusier, sobre los factores de riesgo en las personas con "síndrome de fragilidad" o con senectud, sin duda que se tratará por el facultativo de presentar al arquitecto el problema de los riesgos conocidos que, al menos contendrán los siguientes aspectos: personas a vivir o pasar la mayor parte de su tiempo en un espacio y a transitar por la ciudad/provincia que cuentan con daño cognitivo (con o sin demencia), daño en órganos de los sentidos (vista, audición, entre otros), déficits del lenguaje, incontinencia de esfínteres, incapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, ya sean o no instrumentales, problemas de equilibrio y movilidad (asociado o no a caídas y fracturas), patologías derivadas de problemas cardiovasculares (sobrevivientes de infarto agudo al miocardio, con arritmias cardíacas, vasculopatías periféricas, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión arterial, angina de pecho), disfunciones gastrointestinales, renales, trastornos del aparato locomotor (artritis, problemas musculoesqueléticos, bursitis, reumatismo), trastornos del aparato respiratorio, enfermedades malignas, aislamiento social, asociado o no a problemas psicológicos y a disfunciones de la memoria, posibilidad de cambios en la conducta y el sueño, problemas de nutrición y dentales, entre otros. ⁽⁶⁾

En el pensamiento de Le Corbusier dentro de este imaginario acontecer, quizá él expresaría como preámbulo antes de presentar a su imaginario interlocutor su plan de diseño, la siguiente frase que citaba a sus alumnos de que en "la arquitectura se camina, se recorre y no es de manera alguna, como ciertas enseñanzas, esa ilusión totalmente gráfica organizada alrededor de un punto central abstracto que pretende ser el hombre, un hombre quimérico munido (provisto) de un ojo de mosca y cuya visión sería simultáneamente circular. Este hombre no existe y es por esa confusión que el período clásico estimuló el naufragio de la arquitectura". Acto seguido Le Corbusier iniciaría el "Promenade architecturale" ^(*) y presentaría su proyecto de vivienda y de ciudad ante los problemas planteados. ⁽⁷⁾

En la vida real, para afrontar ese diálogo, el médico de hoy y el de mañana, así como los integrantes del equipo de salud, deben de conocer las palabras comunicativas que expresan esas ideas y problemas con un dominio en común para tratar los alcances y objetivos que se plantean, con exactitud tanto a los no versados en ciencias médicas y viceversa con los que provienen de arquitectura, arte y diseño para con los otros. El diálogo interdisciplinar solo es posible si se conlleva ante esta situación que se aproxima, el dar paso a la acción de la revisión, no solo de las asignaturas en los planes de estudios de las ciencias médicas y sus afines que hoy son impostergables. Queda asumir en el presente el entablar el diálogo de acción-participación entre expertos de diferentes ciencias.

que provienen de arquitectura, arte y diseño para con los otros. El diálogo interdisciplinar solo es posible si se conlleva ante esta situación que se aproxima, el dar paso a la acción de la revisión, no solo de las asignaturas

en los planes de estudios de las ciencias médicas y sus afines que hoy son impostergables. Queda asumir en el presente el entablar el diálogo de acción-participación entre expertos de diferentes ciencias.

El día de mañana que es con el inicio del nuevo año 2030, a partir de las cifras de la CONAPO, si se ignoran las condiciones que se requerirán para los que vivimos hoy y somos adultos en medianía y laboramos dentro de una de las áreas y/o ramas del equipo de salud, sin tomarlo con seriedad, será un común lamentarse haber pasado por alto participar en un proyecto así. Es por ello el interés en proponer ese diálogo interdisciplinario en favor de la Gerontopolis que deseamos, con confort, sea nuestro futuro espacio de hábitat.

Referencias

(*) Voz de la lengua Francesa: Recorrido arquitectónico.

- 1.- Zapata Montoya, William (S/F) Todos Estamos Bien, Editor Lulú. com. pág. 77.
- 2.- Consejo Nacional de Población, CONAPO (2013) "Proyecciones de la Población de México 2010-2050, Secretaría de Gobernación, México.
- 3.- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del diagnóstico del Síndrome de Fragilidad en el Anciano (2011) Instituto Mexicano del Seguro Social, México, pág.23.
- 4.- Ibíd., pág.12.
- 5.- Pokropek, Jorge Eduardo; Cravino, Ana María (2010) IV Encuentro Latinoamericano de Diseño 2009, Diseño en Palermo Comunicaciones Académicas, Año IV, Vol. 8, Marzo, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina, pág.249.
- 6.- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. (2004) Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.;59, 255-263.
- 7.- Le Corbusier (2008) Mensaje a los estudiantes de arquitectura, Ediciones Infinito, Buenos Aires, Argentina, pág. 32.



Ensayo

Fragilidad en el adulto mayor, un reto para la prevención en la atención primaria

Mónica Lizeth Padilla Sánchez.

Pasante de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero.

Universidad de Guadalajara.

Recibido: 11/Dic/2016

Aprobado: 16/Dic/2016

Palabras clave: Fragilidad, adulto mayor, prevención, atención primaria.

La fragilidad es un estado de incremento de la vulnerabilidad y disminución de la habilidad para mantener la homeostasis relacionada con la edad y caracterizada por la declinación de la reserva funcional y de múltiples sistemas fisiológicos ⁽¹⁾.

Por este motivo la fragilidad implica a su vez una disminución de la respuesta ante el estrés que se genera cuando existe infección, enfermedades, cirugías o cambios en el entorno u ambiente del paciente.

La fragilidad se trata de un proceso constante que se inicia con la alteración de sistemas fisiológicos y que pueden llegar a manifestarse clínicamente como síndromes que ocasionan en etapas avanzadas discapacidad y dependencia. El fenotipo de fragilidad tiene lugar ante una descompensación en estos sistemas biológicos durante situaciones de estrés antes mencionadas.

El fenotipo de la fragilidad puede ser muy heterogéneo y depende de las diferencias biológicas que existe entre cada individuo ^(1,2).

Es decir que diferentes pacientes adultos mayores al enfermar de una misma patología responderán de maneras diferentes, su evolución será diferente entre ellos y posiblemente su recuperación y retorno a sus actividades y capacidad funcional previa antes de enfermar diferirá entre ellos, estas diferencias responden a los estados fisiológicos de cada paciente.

Actualmente se reconocen factores de riesgo para el desarrollo de la condición de fragilidad, estos factores pueden dividirse en evitables y no evitables. Dentro de los factores evitables se encuentran el sobrepeso, la obesidad, ausencia de actividad física, malnutrición, tabaquismo así como el padecimiento de algunas enfermedades crónicas como lo es la hipertensión y diabetes. Así que si nos preguntamos si la fragilidad en el adulto mayor puede prevenirse, la respuesta es sí. Muchas veces pensamos que el anciano por el simple hecho de tener más de 65 años se convierte en un anciano frágil y esto no es del todo cierto, pues si bien la fragilidad se ve relacionada con el aumento en la edad y envejecimiento, no todos los adultos mayores son frágiles.

Entonces la segunda interrogante que nos haríamos es, ¿cómo evitar o prevenir que un adulto mayor se convierta en un adulto mayor frágil? Y aunque se trate de una ardua tarea, la prevención de fragilidad se convierte en un importante punto en la atención del anciano.

La atención primaria del paciente adulto mayor debe incluir un reconocimiento de diferentes escenarios clínicos de fragilidad y aunque no existen herramientas estandarizadas para su tamizaje, la identificación del riesgo de fragilidad resulta imprescindible para prevenir resultados adversos asociados a la fragilidad.

Existen diferentes condiciones en el adulto mayor que nos ayudan a predecir una disminución en la funcionalidad y dependencia, así como los posibles efectos adversos, incluyendo hospitalización y mortalidad en estos pacientes, entre las que se encuentra la edad mayor a 80 años, hospitalizaciones recientes, caídas frecuentes, debilidad muscular, comorbilidad, deterioro cognitivo, red social disminuida, polifarmacia y pobreza ⁽²⁾⁽⁴⁾.

Se puede evitar la progresión hacia la dependencia y discapacidad en el adulto mayor a través de la identificación de aquellos pacientes que presentan una disminución de su funcionalidad en comparación a un estado previo, los cuales tienen posibilidad de recuperación mediante intervenciones oportunas.

Esta identificación puede llevarse a cabo mediante cuestionarios como el de Lawton y Brody y el índice de Barthel, los cuales valoran la dependencia para las actividades de la vida diaria, mismas que deberían ser monitorizadas en el paciente a través del tiempo desde la primera consulta en la atención primaria del adulto mayor. Otros cuestionarios para valoración de cognición y depresión deben emplearse, ya que el deterioro cognitivo y la depresión se ven relacionadas con una disminución de la funcionalidad del adulto mayor. Para este fin, existen herramientas como el mini mental y el cuestionario de Yesavage, ampliamente utilizados en el anciano.

La valoración nutricional por medio del MNA Elderly así como test para valorar marcha y movilidad, pueden ser utilizados para la identificación de fragilidad, entre estas pruebas se encuentran "Levántate y anda", así como "velocidad de la marcha".

Así mismo el tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno de comorbilidades como diabetes, hipertensión arterial, hábitos poco saludables como tabaquismo y alcoholismo o bien otros síndromes geriátricos como caídas, polifarmacia, entre otros, deben ser estudiados. Además de un plan de alimentación y de actividad física como intervenciones para prevención de fragilidad el programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud en España en 2009 planteó una serie de capacidades y habilidades necesarias a desarrollar por parte del personal de la salud en atención primaria, dentro de las cuales se menciona el empleo de una valoración geriátrica integral, adecuado abordaje de enfermedades crónicas, así como la promoción de un adecuado soporte social para la mejora en la identificación y prevención de la condición de fragilidad. ⁽²⁾

No solo la identificación de factores de riesgo se considera importante para la prevención de fragilidad, sino un seguimiento y atención oportuna de aquellas situaciones de estrés a las que se pueda enfrentar el adulto mayor y que puedan generar una descompensación que eventualmente lo vuelva más frágil.

Ensayo Prospectiva de los adultos mayores: La fragilidad

*Elsy Susana Edith Baltazar Alaniz.
Médico Cirujano Partero, Universidad de Guadalajara.*

Recibido: 11/Dic/2016

Aprobado: 16/Dic/2016

*María Elvia Edith Alanís Pérez.
Doctora en Cooperación y Bienestar Social por la Universidad de Oviedo,
profesor e investigador de Universidad de Guadalajara.*

Palabras clave: Adulto mayor, prospectiva, fragilidad.

Un ejemplo de esto puede ser el paciente anciano diabético al que al controlar sus niveles de glucosa podremos evitar infecciones de tejidos que al tener lugar pueden ser mucho más severas en ellos que en pacientes más jóvenes y cuyo desenlace y manejo puede ser más agresivo confinando al anciano a una cama con disminución de su movilidad y aumentando su dependencia, convirtiéndolo así en un adulto mayor frágil. De esta manera se crea un círculo vicioso que impacta no solo al paciente sino también a sus familiares.

Dados los diferentes factores tanto biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que se ven involucrados con la aparición de la fragilidad algunos de ellos evitables, actualmente es importante la actuación multidisciplinaria en la atención del paciente adulto mayor para su adecuado manejo y prevención de la fragilidad.

Referencias

1. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, Jeffrey B. Halter, Joseph G. Ouslander, Mary E.
2. El Anciano Frágil. Detección y tratamiento en AP. Iñaki Martin Lesende, Ana Gorroño Goitia, Javier Gómez Pavón, (2009). España.
3. Dependencia Funcional y Enfermedades Crónicas en ancianos mexicanos, Barrantes Monge, M., E.J. Gracia Mayo, L.M. Gutiérrez Robledo (2007) Salud Pública de México, Vol 49, suplemento 4, pp. S459-S466.
4. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (2014). Pedro Abizanda Soler. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Juan Manuel Espinosa Almendro. Comunidad Autónoma de Andalucía, Raúl Juárez Vela. Asociación de Enfermería Comunitaria, Primitivo Ramos Cordero. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Leocadio Rodríguez Mañas. Sociedad Española de Medicina Geriátrica.



La palabra **prospectiva** es un **adjetivo** que menciona aquello vinculado con el **futuro**. Como sustantivo, este término que tiene su origen en el latín **prospicere** se refiere a las investigaciones y exploraciones que se llevan a cabo con la intención de **anticipar** lo que está por venir en una cierta materia. Como sustantivo, el concepto de prospectiva también se emplea asociado a la **futurología**, que es la **disciplina** encargada de analizar el futuro para lograr su comprensión y así ejercer una influencia sobre él en la medida de lo posible. La prospectiva, en este sentido, anticipa potenciales escenarios que se desarrollarán en el porvenir. A partir de dicha anticipación, permite realizar una planificación que posibilita actuar en sintonía con aquello que, en teoría, va a ocurrir. Es importante tener en cuenta que, dentro de lo que se entiende como prospectiva o futurología, aparecen ciencias, pseudociencias y disciplinas muy diversas. Algunas se basan en el método científico y apelan a las estadísticas, mientras que otras utilizan recursos alejados de la ciencia y de las comprobaciones empíricas. A nivel general puede decirse que la prospectiva no puede ofrecer certezas ya que el futuro, al fin y al cabo, es aquello que aún no ha ocurrido y que está sometido a infinitas variables, muchas de ellas inaccesibles al conocimiento humano ⁽¹⁾.

En el ámbito de la Geriatria y de la atención primaria, la fragilidad es un concepto referido, sin embargo ser frágil, no es una definición que suele manejarse entre los adultos mayores o la población en general; en el ámbito médico, puede significar que presenta un riesgo elevado de mortalidad, porque se han unido diversos factores como puede ser la discapacidad, la hospitalización o la complicación de una serie de padecimientos.

El término frágil proviene en su etimología de la palabra latina "fragilis", adjetivo que califica a aquello que se rompe, deteriora o enferma con facilidad. En religión se habla de alguien frágil cuando tiene tendencia a pecar. En física, como propiedad de los cuerpos, la fragilidad implica que cuando se rompen en virtud de un choque, no resisten el impacto, absorbiendo poca energía y no presentan sensiblemente deformación permanente, por ejemplo el cristal, el vidrio o la cerámica. Lo contrario a los cuerpos frágiles son los cuerpos dúctiles, que al ser traccionados sufren una deformación permanente como ocurre con algunos metales. Sin embargo lo frágil no es antónimo de duro, ya que por ejemplo el diamante, es a la vez, un material frágil y duro. En biología se llama salud frágil a la de aquel individuo que se enferma fácilmente, por ejemplo por estar inmuno-deprimido. Los huesos frágiles son frecuentes en las personas mayores de 50 años, especialmente mujeres, ya que luego de la menopausia, la carencia de estrógenos puede causar osteoporosis, huesos débiles, descalcificados, con tendencia a fracturarse. Existen personas que presentan esta fragilidad ósea durante toda su vida, como enfermedad congénita. Se denomina en medicina osteogenia imperfecta o popularmente conocida como huesos de cristal ⁽²⁾.

Cuando se pretende ahondar en el concepto de la fragilidad médica, es la expresión con la que se caracteriza, en muchos casos, a las personas con retraso mental porque presenta un número de complicaciones biológicas y mentales que las personas sin retraso mental ⁽³⁾, es necesario aclarar en este punto la utilización de los conceptos de anciano de riesgo, anciano frágil y anciano vulnerable con el concepto de fragilidad ⁽⁴⁾. Según el modelo clásico de fragilidad de Brocklehurst ⁽⁵⁾, ésta se entendía como causa o riesgo de perder la capacidad de continuar viviendo en la comunidad. En otras palabras, la fragilidad era entendida como el «equilibrio precario» entre el estado de salud y los recursos sanitarios y sociales que se necesiten para mantener al individuo en su domicilio. La rotura de este delicado equilibrio puede llevar a la dependencia, a la institucionalización y, más tarde, a la muerte. La evaluación de la fragilidad así definida motivó el desarrollo de estrategias de detección y evaluación específicas de «ancianos de alto riesgo» con el fin de evitar el desarrollo de dependencia e institucionalización. A este grupo se lo llamó «anciano en riesgo o frágil». Sin embargo, hoy en día el concepto de fragilidad como se ha descrito anteriormente ha evolucionado, es el anciano frágil (persona mayor con fragilidad) un subgrupo más, sin duda el más importante, del grupo de personas mayores en riesgo. No obstante, en muchas publicaciones aún se nombra al anciano en riesgo como anciano frágil, por lo que se debe tener en cuenta que se refieren al modelo clásico y no al modelo actual de fragilidad ⁽⁴⁾.

¿Prevención?: La fragilidad es un concepto controvertido y enigmático. La sarcopenia es un elemento fundamental del modelo de la fragilidad pero no el único. El papel preciso del sistema nervioso central, la hormona de crecimiento y las hormonas sexuales está bajo discusión; sin embargo, las modificaciones en la dieta y la promoción de la actividad física parecen ser las vías adecuadas para su prevención. Los esfuerzos deben dirigirse a la detección temprana del síndrome antes de que la discapacidad u otra complicación aparezcan. Los adultos mayores frágiles podrían beneficiarse de complejas intervenciones multidisciplinarias en relación a los cuidados convencionales ⁽⁶⁾, ⁽⁷⁾. En otros estudios señala que se necesitan otros estudios para comprender la interacción entre los distintos sistemas biológicos involucrados y el valor real de los problemas psico-afectivos y sociales, lo cual permitiría acercarse a la etiología de la fragilidad. La familiarización con este término permitirá a los profesionales de la salud estar atentos de los avances científicos en este campo, y a no utilizar erróneamente este concepto, lo cual entorpece el establecimiento de un consenso. Actualmente se realizan esfuerzos con el propósito de difundir el término de fragilidad en la literatura no especializada ⁽⁸⁾.

La fragilidad es un concepto complejo. Sabemos que es una condición que aumenta el riesgo de discapacidad y dependencia de los adultos mayores y que bien puede representar la compleja interacción de diferentes factores biológicos; también confluyen factores psicológicos, cognitivos y sociales. Una característica distintiva de las personas frágiles es que parecen incapaces de resistir agresiones tales como los cambios del medio ambiente, heridas o enfermedades agudas ⁽⁸⁾. Dichas agresiones pueden desencadenar una caída en espiral del estado general del

individuo y llevarlo hacia un círculo vicioso, del cual el adulto mayor no logra restablecerse ni regresar a su estado de salud anterior ⁽⁹⁾. Por lo tanto, la fragilidad puede considerarse una etapa que se desprende de un estado de robustez y que va hacia la fragilidad en diversos grados de intensidad ⁽⁸⁾.

que parecen incapaces de resistir agresiones tales como los cambios del medio ambiente, heridas o enfermedades agudas ⁽⁸⁾. Dichas agresiones pueden desencadenar una caída en espiral del estado general del individuo y llevarlo hacia un círculo vicioso, del cual el adulto mayor no logra restablecerse ni regresar a su estado de salud anterior ⁽⁹⁾. Por lo tanto, la fragilidad puede considerarse una etapa que se desprende de un estado de robustez y que va hacia la fragilidad en diversos grados de intensidad ⁽⁸⁾.

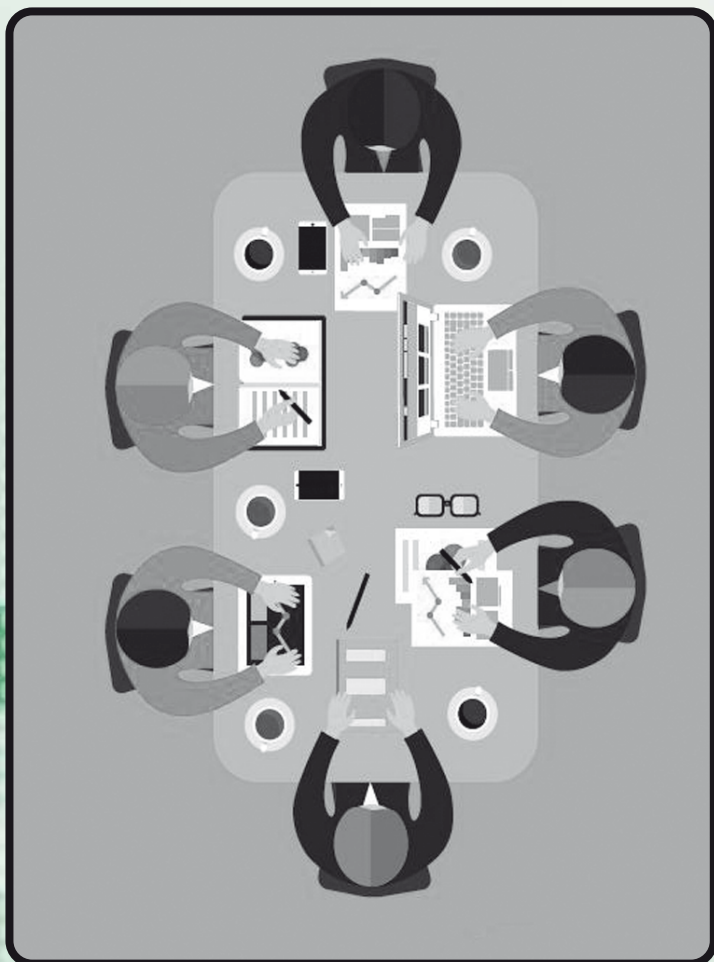
La concepción de un término, representa diversos puntos de vista, en su mayoría se trata de definirlo con la aparición de ciertos factores detonantes o con la suma de varios factores adversos, finalmente se debe de comprender que en el caso de los adultos mayores como en el caso de diversas enfermedades terminales, no siempre el fin inmediato es la muerte, sino que sucede un proceso para llegar a ello.

En el caso de los jóvenes y adultos, se preocupan por contar con un sistema de pensiones para su vejez, sin embargo siempre se presuponen sanos e incluso en países como los Estados Unidos, se visualizan en un asilo, con óptimas atenciones o en países europeos, con la implementación de innovaciones para su movilidad; pero no se fomenta una cultura de prevención para factores detonantes que los colocarán en la condición de “fragilidad”, donde la dependencia en las instituciones o en personal calificado, será crucial para su sobrevivencia, más allá de la asignación mensual de su pensión o su aparente buena salud que puede cambiar en un lapso pequeño de tiempo, como puede ser una caída con fractura de la cadera, que cambia en su totalidad las condiciones de vida.

Referencias

1. **Prospectiva.** [Online].; 2016 [cited 2016 11 12. Available from: [HYPERLINK "http://definicion.de/prospectiva/"](http://definicion.de/prospectiva/)
2. **Conceptos.** [Online]. [cited 2016 12 8. Available from: [HYPERLINK "http://deconceptos.com/general/fragil"](http://deconceptos.com/general/fragil)
3. **Diccionario Médico.** [Online]. [cited 2016 12 8. Available from: [HYPERLINK "http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/fragilidad-medica"](http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/fragilidad-medica)
4. **Abizanda SP, Gómez-Pavónb J, Martín LI, Baztán CJJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Med Clin. 2010 Noviembre; 135(15).**
5. **Brocklehurst JC. The geriatric service and the day hospital. Textbook of geriatric medicine and gerontology. 1970; 3 ed.(pág 982-995): p. Textbook of geriatric medicine and gerontology, pp. 982-995.**

6. Rockwood K, Stadnyk K, Carver D, MacPherson K, Beanlands H. A clinimetric evaluation of specialized geriatric care for rural dwelling, frail older people. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48(1080-1085).
7. Gill T, Baker D, Gottschalk M, Peduzzi P, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med.* 2002; 367(1068-1074).
8. Ávila-Funes JA, Aguilar-Navarro S, Melano-Carranzab E. La fragilidad, concepto enigmático y controvertido. *Gac Méd Méx.* 2008 FEBRERO; 144(3).
9. Bergman H, Beland F, Karunanathan S, Hummel S, Hogan D, Wolfson C. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et Société.* 2004; 109(15-29).



Ensayo Fragilidad en el adulto mayor y su relación con calidad de vida

*Sara Lizbeth Alfaro Galindo.
Pasante de la Licenciatura de Médico Cirujano
y Partero.
Universidad de Guadalajara.*

Recibido:	12/Dic/2016
Aprobado:	16/Dic/2016

Palabras clave: Fragilidad, adulto mayor, envejecimiento, discapacidad, calidad de vida.

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte.

La población de adultos mayores ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta.

Se puede considerar adulto mayor sano a aquel sujeto con capacidades funcionales y reserva funcional que le permiten desarrollar una vida activa acorde a su edad y entorno con alteraciones funcionales en el límite entre lo normal y lo patológico, en equilibrio inestable y con adaptación a los trabajos funcionales de acuerdo a sus posibilidades reales de rendimiento.

Los principales factores de riesgo de fragilidad serían un compendio de los problemas derivados de:

- El envejecimiento biológico. Alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades (sistemas sensoriales, respuesta muscular, equilibrio).
- Enfermedades agudas o crónicas (conocidas o no).
- Factores de riesgo en cuanto a abusos (estilos de vida, factores sociales, factores económicos).
- Factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad, déficits nutricionales).

Definiendo calidad de vida del adulto mayor, según Velandia (1994) es "la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del

envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”.

Teniendo en cuenta que la atención primaria se centra en el anciano de riesgo, es importante encontrar unos criterios claros y lo más sencillos posibles para poder detectar la fragilidad de la población mayor ya que la valoración geriátrica integral (VGI) parece mostrar una mayor efectividad cuando se selecciona a ancianos frágiles o de riesgo.

La discapacidad es la incapacidad para realizar al menos una de las actividades de la vida diaria. La fragilidad puede causar discapacidad, independientemente de la existencia o no de enfermedades. En la actualidad es poco común encontrar a una persona mayor que no padezca al menos una enfermedad crónica, pero lo más importante no es la presencia de alguna enfermedad sino las limitaciones que esta produzca, quiere decir que lo más importante para un anciano no es el diagnóstico de una enfermedad determinada, sino en cuánto lo limita para mantener su autonomía o independencia funcional o sea para conservar la capacidad que le permita realizar sus actividades de la vida diaria por sí mismo.

El diagnóstico temprano de fragilidad y tomar medidas oportunas, puede disminuir el riesgo de morbilidad, hospitalizaciones e incluso la muerte de los pacientes afectados. El único tratamiento general específico eficaz hasta el momento es el ejercicio físico, específicamente los ejercicios contra resistencia y de entrenamiento cardiovascular o aeróbico.

Debemos realizar fomento y extensión de actividades preventivas. Dentro de ellas, una fundamental es el mantenimiento de la actividad y el ejercicio

físico de cierta intensidad, adecuado a las características de la persona. También es de importancia el mantenimiento de un adecuado soporte y estado nutricional. Además estas dos actividades mencionadas, es igualmente importante controlar otros factores de riesgo cardiovascular. Hay que minimizar el riesgo de caídas y prevenir estresores como la hospitalización o los propios procedimientos médicos.

Referencias

- Lluís Ramos, Guido Emilio, & Llibre Rodríguez, Juan de Jesús. (2004). *Fragilidad en el adulto mayor: Un primer acercamiento*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 20(4) Recuperado en 14 de diciembre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000400009&lng=es&tlng=es.
- Velandia A. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1994. p. 300.
- Alonso Galbán, Patricia, Sansó Soberats, Félix José, Díaz-Canel Navarro, Ana María, Carrasco García, Mayra, & Oliva, Tania. (2007). *Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor*. Revista Cubana de Salud Pública, 33(1) Recuperado en 14 de diciembre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&tlng=es.
- Llanes Betancourt, Caridad. (2008). *Evaluación funcional y anciano frágil*. Revista Cubana de Enfermería, 24(2) Recuperado en 14 de diciembre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000200005&lng=es&tlng=pt.
- Selin Ganén, Marina, & del Valle Pérez, Marlén. (2012). *Caracterización de ancianos frágiles y sus cuidadores*. MediSur, 10(3), 213-217. Recuperado en 14 de diciembre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000300007&lng=es&tlng=es.



Ensayo

Inmovilidad, un factor de riesgo para el desarrollo de la fragilidad y cómo poder evitarla

Brenda Elizabeth González Ruiz.

Médico cirujano y partero.

Universidad de Guadalajara (CUCS).

Elí Benjamín López Arana.

Médico cirujano y partero.

Universidad de Guadalajara (CUCS).

Recibido:	11/Dic/2016
Aprobado:	16/Dic/2016

Palabras clave: Síndrome de fragilidad, síndrome de inmovilidad, factores de riesgo, prevención.

El aumento de la esperanza de vida y el descenso de mortalidad caracterizan un importante cambio en el envejecimiento de la población, con un crecimiento continuo del grupo de mayor edad. Actualmente según estadísticas del INEGI (2014) el monto de personas arriba de 60 años es más de 11.7 millones, lo que representa 9.7% de la población total mexicana ⁽¹⁾.

De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2015 México, de cada diez mexicanos, tres son menores de 15 años (27.6%) y solo uno tiene 60 años o más (10%), sin embargo, para el año 2050 se prevé que únicamente dos de cada diez mexicanos tendrán menos de 15 años (20.7%), proporción casi idéntica a la de adultos mayores, quienes representarán 21.5 por ciento de la población total (CONAPO 2012). Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, señalan que del total de adultos mayores (60 años y más) 26% tiene discapacidad y 36.1% posee alguna limitación. En los primeros, los tipos de discapacidades más reportados son: caminar, subir y bajar usando sus piernas (64.7%) ⁽²⁾.

El adulto mayor tiene cambios fisiológicos normales con la edad, con esto también tendrán la predisposición a la aparición de comorbilidades y síndromes como es el de la fragilidad. Ésta abarca una serie de síntomas y signos comportándose como un síndrome clínico progresivo, que se inicia con una pérdida de la reserva fisiológica del organismo, suficiente para provocar un principio de deterioro funcional (fragilidad preclínica) y si éste progresa lleva al individuo a una situación de vulnerabilidad, conllevando posteriormente a la discapacidad y dependencia.

Las manifestaciones de fragilidad son la sarcopenia, trastorno en el equilibrio y la marcha, descondicionamiento con la aparición de inmovilidad, osteopenia. Otros síntomas, se incluyen la pérdida de peso, debilidad, fatiga, inactividad disminución de ingesta oral. La sarcopenia e inmovilidad están interrelacionados, ambos son considerados componentes claves para el desarrollo del síndrome de fragilidad.

La inmovilidad se define como “el descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras”. Se estima que por encima de los 65 años, el 18% de las personas tiene problemas para movilizarse sin ayuda y a partir de los 75 años, más de la mitad tiene dificultades para salir de casa, estando un 20% confinado a su domicilio. ⁽³⁾

El síndrome de inmovilidad puede definirse como una vía común de presentación de una enfermedad, generada por una serie de cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas condicionados por la inmovilidad y el desuso acompañante. Se caracteriza por reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva y en casos graves, pérdida de los automatismos reflejos posturales necesarios para la deambulación. Es generalmente un cuadro multifactorial, potencialmente reversible y prevenible.

Podemos hablar además de inmovilismo agudo el cual se define con episodio de declive rápido de las funciones motoras, llegando incluso hasta un estado de inmovilidad absoluta que implique un encamamiento y/o mínima variabilidad postural en un periodo de 72 horas que puede condicionar problemas como úlceras o la instauración y progresión más rápida del síndrome de inmovilidad.

Existen múltiples causas, y pueden concurrir varias en el mismo paciente. Las más frecuentes son: la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, las alteraciones del equilibrio y los problemas psicológicos. Existen factores de riesgo que pueden aumentar la incidencia de inmovilidad como son ⁽³⁾:

Factores intrínsecos:

- Esqueléticos: Osteoartritis, artritis reumatoide, osteoporosis, traumatismos, patología podológica (verrugas, úlceras, hiperqueratosis).
- Cardiovasculares: Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica.
- Pulmonares: EPOC.
- Neurológicas: Eventos vasculares cerebrales, enfermedad de Parkinson.

Factores extrínsecos:

- Llatrogénicos: Fármacos, inmovilización forzada (para evitar caídas), actitudes sobreprotectoras.
- Ambientales: Hospitalización, inexistencia de medios de ayuda.
- Sociales: Soledad y falta de apoyo social, falta de estímulos.

Para realizar el diagnóstico de síndrome de inmovilidad se necesita de intervenciones multidisciplinarias que valoren las funciones y capacidades del paciente para poder detectar su grado de inmovilidad y su riesgo específico para el desarrollo o progresión de complicaciones, por lo que se deberá de realizar una valoración no solo de su capacidad física sino también de sus capacidades psíquicas, sociales y de función afectiva.

Entre las escalas utilizadas para valorar la capacidad física se encuentran el índice de Katz y Barthel, que miden las actividades básicas de la vida diaria; la escala de Lawton Brody para medir las actividades instrumentales de la vida diaria y la escala de Tinetti para medir la marcha y balance.

Para evaluar la capacidad psíquica y cognitiva se recomienda utilizar el Test Minimental Examinations (Folstein). Para evaluar la función afectiva se utiliza la escala de depresión geriátrica de Yessavage y para evaluar la

Ensayo

Actividad física como prevención de la fragilidad

Mitzi Rubí Becerra Moscoso.
Pasante de la Licenciatura de Médico
Cirujano y Partero.
Universidad de Guadalajara.

Recibido:	11/Dic/2016
Aprobado:	22/Dic/2016

capacidad social del anciano se utilizan la escala de recursos sociales OARS, Family apgar y la social Disfunctioning Raiting Scale, todas realizadas en un primer nivel de atención ⁽⁴⁾.

Teniendo intervenciones específicas podríamos retrasar el declive relacionado con la edad y prolongar la vida libre de discapacidad. Para esto se tiene que identificar a los pacientes con factores de riesgo para sufrir síndrome de fragilidad, es decir adultos mayores con comorbilidades, sarcopenia, debilidad e inmovilidad.

Como fue mencionado anteriormente el síndrome de inmovilidad puede ser prevenible y potencialmente reversible por lo que se deberán de realizar intervenciones que prevengan la instalación, intenten la reversión y traten las complicaciones establecidas. Realizar las intervenciones primarias para realizar un diagnóstico precoz es importante si se busca prevenir la aparición y progresión de las complicaciones por la inmovilidad.

Entre las principales medidas de prevención se encuentra la realización de ejercicio el cual previene el inmovilismo. Se recomienda actividad física de 30 a 60 minutos al día, en sesiones de 10 minutos cada uno, con un total de 150 a 300 minutos a la semana, para mantener resistencia, equilibrio y flexibilidad; éstas no tienen que exigir un estrés ortopédico, como caminar, ejercicio acuático, bicicleta. La intensidad y duración de la actividad física debe ser individualizada de acuerdo a las capacidades físicas de cada paciente y de ser posible supervisada por un profesional en rehabilitación o fisioterapeuta ⁽⁴⁾.

En pacientes inmovilizados se requerirán servicios domiciliarios amplios, tanto sanitarios como sociales en donde se realice un abordaje integral al paciente y a su familia o cuidador en un sentido biopsicosocial.

El síndrome de inmovilidad se deberá de considerar como una entidad clínica multifactorial muy frecuente en el adulto mayor, el cual puede influir directamente con la calidad de vida del paciente y su familia si llega a progresar y a generar complicaciones, por lo que se deben de utilizar las herramientas de detección y prevención antes mencionadas para frenar la progresión y poder revertir los efectos de la inmovilidad y poder otorgarle una mejor calidad de vida al paciente.

Referencias

1. OMS. Informe Mundial sobre la Discapacidad. OMS (2011). Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/index.htm
2. González K. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. Revista La Situación Demográfica de México 2015, 1(2), 113-129.
3. Gregorio, P., Gonzalez, P., Gutierrez, J., & Verdejo, C. (2011). Manual del residente en Geriatría.
4. Echeverría J, Rosales L., López A. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre Intervenciones de Enfermería en la Atención del Adulto Mayor con SÍNDROME DE INMOVILIDAD. Guías de Práctica Clínica GPC, IMSS, 1, 703-14.
5. Fierro A., Solari P., Pérez A. (2015). Síndrome de Inmovilidad. Revista Tendencias Médicas 2(47) 73-76.

Palabras clave: Fragilidad, envejecimiento, calidad de vida, actividad física.

El aumento de la población adulta mayor constituye hoy un elemento importante en cuestión de la salud. Conforme aumente la esperanza de vida también debe hacerlo la calidad de la misma, es decir, conservar un buen estado de salud en el proceso de envejecimiento. De mismo modo, la buena salud es uno de los pilares para mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece y así, se mantiene una sociedad próspera económica y socialmente.

Por esta razón, conocer las condiciones que colocan al adulto mayor en situaciones de riesgo, son pauta de nuevas investigaciones del área de salud, así como de las ciencias sociales, económicas, entre otras; que se han dirigido al proceso fisiológico de envejecimiento, en el cual hay pérdida de la reserva funcional, condicionando a una mayor susceptibilidad, disminución de los mecanismos de respuesta y la eficacia para conservar la homeostasis.¹

El término de fragilidad ha surgido en un intento de poder diagnosticar a un adulto mayor que requiere apoyo de varios servicios para manejarse en las actividades de la vida diaria. Ya que es un estado de pre-discapacidad, de riesgo de desarrollar discapacidad desde una situación de limitación funcional incipiente y su importancia es que se centra en la funcionalidad y no focaliza en el diagnóstico de una enfermedad.²

En la actualidad hay un acuerdo general en cuanto a que el núcleo de la fragilidad es un incremento de la vulnerabilidad a estresores de baja intensidad, producido por una alteración en múltiples e interrelacionados sistemas, que conduce a una disminución en la reserva homeostática y de la capacidad de adaptación del organismo y lo predispone a eventos adversos de salud.³ (Fig. 1)

Permite, por tanto, identificar a un subgrupo de mayores de 65 años que conservan su independencia de manera inestable y que se encuentran en situación de riesgo de pérdida funcional.⁴ En un reciente documento de consenso internacional para la llamada a la acción sobre la fragilidad,⁵ se recomienda que todos los mayores de 70 años y aquellos con pérdida de peso mayor del 5% en un mes debido a enfermedades crónicas, debieran ser cribados para fragilidad.

La atención primaria es el medio asistencial idóneo para la detección y manejo de la fragilidad, puesto que la misma fragilidad es un poderoso predictor de discapacidad, hospitalización, caídas, pérdida de la movilidad y enfermedad cardiovascular.

Figura 1. Evolución de la capacidad funcional y fragilidad en la persona mayor



AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria); ABVD (actividades basales de la vida diaria)

Fuente: Martín Lesende I, Gorroñoigoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P.

El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria.

Aten Primaria 2010; 42 (7):388-93.

Para reducir la fragilidad hay que actuar sobre su principal factor de riesgo, la inactividad. La inactividad es un elemento nuclear en el desarrollo de la fragilidad, puesto que es esencial en determinar el estado cardiovascular, la resistencia insulínica y el deterioro músculo-esquelético (sarcopenia), al tiempo que contribuye al deterioro cognitivo y la depresión.

Las intervenciones centradas en la actividad física han demostrado su eficacia en retrasar e incluso revertir la fragilidad y la discapacidad.⁶ También tienen demostrada eficacia en mejorar el estado cognitivo y fomentar el bienestar emocional.⁷ Si, además, se realizan de forma grupal, tienen el beneficio añadido de fomentar el bienestar y las redes sociales en la persona mayor.

Los beneficios del ejercicio físico en el envejecimiento y específicamente en la fragilidad han sido objeto de reciente investigación científica. En el anciano, la práctica de actividad física regular se asocia a una disminución del riesgo de mortalidad, enfermedades crónicas, institucionalización, deterioro cognitivo y funcional. Y es más beneficioso cuando se combina entrenamiento de fuerza, resistencia, equilibrio y marcha, ya que es el que más ha demostrado mejorías en la capacidad funcional, que es un elemento fundamental para el mantenimiento de la independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de los ancianos.

Por lo tanto, la práctica de ejercicio físico es la intervención más eficaz para retrasar la discapacidad y los eventos adversos que asocia habitualmente el síndrome de la fragilidad. Y no más importante, su diagnóstico temprano y el tomar medidas oportunas, puede disminuir el

riesgo de morbilidad, hospitalizaciones e incluso la muerte de los personas afectadas.

Es por eso que el personal de salud que trata a la población de la tercera edad deberá realizar una evaluación integral al paciente con fragilidad, utilizando las escalas geriátricas y realizando una buena historia clínica. Así como también deberá valorar los múltiples componentes que condicionan la evolución de la fragilidad como lo es la inactividad, la sarcopenia, las comorbilidades adyacentes, la alimentación inadecuada para la edad, entre otras.

Y por consiguiente, dicho personal podrá trazar un plan de cuidados ajustado a las necesidades individuales de cada persona. Y así evitará la regresión de la salud y de la misma calidad de vida que se busca al aumentar la esperanza de vida. Puesto que de nada sirve vivir más años, si la calidad de vida es mísera.

Esta calidad de vida deseada se puede lograr con aumento de la actividad física, rehabilitación en aquellos ancianos frágiles; dietas completas y equilibradas; tratamiento eficaz de los problemas sensoriales (visuales y auditivos); diagnóstico y tratamiento precoz del deterioro cognitivo; y otras intervenciones para la prevención de enfermedades como pueden ser las campañas de vacunación, el control de los factores de riesgo vascular o la eliminación de hábitos tóxicos.

Pero para todo ello es fundamental, que los profesionales que prestan atención al anciano, incluyan en el día a día la evaluación de la fragilidad, para poder identificar a todos aquellos ancianos de riesgo.

Referencias

1. Jurschik P, Escobar M, Nuin C, Botigue T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. Revista Elsevier. 2011; 43(4):190-196.
2. Martín-Lesende I, López-Torres JD, de-Hoyos MC, Baena JM, Gorroñoigoitia A, Herreros Y. Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en Atención Primaria. En: recomendaciones PAPPS (de la semFYC) 2014. Disponible en: <http://www.papps.org/>
3. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G et al. Searching for an operational definition of frailty: A Delphi method based consensus statement. The Frailty Operative Definition Consensus Conference Project. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013;68:62-7.
4. Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín-Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. Med Clin (Barc) 2010; 135 (15): 713-9.
5. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: A call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013; 14: 392-397
6. Clegg A, Young S, et al. Frailty in older people. Lancet. 2013; seminar vol. 381 (9868):752-762.
7. Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. Aging & Mental Health, 14(6), 652-669



Ensayo Aspectos que conforman la prevención de la fragilidad nutricional

Luz María Pérez de la Torre.
Lic. en Nutrición.
Dra. en C. Socio-Médicas.
Universidad de Guadalajara.

Recibido: 16/Dic/2016

Aprobado: 22/Dic/2016

Palabras clave: Nutricional, fragilidad, tercera edad, alimentos.

Conforme se avanza la edad, suele presentarse una serie de cambios que afectan la salud nutricional desde el aspecto biológico, físico, psicológico y social. Algunas de las afecciones más discutidas son el deterioro sensorial, así como pérdida de apetito y afecciones de gastrointestinales como disfasias o dolores abdominales e incluso dificultades motoras de la masticación por ausencia o mal estado de sus piezas dentales o anorexia propia de la edad u ocasionada por el consumo de múltiples fármacos. El siguiente escrito se pretende discutir los diferentes aspectos que podrían prevenir los riesgos en los que se encuentran los adultos mayores en materia de salud nutricional.

A continuación se enumeran los aspectos a considerar que conforman la prevención de la fragilidad nutricional en personas de la tercera edad (figura 1):

Figura 1. Aspectos que conforman la prevención de la fragilidad nutricional



Fuente: Realización de la autora.

1. Aspectos socioculturales de la alimentación

¿De qué sirve ofrecer un platillo perfectamente equilibrado y suficiente si el adulto mayor no gusta de él y decide no comerlo? ¿Ya sea porque no le llama la atención, porque es difícil de tragar o porque no le apetece? Es por ello que debemos recordar el aspecto sociocultural que juega el papel de la alimentación en el ser humano, que según Aranceta, está ligado a significados emocionales, sociales y míticos del alimento. El proceso de alimentación se vuelve un enramado de sentidos y significados individuales y colectivos por lo que debemos preguntar qué alimentos son los que desean, qué se les antojan o incluso investigar qué preparaciones o platillos añoran de su infancia y juventud. García refiere que el placer está en recordar no solo la cocina, sino la parafernalia que la rodea y sus diferentes sazones resultado de los diferentes platillos tradicionales.

Muchas veces se comente el error de ofrecer a los adultos mayores aquellos alimentos que el preparador de alimentos o el profesionista de la salud “considera” que son los adecuados. Sin embargo, la voz del adulto mayor deberá ser escuchada para a partir de ahí, realizar las adecuaciones pertinentes a ese platillo que él quiere y no el que el profesionista o preparador de alimentos decide.

2. Aspectos psico-sociales del adulto mayor

Lamentablemente en muchas ocasiones los adultos mayores sufren aislamiento social, discriminación y exclusión. Ya sea porque están confinados a sus dormitorios o residen en estancias para adultos mayores o bajo la atención de cuidadores, por lo que es menester recordar que el proceso alimentario es un proceso social y el comer los alimentos en compañía de otras personas y bajo ciertos contextos es fundamental. Por ello es que, en medida de lo posible, debemos favorecer un ambiente agradable para volver del proceso de alimentación, una experiencia placentera que no solamente satisfaga los requerimientos energético-nutricionales, sino «alimentación para el corazón».

También debemos considerar que durante los años han acumulado un sinfín de experiencias, donde la enfermedad, pérdida del compañero(a) de vida, familiares y amigos, pérdida de la independencia y capacidad física, la sensación de no ser indispensables o incluso sentirse “inútiles” puede ser predisponente a actitudes depresivas y de aislamiento. Esta situación los orilla a evitar alimentos y como consecuencia de ello, a la pérdida de peso y con ello todas las consecuencias derivadas en pérdida muscular, disminución de fuerza y rendimiento físico fomentando un ciclo viciado que los excluye de las actividades sociales hundiéndoles en depresión y soledad, donde incluso, las mujeres tienen un mayor riesgo respecto a los hombres de sufrir fragilidad psico-social.

Es por lo anteriormente mencionado que familiares, cuidadores y profesionistas deberán de estar al tanto de algún cambio de tipo temperamental o de comportamiento para prevenir que algunas de estas manifestaciones psicosociales, recordando que algunos de los factores de

protección son la integración social, mantenimiento físico que genere mayor independencia y sobretodo sentirse útiles con actividades propias a las diferentes capacidades que posean, recordando que las personas mayores poseen sabiduría y experiencia y que además son ejemplo de tradición y respeto para las generaciones actuales y venideras.

3. Platillos adecuados a las nuevas capacidades funcionales

Asimismo la consistencia de la comida, así como las temperaturas, sabores, colores, olores y presentación de los platillos en general juegan un papel fundamental en la alimentación correcta de todos los individuos y no únicamente los componentes energéticos y nutrimentales. Sin embargo, en los individuos de la tercera edad existen cambios y adaptaciones fisiológicas durante el envejecimiento, mismas que deberán considerarse al momento de seleccionar las técnicas de preparación de los platillos:

- La alteración de los sentidos como de la vista, olfato y gusto tienen como consecuencia una variación en la percepción de los sabores, por lo que hay que explorar nuevas preparaciones. Sin embargo, es necesario prestar atención en el consumo excesivo de sal como forma de compensar la falta de percepción del sabor. Sobre todo en pacientes con hipertensión arterial, problemas renales y de retención de líquidos.
- La textura deberá favorecer que el alimento sea triturado con facilidad, y en aquellos casos en que no se tengan o esté comprometida las piezas dentarias, se deberán ofrecer consistencias de fácil deglución.
- Los ancianos pueden presentar menor tono del esfínter esofágico, por lo que evitar alimentos demasiado líquidos y ofrecer aquellos con mayor consistencia, evita posible atragantamiento o ataques de tos.
- Existe una secreción gástrica anormal, por lo que el vaciamiento gástrico se disminuye para los sólidos, por lo que ofrecer varias comidas al día ⁽⁵⁻⁶⁾ y de menor cantidad es más favorable que únicamente tres y copiosas.

4. Equilibrio energético-nutricional de la dieta

Las Pautas de Intervención Nutricional en el Anciano Frágil (2014) identifican una directriz en la alimentación del anciano frágil, en la que nos podemos apoyar para identificar patrones generales de la Dieta Correcta para personas de la tercera edad:

- Estos patrones indican que la dieta deberá basarse primordialmente en el consumo de verduras y frutas. En México contamos con una vasta diversidad en frutas y verduras, y sobre todo las de temporada son las más frescas y accesibles del año.

- Leguminosas como frijoles, garbanzos, habas, lentejas, alubias y soya. Estos son de gran ayuda para elaborar diferentes preparados y enriquecer nutrimentalmente las sopas y caldos.
- Cereales enteros como avena, cebada, centeno, arroz y pasta integrales, proveyendo energía además de fibra soluble e insoluble a la dieta.
- Pescados grasos y mariscos. Favoreciendo su consumo ya que aportan proteínas y menor consumo de grasas saturadas, favoreciendo la salud cardiovascular.
- Respecto a las carnes rojas, éstas deberán de moderarse su consumo a una ración pequeña unas dos veces por semana.
- Sobre los lácteos, también se deberán consumir a moderación como las carnes rojas. Algunos ejemplos pueden ser como la leche, quesos varios, mantequilla, crema, requesón y otros derivados. Su consumo deberá ser además tolerancia, recordando que algunos adultos mayores pierden o disminuye su capacidad para digerir este tipo de productos, ocasionándoles malestar, cólicos y/o inflamación y gases.
- Estudios clínicos han demostrado que los ácidos grasos omega-3 u omega-6, ácido docosahexanoico (DHA) y ácido eicosapentanoico (EPA) mejoran significativamente las funciones cerebrales como la flexibilidad, memoria de trabajo y la planificación, así como contribuir en disminuir el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer en adultos mayores sin demencia, por lo que se recomienda aumentar la cantidad en la ingestión de fuentes alimentarias de dichos ácidos grasos por evidentes razones.

5. Inocuidad alimentaria

Otro aspecto relevante de mencionar es la inocuidad e higiene de los alimentos que deberá prestarse con atención especial puesto que una Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA) en pacientes de la tercera edad puede ser fatal sino es que letal debido a las enfermedades infecto-contagiosas adquiridas por una inadecuada selección, manipulación o preparación de alimentos, incluso cuando la comida es llevada a domicilio. Las personas involucradas en la selección y preparación de los alimentos, en caso de que el adulto mayor no sea el responsable de ello, deberán ser capacitadas para ello para contrarrestar la falta de conocimientos en la materia de inocuidad alimentaria, experiencia cocinando o seleccionando los alimentos.

Algunas recomendaciones para prevenir fragilidad nutricional en inocuidad alimentaria sería :

- Lavarse las manos antes de manipular alimentos o después de haber tocado otras superficies contaminadas (celulares).
- Mantener alimentos en refrigeración (4°C) y/o congelación (-18°C). Nunca a temperatura ambiente por más de 2 horas.
- Descongelar alimentos en el refrigerador o a chorro de agua fría o microondas. Nunca a temperatura ambiente.
- Cocinar completamente las carnes.

Además realizar una inspección de la materia prima y/o alimentos a domicilio para verificar sus condiciones organolépticas, esto quiere decir que se encuentre en íntegras condiciones respecto a su olor, color, textura y características propias del alimento, para descartar aquellos de dudosas características que podrían ser un indicio de mal estado y/o estado de putrefacción, causado por la proliferación de bacterias contenidas en el alimento.

Es una prioridad apremiante que los profesionistas de la salud nutricional que estén en contacto con personas de la tercera edad conozcan y transmitan información efectiva con la finalidad de prevenir estado de fragilidad nutricional en los pacientes de edad avanzada. Asimismo se sugiere monitorizar la evolución de las intervenciones y medidas terapéuticas implementadas (en caso de haberlas) con el propósito de apreciar la efectividad de la terapéutica implementada y lograr prevenir en tiempo la fragilidad en este sector de la población.

Referencias

Antón Jiménez, M., Artaza Artabe, I., López Trigo, J. A., Martín Pérez, E., Martínez Velilla, N., Matía, P., y otros. (2014). *Envejecimiento y nutrición: pautas de intervención nutricional en el anciano frágil*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Aranceta, J. (2001). *Preferencias y hábitos alimentarios*. Barcelona: Masson.

Bolet Astoviza, M., & Socarrás Suárez, M. M. (2009). La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Rev haban cienc méd* , 8 (1).

Franco Gilardo, F. A., & Arboleda Montoya, L. M. (2010). *Asepectos socioculturales y técnico-nutricionales en la alimentación de un grupo de adultos mayores del centro gerontológico Colonia de Belencito de Medellín-Colombia. Perspectivas en nutrición humana* , 12 (1), 61-74.

García, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del proceso alimentario. *Salud Pública Mex* , 49, 236-42.

United States Department of Agriculture: Food Safety and Inspection Service. (21 de agosto de 2013). USDA: hojas informativas. Recuperado el 20 de diciembre de 2016, de Las Personas Mayores Necesitan ser Juiciosas en Materia de Inocuidad Alimentaria: https://www.fsis.usda.gov/wps/portal/fsis/topics/food-safety-education/teach-others/download-materials!/ut/p/a0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOINAg3MDC2dDbz8LQ3dDDz9wgL9vZ2dDSyCTfULsh0VAdVfMYw!/?1dmy¤t=true&urile=wcm%3apath%3a%2Ffsis-content%2Fintern

- 1.- Bolet, A. M., & Socarrás, S. M. (2009). La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Rev haban cienc méd*, 8 (1).
- 2.- Aranceta, J. (2001). *Preferencias y hábitos alimentarios*. Barcelona: Masson.
- 3.- García, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del proceso alimentario. *Salud Pública Mex*, 49, 236-42.
- 4.- Bolet Astoviza, M., & Socarrás Suárez, M. M. (2009). La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Rev haban cienc méd*, 8 (1).
- 5.- Franco Gilardo, F. A., & Arboleda Montoya, L. M. (2010). Asepectos socioculturales y técnico-nutricionales en la alimentación de un grupo de adultos mayores del centro gerontológico Colonia de Belencito de Medellín-Colombia. *Perspectivas en nutrición humana*, 12 (1), 61-74.
- 6.- Me refiero como «alimentación para el corazón» aquella cargada de sentidos y significados que como consecuencia motiva, brinda alegría y evoca recuerdos en el adulto mayor.
- 7.- Bolet Astoviza, M., & Socarrás Suárez, M. M. (2009). La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Rev haban cienc méd*, 8 (1).
- 8.- Antón Jiménez, M., Artaza Artabe, I., López Trigo, J. A., Martín Pérez, E., Martínez Velilla, N., Matía, P., y otros. (2014). *Envejecimiento y nutrición: pautas de intervención nutricional en el anciano frágil*. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- 9.- Bolet Astoviza, M., & Socarrás Suárez, M. M. (2009). La alimentación y nutrición de las personas mayores de 60 años. *Rev haban cienc méd*, 8 (1).
- 10.- Aunque cabe mencionar que la diversidad en las consistencias enriquece la experiencia de la alimentación, por lo que deberá considerarse ofrecer únicamente papillas, buscando alternativas para mejorar la dentición en la medida de lo posible y así favorecer la capacidad de masticación.
- 11.- Antón Jiménez, M., Artaza Artabe, I., López Trigo, J. A., Martín Pérez, E., Martínez Velilla, N., Matía, P., y otros. (2014). *Envejecimiento y nutrición: pautas de intervención nutricional en el anciano frágil*. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- 12.- Sobre Las Pautas de Intervención Nutricional en el Anciano Frágil, la autora realizó comentarios y agregados con el fin de tropicalizar la información para que sea más adecuada a la población mexicana.
- 13.- United States Department of Agriculture: Food Safety and Inspection Service. (21 de agosto de 2013). USDA: hojas informativas. Recuperado el 20 de diciembre de 2016, de Las Personas Mayores Necesitan ser Juiciosas en Materia de Inocuidad Alimentaria: https://www.fsis.usda.gov/wps/portal/ffsis/topics/food-safety-education/teach-others/download-materials!/ut/p/a0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOINAg3MDC2dDbz8LQ3dDDz9wgl9vZ2dDSyCTfULsh0VAdvfMYw!/?1dmy¤t=true&urile=wcm%3apath%3a%2Fffsis-content%2Fintern
- 14.- United States Department of Agriculture: Food Safety and Inspection Service. (21 de agosto de 2013). USDA: hojas informativas. Recuperado el 20 de diciembre de 2016, de Las Personas Mayores Necesitan ser Juiciosas en Materia de Inocuidad Alimentaria: <https://www.fsis.usda.gov>

/wps/portal/ffsis/topics/food-safety-education/teach-others/download-materials!/ut/p/a0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfGjzOINAg3MDC2dDbz8LQ3dDDz9wgl9vZ2dDSyCTfULsh0VAdvfMYw!/?1dmy¤t=true&urile=wcm%3apath%3a%2Fffsis-content%2Fintern

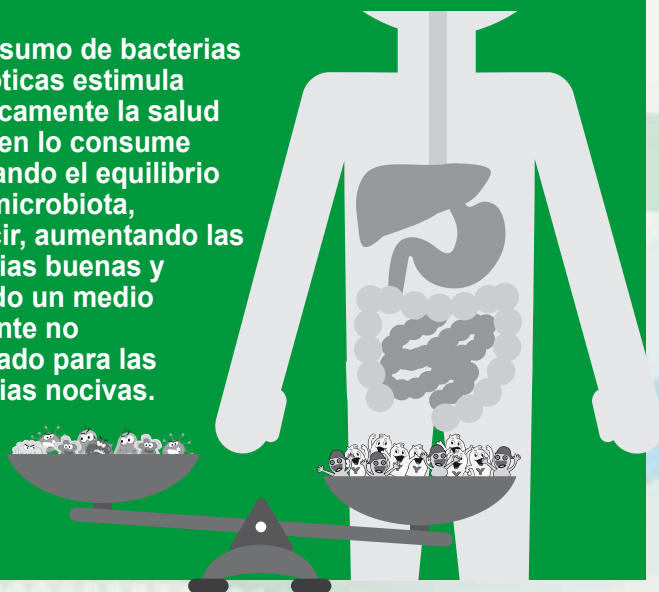


Lactobacillus casei Shirota

» **Bacteria láctica y probiótica capaz de llegar viva a los intestinos. Exclusiva de la marca Yakult**

» **Equilibra la microbiota intestinal**

El consumo de bacterias probióticas estimula benéficamente la salud de quien lo consume mejorando el equilibrio de la microbiota, es decir, aumentando las bacterias buenas y creando un medio ambiente no adecuado para las bacterias nocivas.



Ensayo

Sarcopenia como factor de fragilidad en el adulto mayor

José Raúl Valdez Leyva.

Pasante Lic. Nutrición.

Universidad UNIVER Zamora, Mich.

Recibido: 12/Dic/2016

Aprobado: 16/Dic/2016

Palabras clave: Masa muscular, desnutrición, pérdida de peso, fragilidad.

Se va a entender la fragilidad corporal como la condición débil o delicada de una persona a padecer una enfermedad o accidente de tipo físico a consecuencia de su estado de salud y nutricio.

La transición demográfica y epidemiológica asociada al aumento en la esperanza de vida tiene repercusiones importantes en los sistemas de salud de todo el mundo, la más importante es el envejecimiento poblacional. En México, entre 2005 y 2050 la población de adultos mayores aumentará alrededor de 26 millones, más de 75% de este incremento ocurrirá a partir de año 2020. De este modo, se estima que la población de 60 años o más, representará uno de cada seis habitantes (17.1%) en 2030 y en 2050 será de uno de cada cuatro (27.7%).

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. La prevalencia reportada oscila entre un 7 y un 12% en la población mayor de 65 años. La mayoría de los autores coinciden en que las manifestaciones clínicas más comunes son una disminución involuntaria del peso corporal, de la resistencia y de la fuerza muscular, trastornos del equilibrio y de la marcha y una declinación de la movilidad física.

Estos aspectos clínicos se deben a la pérdida de masa muscular involuntaria o sarcopenia ya que el músculo juega un papel de suma importancia para el desarrollo de actividades cotidianas, protección de los órganos del cuerpo y mecanismo de defensa ante un agente extraño o infección.

Por consiguiente, es de esperar que este fenómeno genere un aumento de las enfermedades asociadas con la edad, entre ellas el estado conocido como fragilidad del adulto mayor, considerado como un síndrome geriátrico que aún no se ha difundido en el ámbito de la medicina.

La fragilidad supone la pérdida excesiva de masa magra corporal, también llamada sarcopenia, como resultado de la interacción entre múltiples factores, tales como:

- **Genética.**
- **Proceso de envejecimiento.**
- **Enfermedades.**
- **Medio ambiente.**
- **Estilo de vida.**
- **Estado de nutrición.**

La Asociación Dietética Americana apoya la estrategia de eliminar las restricciones nutricionales como una forma de mejorar la ingestión de alimentos y ofrecer una selección más amplia de opciones en los alimentos en pacientes frágiles.

Conforme avanza la edad, hay una pérdida de la masa muscular, en calidad y fuerza. Influyen para ello diversos factores, como disminución en la actividad física, alteración en el estado hormonal, inflamación y disminución en la ingestión proteico-calórica. Citocinas proinflamatorias, como la IL-6, están implicadas en la pérdida de masa muscular, pérdida de la fuerza y discapacidad. Con la edad, la pérdida progresiva de masa muscular, que puede alcanzar hasta 3 kg de masa magra por década después de los 50 años, se acompaña de aumento progresivo del tejido graso.

Muchos adultos mayores no consumen la cantidad de proteína suficiente para disminuir la pérdida de la masa muscular; el consumo de proteínas recomendado en personas de la tercera edad es de 0.8 g/kg/día. El consumo de suplementos calórico proteicos en residentes de asilos con un aporte extra de 360 kcal diarias por 10 semanas mejoró la fuerza muscular en miembros inferiores. El consumo de suplementos proteicos en conjunto con un programa de resistencia física mejoró la fuerza muscular.

Para realizar un diagnóstico oportuno de sarcopenia se tiene que realizar una serie de pruebas tanto nutricionales que implican mediciones antropométricas, frecuencias de consumo de alimentos e historia clínica nutricional que indicarán si hay pérdida de peso en cuanto a masa muscular se refiere, una dieta inadecuada en aporte proteico está relacionado con este problema ya que no se cubren las necesidades básicas para mantener un volumen muscular adecuado; de igual forma se hace una serie de test fuerza física los cuales deben ser aplicados por experto en la materia de cultura física y deporte y de igual manera se tenga un diagnóstico de fuerza física y en coordinación plantear un tratamiento tanto nutricional como físico en cuanto a la realización de actividades o ejercicios para la mejoría del estado físico y muscular.

Esto antes mencionado hace trabajar al equipo multidisciplinario en realizar una temprana detección de la fragilidad en el adulto mayor para evitar que el número de personas con este problema vaya en aumento en cuestiones de una alimentación inadecuada, alteraciones de la marcha, cansancio físico y mental, y problemas de salud. De esta manera actuar de una manera rápida para prevenir y evitar que la fragilidad siga progresando y poder revertir en ciertos aspectos el deterioro de la masa muscular.

Con el paso de los años nuestro organismo se va aletargando de tal manera que el cuerpo se va haciendo más débil y por consecuencia de ello comienzan los signos de fragilidad, por ello es de vital importancia

que desde una temprana edad se realice una actividad física que involucre a nuestro sistema muscular estar en constante movimiento, esto para mejorar su volumen, fuerza y resistencia.

Para poder tener un adecuado estado de salud en la edad adulta se tiene que llevar a cabo una serie de buenos hábitos en nuestro estilo de vida y uno muy en especial el tipo de alimentación que tenemos, al consumir diariamente proteínas de AVB (alto valor biológico) de origen animal y/o vegetal, al igual una AF (actividad física) que estimule a directamente el músculo.

De igual manera el equipo de salud integral debe tener comunicación directa con la persona para un mejor apego al tratamiento establecido por los profesionales de las diferentes áreas en cuestión de la salud.

Referencias

- 1.- Revista Cubana de Medicina General Integral. Fragilidad en el adulto mayor. Un primer acercamiento. Año 2004 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000400009
- 2.- Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Adulto Mayor. Año 2012 http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/479_GPC_SxndromeFragilidad/GER_sindrome_de_fragilidad.pdf
- 3.- Tania g., José V. Malnutrición en el anciano. Parte I: desnutrición, el viejo enemigo. Año 2012 <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim121i.pdf>
- 4.- Raúl C., Jimena M., Carlos P., Ulises C. Fragilidad y Sarcopenia. Año 2011 <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2011/un115c.pdf>



ENSAYO

Factores que influyen en la fragilidad del adulto mayor

Christian Nava Garibay.

Pasante Lic. Nutrición.

Universidad UNIVER Zamora, Mich.

Recibido: 12/Dic/2016
Aprobado: 16/Dic/2016

Palabras clave: Fragilidad, adulto mayor, factores de riesgo, sarcopenia.

La fragilidad es un síndrome clínico relacionado con el envejecimiento y caracterizado por homeostasis inestable, resultado del descenso simultáneo en múltiples sistemas fisiológicos. Incrementa el riesgo de pérdida de la funcionalidad, pérdida de resistencia a la enfermedad e incremento de la posibilidad de morir, se acompaña de discapacidad y vulnerabilidad ante eventos estresantes.

El adulto mayor presenta habitualmente una mayor vulnerabilidad al medio interno y/o externo que es producida en gran parte por la pérdida normal de la reserva fisiológica con el paso de los años. El organismo presenta además una menor capacidad en la homeostasis fisiológica que un sujeto más joven. Por ejemplo, se reduce su fuerza muscular, las horas de sueño, la capacidad de regular la temperatura corporal, la capacidad de ingerir líquidos en caso de deshidratación, etc., puede llegar a estar frágil por solo una causa médica; secundario a factores sociales (soledad, pobreza, tipo de vivienda, educación, etc.), por razones farmacológicas (dosis y tipos de fármacos que usan) y psicológicas. Intervenir en el desarrollo de la fragilidad, tiene implicancias no solo sociales sino también en la calidad de vida y quizás en la longevidad.

Factores de riesgo para fragilidad

- El envejecimiento biológico. Alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades (sensoriales, musculares, equilibrio, etc.).
- Enfermedades agudas o crónicas reagudizadas (conocidas o no).
- Factores de riesgo en cuanto a abusos (estilos de vida, factores sociales y económicos).
- Factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad, déficit nutricional).

Factores determinantes de fragilidad

Mayor de 75-80 años. Pluripatología. Polifarmacia. Problemas cognitivos afectivos. Reingresos hospitalarios frecuentes Patología crónica invalidante. Sin apoyo o soporte social. Problemas en la deambulaci3n (caídas, miedo a caerse). Pobreza.

La fragilidad nutricional se refiere a la discapacidad que sobreviene como consecuencia de una rápida e involuntaria pérdida de peso, principalmente de la masa muscular, padecimiento que se denomina sarcopenia. La disminuci3n de la masa muscular y aumento de masa grasa incrementa la rigidez de las articulaciones.

Uno de los factores más importantes que se asocian a la fragilidad es la sarcopenia.

Sarcopenia

Disminución de la masa magra.

Entre los 30-80 años disminuye 40%.

Causa: Pérdida de hormonas miotrópicas, menos actividad física.

Consecuencias de la sarcopenia

Menor velocidad al caminar, debilidad muscular, sensación de agotamiento.

Menor capacidad de termorregulación, menor sensibilidad a la insulina, menor tolerancia al ejercicio, caídas. Junto con mayor pérdida de masa ósea, vuelve a la mujer más frágil.

Síntomas ya no de menopausia sino de la etapa de climaterio.

Las repercusiones en el organismo se pueden prevenir: Con una ingesta nutricional adecuada, vigilancia, disminución de la talla y un aumento de alimentos ricos en proteína.

Consecuencias clínicas de la fragilidad

- Presentación atípica de enfermedades.
- Falla de los sistemas frágiles.
- Alto riesgo de deterioro funcional.
- Reacciones atípicas a drogas.
- Lenta recuperación.

Es necesario un equipo de atención multidisciplinaria como: médicos, nutriólogos, rehabilitadores físicos, enfermeras para poder brindar mejor atención al adulto mayor frágil.

La nutrición es un factor de salud y de atención de padecimiento que pueden desembocar en fragilidad. El cual se puede prevenir, retardar su aparición. Es decir actuar y hacer el seguimiento de la vulnerabilidad para reducir diversas enfermedades por la fragilidad.

La fragilidad representa una falla en la integración de los órganos y sistemas sociales requeridos para mantener la independencia. Existen marcadores séricos de desbalance metabólico pero poco específicos para fragilidad. Los nutriólogos tenemos un importante rol en promover un estilo de vida saludable, promover medidas preventivas para fragilidad permitiendo a las personas mayores lograr una vejez exitosa y saludable.

Referencias

BENÍTEZ GR, HOYLE MT. Fragilidad en el anciano. *Temas de Medicina Interna. Pontificia Universidad Católica de Chile*; 2004.

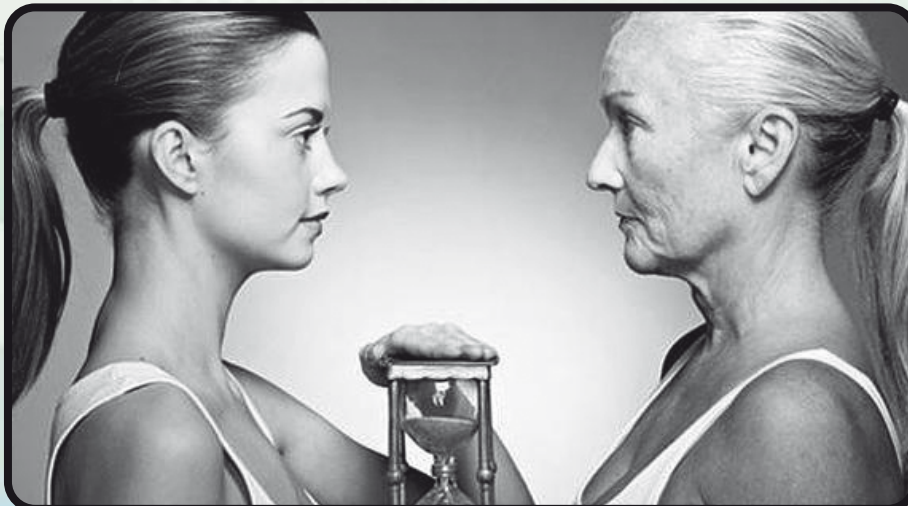
GÓMEZ AG. Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral. *Escuela Salud Pública – Chile*; 2002.

Geriatría / [ed.] Carlos d'Hyver de las Deses, Luis Miguel Gutiérrez Robledo --2ª ed.-- México: Editorial El Manual Moderno, 2009.

Latinoamérica Envejece: Visión Gerontológica/Geriátrica / [ed.] Zoila Trujillo, Margarita Becerra, María Silvia Rivas --1ª ed.-- México: Editorial McGraw-Hill, 2007.

Cawood AL, Elia M, Stratton RJ. Systematic review and meta-analysis of the effects of high protein oral nutritional supplements. *Ageing Res Rev* 2012; 11:278-96.

Philipson TJ, Snider JT, Lakdawalla DN, et al. Impact of oral nutritional supplementation on hospital outcomes. *Am J Manag Care* 2013; 19. :121-8



ENSAYO

Fragilidad, ¿un problema sólo de personas adultas mayores?

Susana De la Rosa Hernández.

Lic. en Psicología.

Estudiante de Maestría en Ciencias Socio-médicas.

Universidad de Guadalajara.

Recibido: 16/Dic/2016
Aprobado: 22/Dic/2016

Para comenzar a abordar este tema, es necesario tomar una definición de lo que llaman fragilidad en los espacios de salud.

Hay distintos significados de fragilidad, como concepto médico se hace referencia al síndrome de fragilidad como el proceso de envejecimiento natural asociado a una variedad de problemas médicos que llevan a un estado de vulnerabilidad fisiológica que resulta en el compromiso de la reserva homeostática y una capacidad reducida del organismo a resistir el estrés, lo que aumenta la vulnerabilidad ante enfermedades agudas, caídas, discapacidad, institucionalización y muerte (Quevedo-Tejero, E. C., Zavala-González, M. A., Alonso-Benites, J. R., 2011).

Se diagnostica fragilidad cuando hay presencia de 3 de los siguientes 5 criterios: fatiga crónica autorreferida, debilidad, inactividad, disminución de la velocidad de marcha y pérdida de peso (Jauregui, J.R., Rubin R.K., 2012).

Los criterios anteriores también tienen que ver con aspectos sociales, económicos y políticos. Si hablamos de una fatiga crónica autorreferida, ¿sólo tiene que ver con el proceso natural de envejecer?, ¿no tiene que ver también con cómo fue la vida laboral de la persona? Si se menciona la inactividad, ¿no tendrá que ver con que prácticamente, como sociedad, no contamos con el tiempo de ocio y recreación para activarnos adecuadamente? La pérdida de peso, además del proceso biológico, ¿no tiene que ver con desnutrición y dificultades para comer en tiempo y forma?

Es esencial y urgente situar la fragilidad desde una perspectiva biopsico-social, en la cual habrá que englobar que la persona adulta mayor además está en un proceso psicológico y social de envejecimiento, aspecto que nuestro sistema de cuidado no contempla. La ciencia y la tecnología han avanzado para que nuestras vidas se alarguen, pero no con el interés de que sea para vivir armónicamente. Vivimos más, ¿para qué y a costa de qué?

Vilamil, M. M., Quintero, A., Henao, E. y Cardona, J. L. (2013) mencionan tres crisis que se presentan en la vejez:

- De identidad: que son las pérdidas tanto de personas cercanas como de momentos que los sujetos viven en determinado tiempo, espacio y contexto.
- De autonomía: que se refiere al estado de salud con el que cuenta cada persona; mientras éste sea positivo tendremos autonomía.
- De pertenencia: que son los diferentes contextos que vivencia cada persona.

Las condiciones en que este proceso se viene dando, se produce en un contexto de pobreza e inequidades, aún falta cobertura de la seguridad social y la proporción de una fuerte red de apoyo, producto de los cambios en la estructura, en la composición familiar y la focalización de programas del Estado. Envejecer se asocia con deterioro económico, social, físico y mental que genera una pérdida de autonomía. Esta red social es de vital importancia (Villarreal-Amarís, G., Month-Arrieta, E., 2012).

Hablar sobre prevención de la fragilidad es hablar de prevención desde que nacemos hasta el momento en que morimos y no sólo una prevención que parta desde la atención a la salud sino desde nuestros contextos cotidianos de vida (Heller, A., 1994). Necesitamos ser solidarios/as, ser grupo, ya que la situación de aislamiento y depresión tienen que ver con la soledad.

No hay espacios para que podamos movernos con libertad colectiva en nuestros propios barrios, en los medios de comunicación se nos dicta cómo debemos ser y se subestima a nuestra gente, especialmente a la adulta mayor. Por eso y más razones esto no es solo un problema de ellos/as, sino de política social.

Desde la psicología, en vinculación con otras disciplinas de salud y ciencias sociales; en las instituciones de salud tenemos mucho trabajo, iniciando por la realización de dinámicas grupales en las que los/as derechohabientes se sientan bien y con el derecho de compartir su sentir, sus situaciones y apoyarnos para transformar nuestras vidas. Algunos ejemplos de estas alternativas son:

- Realizar Risoterapia, como una vía de atención y acompañamiento para fortalecer una actitud positiva, de incremento de la confianza en el otro y la aceptación (Villarreal-Amarís, G., Month-Arrieta, E., 2012).
- Trabajar desde enfoques críticos en educación, orientados hacia la capacitación para la emancipación de los sujetos, participativa y democrática, considerando el diálogo y la participación crítica de los individuos como elementos clave dejando de lado el mito del profesional como "experto infalible" para dar pasos hacia aprendizajes que faciliten aumentar el poder de individuos y colectivos sobre su autocuidado (Sánchez-Gómez, S., et. al., 2015).
- Continuar con la organización y aplicación de grupos de apoyo mutuo.

Todo esto para afrontar la fragilidad y sus secuelas desde una red multidisciplinaria, en la que todo el equipo de salud (enfermería, nutrición, medicina, cultura física, psicología e incluso disciplinas como la sociología y la antropología) se vincule para abordar desde una integralidad las vidas de las cuales también tenemos gran responsabilidad por el

ENSAYO

Fragilidad en el adulto mayor desde el aspecto psicológico

Beatriz Escamilla Fernández.

Pasante Lic. Psicología

Universidad UNIVER Zamora, Mich.

Recibido: 16/Dic/2016

Aprobado: 22/Dic/2016

simple hecho de decidir estudiar una profesión para pasar a laborar y participar en las áreas de salud. Incluso como grupos de profesionales podemos comenzar a realizar políticas públicas en las cuales siempre veamos por el bienestar para quienes trabajamos, ese debe ser uno de nuestros principios básicos.

Referencias

Heller, A. (1994) *Sociología de la vida cotidiana*. Ediciones Península. 4ta Edición. Barcelona, España.

Jauregui, J.R., Rubin R.K. (2012) *Fragilidad en el adulto mayor*. Rev. Hosp. Ital. B. Aires, Vol. 32, No. 3, pp. 110-115.

Quevedo-Tejero, E. C., Zavala-González, M. A., Alonso-Benites, J. R. (2011) *Síndrome de fragilidad en adultos mayores no institucionalizados de Emiliano Zapata, Tabasco, México*. Universitas Médica, Vol. 52, No. 3, pp. 255-268.

Sánchez-Gómez, S., et. al. (2015) *Investigación acción participativa; la educación para el autocuidado del adulto mayor, un proceso dialógico y emancipador*. Revista Atención Primaria, Vol. 49, No. 9, pp. 573-580.

Villarreal-Amarís, G., Month-Arrieta, E. (2012) *Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)*. Salud Uninorte. Barranquilla. Vol. 28, No. 1, pp. 75-87.

Vilamil, M. M., Quintero, A., Henao, E. y Cardona, J. L. (2013) *Terapia de la risa en un grupo de mujeres adultas*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. Vol. 31, No. 2, pp. 202-208.



Palabras clave: Salud mental, capacidades cognitivas, vulnerabilidad, desarrollo.

Ciertamente se trata de un síndrome que aparece con la edad y que afecta físicamente al ser humano en su última etapa del desarrollo, sin embargo, también implica cuestiones de vulnerabilidad en la salud mental, como es el deterioro de las capacidades cognitivas (razonamiento, juicio, memoria, etc.) y alteraciones emocionales tales como baja autoestima, sensación de inutilidad, frustración al no tener la misma capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana, como se ejercían años atrás. Si bien la vejez es la última etapa del hombre, éste tiene consciente de que está por terminar su periodo de vida y que, más que dejar un legado, quisiera terminar su estadía en el mundo físico de la manera más digna que le es posible; pero también es consciente de los riesgos que conllevan llegar a una edad adulta, como se trata de enfermedades, padecimientos y capacidades limitadas propias de la senectud; sin embargo, el síndrome de fragilidad aumenta las probabilidades de que la salud física y mental de un adulto mayor se vean en mayor riesgo de alteración, incluso, que se vea afectada hasta un nivel crónico degenerativo.

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.

La OMS identifica como adultos mayores o personas de la tercera edad a la población de 60 años en adelante. Como se menciona anteriormente, la vejez es la última etapa del desarrollo humano, en la cual comienza un declive de salud, en el que la predisposición a enfermedades físicas y mentales aumenta a medida en que su energía vital disminuye y con el síndrome de fragilidad, contemplan aún más riesgos de padecer un estado de salud poco favorable, ya que debilita también el sistema nervioso exponiendo al hombre a una situación de salud psíquica decadente, causada por una situación detonante como lo puede ser una experiencia estresante.

Se han conocido las enfermedades mentales que se presentan con frecuencia en esta etapa, como el Alzheimer, depresión, delirium, demencia senil y algunos trastornos del sueño, algunas veces desarrolladas por la disminución de la actividad cerebral, el decremento de la neuroplasticidad, las cantidades insuficientes o variantes de neurotransmisores y deterioro de las capacidades cognitivas; dichas enfermedades o padecimientos afectan no solo a nivel fisiológico, sino también a nivel emocional ya que crea en el adulto mayor la dependencia hacia otras personas, evitando que pueda ser autosuficiente en labores que realizaba normalmente, lo que conlleva a la sensación de inutilidad, concepto bajo de autoestima y frustración ante el hecho de no realizarse en una vida plena como solía hacerlo hace algunos años. Esta situación se agrava con el síndrome de fragilidad, ya que cualquier situación estresante representa un detonante para que el cuerpo humano se debilite aún más y exponerlo al deterioro acelerado de su salud mental.

frustración ante el hecho de no realizarse en una vida plena como solía hacerlo hace algunos años. Esta situación se agrava con el síndrome de fragilidad, ya que cualquier situación estresante representa un detonante para que el cuerpo humano se debilite aún más y exponerlo al deterioro acelerado de su salud mental.

Durante el proceso de envejecimiento se generan cambios importantes en el estilo de vida de la población con repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de enfermedad. Conjuntamente se desarrollan carencias de tipo afectivo por déficit de interacción social, pérdida de contacto social y problemas de movilización bastante acentuados en los adultos mayores. (Sepúlveda R./Rivas R./Bustos M./Illesca P. 2010).

Es en la vejez en que se experimenta la etapa del nido vacío, la jubilación e incluso la muerte de la pareja y amigos, lo que involucra el sentimiento de soledad e improductividad, que aleja un poco más a las personas de sus actividades sociales. Pero el estado de fragilidad crea un efecto inverso de mayor dependencia hacia las personas que fungen como cuidadores de las personas que lo padecen, ya que su motricidad así como otras habilidades sobre todo físicas se ven limitadas.

Es importante la psicoeducación sobre este síndrome no solo en el paciente, si no en las personas más cercanas a su círculo social y familiar, ya que es un padecimiento con limitaciones y cuidados exigentes tales como evitar situaciones estresantes que puedan propiciar la aparición o agudización de alguna enfermedad de cualquier tipo que ponga en riesgo su salud física y mental, así como su integridad como ser humano. Para esto es necesario explicar a detalle las causas de dicho síndrome y aclarar las dudas que puedan surgir en el momento, ya que una mala información también puede causar un conflicto al sobrellevar este síndrome.

Se cree que institucionalizar a un adulto mayor garantiza un estado de bienestar en todas las esferas de salud, pues se les otorga mayor atención y cuidados de los que se le pudieran otorgar en su propio hogar, sin embargo ésta no siempre es la solución, ya que en algunas ocasiones se experimenta la sensación de abandono por el núcleo familiar, lo que favorece a que el síndrome de fragilidad se manifieste y se desarrolle a un nivel más alto. Una buena opción para combatir el estado de fragilidad es el apoyo de la familia y seres queridos cercanos al paciente, ya que evitará en mayor medida que padezca de situaciones poco favorables que aumenten los síntomas de este síndrome.

Se tiene conocimiento de que las personas que reciben pocos estímulos del entorno, padecen más rápidamente el declive de las facultades mentales que personas expuestas a grandes estimulaciones sensoriales (Calero, 2003), es decir que entre una mayor estimulación cognitiva mayor autonomía tendrá la persona. (Jara Madrigal/2005)

Un tratamiento óptimo que involucre ejercicios como terapia física, una buena alimentación de acuerdo a sus necesidades físicas, ejercicios mentales de memoria, lógica y resolución de problemas para elevar la actividad cerebral y aumentar la cantidad de conexiones neuronales, actividades como tocar un instrumento musical, practicar un deporte, realizar actividades que requieran de las habilidades motoras gruesas y finas como el baile, el dibujo, la redacción, incluso participar activamente en algún trabajo que pueda requerir de su experiencia en el área laboral en forma de asesoramiento, promoverá no solo una mejoría en la salud física sino también del propio autoconcepto y elevación de autoestima al sentirse de nuevo parte de la sociedad y una parte importante dentro del sistema familiar, devolviéndole un poco de su autonomía y optimizando su nivel de calidad de vida. De esta manera, se incluirán a los adultos mayores en una parte importante de la sociedad y se evitará que el padecimiento de la fragilidad continúe afectando a esta parte de la población tan indispensable.

Conclusión

Una manera de prevenir el síndrome de fragilidad es teniendo hábitos saludables como la actividad física constante, la buena alimentación, evitar situaciones estresantes o conflictivas y mantener las relaciones sociales que favorecen a un estado de salud mental adecuado, sin hacer exclusión a los adultos mayores, al contrario, reconociendo sus aportaciones a la sociedad y al núcleo familiar, así como reforzar las conductas que promueven un buen nivel de salud mental. Todo esto se logra si se atiende cada esfera de la vida humana con el asesoramiento de los especialistas de la salud como psicólogos, nutriólogos, terapeutas físicos y médicos que, con su trabajo en conjunto, logran un estado de homeostasis en el paciente.

Referencias

Rev. Cubana Med. Gen. Integr. v.20 n.4. Ciudad de La Habana jul.-ago. 2004. Fragilidad en el adulto mayor. Un primer acercamiento Guido Emilio Lluís Ramos y Juan de Jesús Llibre Rodríguez.

La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. Licda. Marisol Jara Madrigal/Psicóloga. Revista Cúpula 2005.

Enfermedades mentales más frecuentes en el anciano: delirium, demencia y depresión. Jorge Pla Vidal Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Facultad de Medicina Universidad de Navarra.

ENSAYO

Adherencia a un programa de ejercicio físico para la prevención de fragilidad

José Alberto Andrés Ventura.
Pasante de la Lic. Cultura Física y Deportes.
Universidad de Guadalajara.

Recibido:	16/Dic/2016
Aprobado:	22/Dic/2016

Palabras clave: Anciano, frágil, prevención, ejercicio físico, programa.

El envejecimiento es un proceso biológico obligado de los seres vivos, caracterizado por la aparición de una serie de transformaciones en el organismo que conducen a la disminución de la capacidad funcional de sus órganos y sistemas.

La inactividad física se destaca como otro de los grandes problemas de la salud pública, sin embargo, el ejercicio físico es una herramienta importante para el tratamiento y la prevención de diferentes enfermedades crónicas, que ayuda a reducir las tasas de fragilidad. En el anciano la práctica de actividad física regular se asocia a una disminución del riesgo de mortalidad, enfermedades crónicas, institucionalización, deterioro cognitivo y funcional.

La actividad física regular hace progresar algunos aspectos de la función del sistema nervioso y especialmente el rendimiento psicomotor. Las mejoras se observan en el tiempo de reacción, en la organización visual y en la flexibilidad mental. Las personas que adoptan un estilo de vida activo tienen vidas más largas y saludables respecto a las personas sedentarias, por lo tanto son quienes presentan mayor probabilidad de padecer de forma prematura una enfermedad crónica y de morir a una edad más temprana.

El término de actividad física incluye cualquier actividad del aparato locomotor que genera un gasto energético. Las más básicas son las actividades cotidianas en las que hay que mover el cuerpo (caminar, subir escaleras, hacer las tareas del hogar, ir a las compras, cargar objetos, trabajar, asearse, etc.), la mayoría de ellas forman parte de nuestra rutina. Los individuos que se limitan a realizar esta actividad física básica, la "normal" para vivir cada día, se consideran inactivos por tratarse de una actividad física irregular y de baja intensidad que no genera beneficios para la salud.

Como ejercicio físico entendemos cualquier esfuerzo planificado y repetido con la intención de mejorar la forma física y la salud. Puede incluir actividades variadas como caminar a un paso ligero, andar en bicicleta, nadar, el aeróbic y sus variantes que ofrecen hoy día los gimnasios y polideportivos, quizás algunas aficiones activas como la jardinería y el baile, así como la práctica de deportes no intensos sino a nivel recreacional.

Por lo tanto, se llegará a un punto en el que una actividad física determinada deje de serlo, por su volumen o intensidad, para convertirse en ejercicio físico. Mientras que todo ejercicio es un tipo de actividad física, no toda actividad física es considerada ejercicio.

En la práctica clínica habitual y debido a la idiosincrasia de los sistemas de salud, en algunas ocasiones no es posible realizar una prueba de esfuerzo previa a la iniciación o incremento de la actividad física. En esos casos, se deberá prescribir un ejercicio de intensidad baja o moderada. (Colberg SR, 2010; American Diabetes Association, 2013).

Podemos encontrar numerosos estudios centrados en cómo valorar la condición física, cómo prescribir ejercicio físico para ayudar a las personas mayores a aumentar su nivel de actividad física habitual y cómo

recomendar cambios en la actividad física. Sin embargo, el diseño de estos programas suele ajustarse a una prescripción estándar o genérica de dieta o ejercicio, sin contemplar variables psicológicas o conductuales que pueden influir en la adherencia. Para realizar con garantías una evaluación inicial y una posterior prescripción de ejercicio físico saludable de manera individualizada deben contemplarse conjuntamente la ingesta de alimentos (incorporación de nutrientes) y la actividad física que se realiza (gasto de calorías), el análisis de variables psicológicas que permitan valorar la mejora del bienestar y la adherencia a las prescripciones de conductas saludables.

Bases para prescripción de ejercicio

Es importante, acudir con el médico deportivo o el profesional en el área de actividad física para la detección de anomalías a través de pruebas de valoración y/o evaluaciones físicas con la intención de reconocer y posteriormente para prevenir ciertos riesgos que acontecen con el desarrollo de la práctica del ejercicio físico y deporte, será el médico o profesional el encargado de desarrollar brevemente el diagnóstico físico de la persona evaluada y así continuar con la prescripción de un ejercicio adecuado y progresivo.

1. A la hora de diseñar un programa de ejercicio se debe tener en cuenta las características del programa o plan de entrenamiento con el que actualmente cuente la persona y partir de ahí como base para corregirlo o mantenerlo.

Características del programa:

- No supervisado (normalmente cuando el individuo comienza y solo busca unas recomendaciones que le reorienten para elegir y realizar adecuadamente la práctica deportiva por su cuenta con el menor número de incidencias posibles).
- Con seguimiento (a través de consultas periódicas y revisiones del programa con el médico deportivo, pero desempeñándolo por su cuenta sin supervisión directa en el día a día).
- Supervisado (normalmente en individuos que tienen más o menos accesible un entrenador, preparador físico o médico deportivo que ajusta diariamente el programa diseñado, corrigiendo directamente a su vez errores en la ejecución de las actividades evitando problemas añadidos).

2. Todo plan de entrenamiento o ejercicio en las sesiones debe de contar con tres partes indispensables para asegurar la progresión de las actividades realizadas y que cumpla con los objetivos planteados.

Partes del ejercicio

- Calentamiento: Prepara progresivamente al organismo al esfuerzo de la sesión para evitar lesiones, el cual debe incluir estiramientos musculares.
- Parte principal del ejercicio, siempre va a depender del objetivo de la sesión.
- Enfriamiento: vuelta progresiva a la calma, incluye estiramientos musculares y caminata normal.
- Parte principal del ejercicio, siempre va a depender del objetivo de la sesión.
- Enfriamiento: vuelta progresiva a la calma, incluye estiramientos musculares y caminata normal.

3. El ejercicio programado debe desarrollarse en base a objetivos planteados, conocidos como etapas.

Etapas del ejercicio:

- Etapa de inicio: El objetivo es iniciar al que no realiza ninguna actividad.
- Etapa de mejora: Para incrementar al que realiza constantemente algo de ejercicio.
- Etapa de mantenimiento: Reforzar con actividades adicionales a los que ya hacen suficiente.

4. Partiendo de nuestros objetivos es como determinamos qué tipo de ejercicio es el adecuado para cumplir con el trabajo y asegurar que los objetivos tengan un rumbo hacia el progreso

Tipo de ejercicio

- De resistencia cardiorrespiratoria (aeróbicos).
- De fuerza-resistencia muscular (anaeróbicos).

5. Duración y frecuencia de las sesiones: Siempre teniendo en cuenta una progresividad adecuada a cada individuo.

6. Intensidad: Manteniendo igualmente unas pautas de progresividad con además la posibilidad de prescribir dos tipos de ejercicio o su alternancia:

- Ejercicio aeróbico: Para controlar su intensidad, que será moderada o leve, tendremos la posibilidad de hacerlo a través de la frecuencia cardíaca (muy de moda en la actualidad con la adquisición de un pulsómetro) o a través de la técnica basada en el esfuerzo percibido o RPE (muy útil en tercera edad, convalecientes y pacientes de rehabilitación cardíaca).
- Ejercicios de fuerza-resistencia muscular (anaeróbicos): Explosivos, de moderada-alta y alta intensidad.

Progreso del programa de ejercicio físico

El diseño de un programa de ejercicio físico en el anciano frágil debe ir acompañado necesariamente de recomendaciones, sobre las posibles variables, como intensidad, potencia, volumen y frecuencia de entrenamiento ideales en esta población, entre otras cosas, es importante ya en el tratamiento poner atención en los detalles del desarrollo y progreso del adulto mayor en sus ejercicios:

- Definir el ejercicio, su objetivo, distribución y relación con otros ejercicios.
- Tener en cuenta precauciones según patologías, dolencias y los límites reales del individuo valorados previamente.
- Conocer la naturaleza del movimiento: Su velocidad, el método de cargas con que se realiza.
- Percibir el alcance del movimiento (importante en programas de readaptación tras lesiones).
- Mantener un ritmo del movimiento: Modificándolo según el momento por el que pasa el individuo también ganamos mecanismos adaptativos de supercompensación al esfuerzo.
- Regulación temporal: Se refiere al tiempo de ejecución de un ejercicio determinado, así como el intervalo de descanso permitido entre los ejercicios.
- Progresión (esencial): Se refiere al alcance del movimiento, la carga, la velocidad, la potencia y el gasto de energía en relación con cada ejercicio

así como con todo el programa. Se debe tratar de lograr algunas muestras de progreso en cada sesión de ejercicios. Además el programa se dividirá en microciclos, mesociclos y macrociclos en función de unos objetivos a corto, medio y largo plazo.

- Reeducación muscular: Se refiere al desarrollo de una adecuada percepción propioceptiva (corrección de la postura, uso de movimientos pasivos, activos y activos asistidos, etc.), más empleada en rehabilitación y fisioterapia.

Está demostrado igualmente que todo ejercicio físico (aeróbico, especialmente), a diferencia de las actividades físicas básicas y rutinarias de cada individuo, genera beneficios sustanciales para la salud no solo en el ámbito fisiológico (aparato cardiovascular, locomotor, sistema endocrino, etc.), también en el psicológico y el social.

El tipo de ejercicio más beneficioso en el anciano frágil es el denominado entrenamiento multicomponente, que combina entrenamiento de fuerza, resistencia, equilibrio y marcha, por lo tanto los objetivos deben centrarse en mejorar estos aspectos así como la prevención de caídas, lo cual es fundamental para que el anciano frágil pueda mantener su independencia en las actividades básicas de la vida diaria.

La práctica del ejercicio físico es la intervención más eficaz para retrasar la discapacidad y los eventos adversos que asocia habitualmente el síndrome de fragilidad.

Muchos de los test que anteriormente se han utilizado para valorar la condición física de los mayores son los que realizan los jóvenes, generalmente atletas, por lo que no cumplen con las normas de seguridad necesarias en este grupo de población además de que suelen resultar algo complejos. Por otro lado existen pruebas específicas para los muy mayores o personas frágiles, que no servirían a los mayores sanos ya que estas pruebas valoran únicamente el nivel de independencia.

Es necesario desarrollar estrategias óptimas de actuación frente a esta situación, centradas en cambiar los hábitos de muchas personas respecto a la práctica de ejercicio físico, permitiendo así alcanzar un estado de salud óptimo, de una manera sencilla y accesible para los individuos y facilitando la adherencia a estilos de vida saludables.

Referencias

Bosch M. Spottorno Rubio. Ejercicio físico y salud: pautas de actuación. Actividad física en Atención Primaria. Diabetes y ejercicio físico. Comunidad de Madrid Edita: Centro de Medicina Deportiva de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte 1ª Edición: 03/2015. Pág. 176.

Izquierdo M. Cadore E. L. Casas A. Ejercicio Físico en el Anciano Frágil: Una Manera Eficaz de Prevenir la Dependencia. Journal Kronos, Volumen: 13, Número 1, Año 2014.

L. Segura Dorado. Polo Portes. Ejercicio físico y salud: pautas de actuación. Actividad física en Atención Primaria Beneficios del ejercicio físico en el niño, en el adulto y en el anciano. Comunidad de Madrid Edita: Centro de Medicina Deportiva de la Consejería de Educación, Juventud y Deporte 1ª Edición: 03/2015. Pág. 26, 30-33.

Roberta E. Rikli. C. Jessie Jones. Senior Fitness Test. Manual, Segunda Edición. Universidad Europea de Madrid. Consultado el: 15/12/16. Recuperado de: <http://www.munideporte.com/imagenes/documentacion/ficheros/20080624183752soniagarcia1.pdf>.

Nota

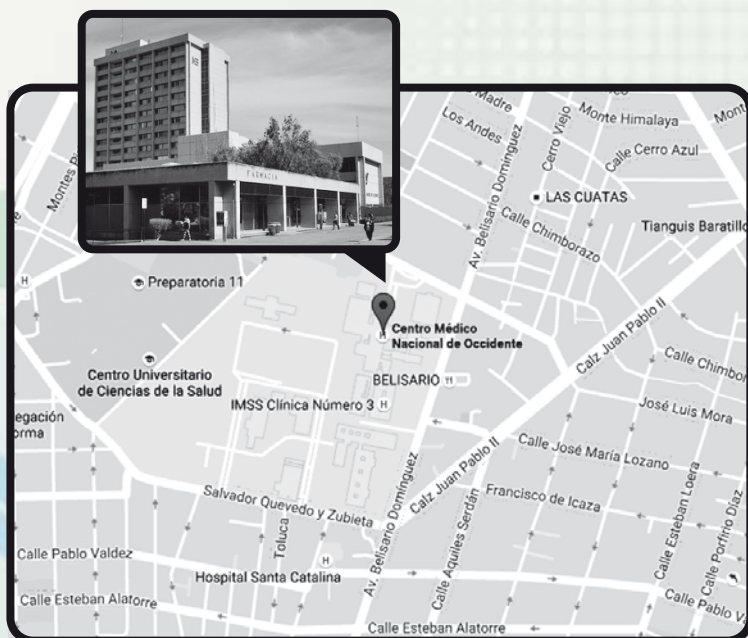
El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores.

Información para autores

- Los manuscritos deberán basarse en el manual "Uniform requirements for manuscripts submitted for biomedical publication", del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.
- Deberá llevar hoja frontal con título, autores, grado, adscripción y dirección de correspondencia.
- Resumen menor a 100 palabras.
- Artículos originales llevarán introducción, material y métodos, resultados y discusión.
- Ensayos llevarán introducción, desarrollo y conclusiones discutidas.
- Referencias, citadas estilo APA.
- Cuadros y figuras en archivo aparte, los primeros con números romanos y segundos con arábigos.

Ubicación de la U.I.S.E.S.S.

Belisario Domínguez No.1000, Bajo la Farmacia Central del del Centro Médico Nacional de Occidente en la colonia Independencia. Guadalajara, Jalisco, México. CP. 44340 Teléfono y fax 36 68 30 00 Ext. 31818.



¿Tienes algún comentario, sugerencia o te gustaría participar con nosotros?



Puedes escribirnos a los siguientes correos electrónicos:

Dr. Javier E. García de Alba García (Jefe de la U.I.S.E.S.S.)

javier.garciaal@imss.gob.mx

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha (Investigadora U.I.S.E.S.S.)

ana.salcedo@imss.gob.mx

Boletín U.I.S.E.S.S. está incluido en los índices:

- Imbiomed
- Dialnet
- Latindex
- Benson collection of university of texas libraries
- www.yakult.mx
- Cengage learning

Visita nuestra página web:

www.uisess.org

BOLETÍN UISESS, Año 17, Número 3, Septiembre-Diciembre 2016, es una publicación cuatrimestral editada por la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, ubicada en Centro Médico de Occidente, Belisario Domínguez No. 1000, Col. Independencia, C.P. 44349, Tel. 36683000 ext. 31818, Editor Responsable. Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha, Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2015-08311102490-106 otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor, impreso por YAKULT Guadalajara S.A. de C.V. Periférico Poniente Manuel Gomez Morín No. 7425, Tel. 3134 5300, este número se terminó de imprimir en enero de 2017, con un tiraje de 500 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional del Derecho de Autor. Sin embargo para fines didácticos se autoriza la reimpresión y traducción de trabajos publicados siempre y cuando se cite la fuente. También se otorga permiso para fotocopiar con fines de uso institucional interno, uso educativo en las escuelas o uso personal.



Editora del Boletín

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha

Editor Asociado

Dr. Javier Eduardo García de Alba García

Versión Electrónica

Martha Angélica Gallardo García

Consejeros Eméritos

Dr. Jorge Alonso Sánchez

Dr. Alejandro Bravo Cuellar

Dr. Luis Vargas Guadarrama

Consejo Editorial

Dra. Adriana Balderas Peña

Dra. Lourdes Ramírez Dueñas

Dra. Blanca Ramírez Hernández

Dra. Yesenia Peña Sánchez

Dra. Blanca Miriam Torres Mendoza

Dra. Refugio Torres Vitela

Comité Editorial Internacional

Dra. Roberta D'Baer, Univ. of South Florida

Dra. Raminta Danylatute, Univ. of Wright

Dr. David Hayes Bautista, UCLA

Dra. Susan C. Weller, Univ. of Texas



Directorio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Director General

Lic. Mikel Arriola Peñalosa

Director de Prestaciones Médicas

Dr. José de Jesús Arriaga Dávila

Jefe de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildosola

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Salvador Cázares Querales

Coordinador de Investigación Médica

Dr. Fabio Salamanca Gómez

Directorio

Delegación Jalisco del I.M.S.S.

Delegado Estatal

Dr. Marcelo Castillero Manzano

Jefe de Prestaciones Médicas

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Enc. Coordinación de Planeación y Enlace

Dra. Elsa Armida Gutiérrez Román

Jefe de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.

Dr. Javier E. García de Alba García

Agradecimientos:

A las autoridades institucionales y a Distribuidora Yakult Guadalajara por su apoyo para el diseño y la impresión de este boletín.

Corrección

Hugo Enrique González Reyes

Diseño Gráfico

Oscar Gregorio Gómez Vázquez

www.yakult.mx