

Editorial

- La fuerza del antienvejecimiento en el bienestar: Comer nutritivo y sabroso + movimiento.

Contenido

- La salud bucal y la nutrición en el adulto mayor.
- Alimentación adecuada para un envejecimiento saludable.
- Fuerza física y nutrición para envejecer en salud.
- Personas de la tercera edad: Un reto para la salud pública.
- Ejercicio físico para preservar la salud y lograr un envejecimiento satisfactorio.
- Prevención de la discapacidad en los adultos mayores.
- Para checar tu salud... imídete y muévete!
- Procesos centrales de la expectativa de vida con calidad que tienen tres personas con vejez, diabetes y amputación, de Guadalajara, Jalisco, México.
- Volver a la vida... después de los 60's.

● *Ubicación de la U.I.S.E.S.S.*

● *Directorio I.M.S.S.*

● *Agradecimientos*

Editorial

La fuerza del antienvejecimiento en el bienestar: Comer nutritivo y sabroso + movimiento

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

En los últimos años, la población de nuestro país está experimentando un proceso de envejecimiento progresivo.¹ Así, las transformaciones en la estructura demográfica del país reportan un incremento en la cúspide de la pirámide poblacional, donde la población de 60 años y más, principalmente, es afectada por enfermedades crónico-degenerativas. Entre ellas se destacan la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la hipertensión arterial sistémica (HAS), como principales motivos de consulta, así como el incremento de la obesidad.

El impacto de la edad y estas enfermedades debe tomar en cuenta la calidad de vida relacionada con la salud, desde una visión global, empezando por el estado bucodental para fortalecer factores salutógenos y controlar factores de riesgo que limitan a la persona en su vida diaria, pero principalmente representan factores de riesgo de posibles complicaciones que se traducen en un aumento creciente de la demanda sanitaria por parte de personas de edad avanzada. Frente a ello, las instituciones de salud y seguridad social se plantean el reto de ampliar y mejorar sustancialmente la asistencia a la población envejecida. Cuestión que implica reconocer que los indicadores de salud, enfermedad y muerte aislados, no representan comportamientos y formas de enfrentar hechos reales en su historia vital.

Además de parámetros clínicos objetivos, es importante evaluar la dimensión subjetiva que incluye percepciones, creencias y conocimientos. Así, la atención a estas personas no puede ser medida únicamente mediante la cuantificación de daños. Además, han tomado auge la investigación interdisciplinaria e integral.

En este entorno, resulta muy oportuno observar estos eventos desde la perspectiva social y médica, porque la investigación del envejecimiento plantea considerar que se trata de un proceso, donde es necesario

Continúa pág. 2

combinar métodos de trabajo para la búsqueda de patrones generalizables y profundizar los significados presentes en el sujeto que se investiga y en el investigador. La importancia de este tipo de enfoques es que no sólo permite caracterizar el problema, sino también hablar desde la perspectiva de los ancianos.

En la investigación sobre el envejecimiento en los ochentas, apenas comienza a sistematizarse. Ello produce espacios a cubrir en dos aspectos fundamentales: La rapidez del problema. En aproximadamente 25 años, esta región alcanzará los niveles de envejecimiento poblacional que en Europa demoraron un siglo; las soluciones de los países desarrollados no pueden transmitirse críticamente a los países en desarrollo. Por tanto, la necesidad de una conceptualización propia, respecto a esta problemática se convierte en un reto adicional ante los escenarios que el envejecimiento poblacional ha traído a nuestra región.

También se ha propuesto propiciar una cultura sobre el envejecimiento, que no significa difundir logros aparentemente comunes o estereotipos encubridores de las multifacéticas y complejas realidades y caer en la tentación de dar interpretaciones generalizables, ni aplicables a la especificidad. De ahí la importancia de una conceptualización propia que busque caminos nuevos desde la confluencia de las ciencias sociales, perfiles epidemiológicos y clínicos.

Frente a ello, las instituciones de salud y seguridad social están logrando avances muy significativos, pero todavía requieren un esfuerzo mayor, con acciones interdisciplinarias del equipo de atención a la salud en el primer nivel.²

Ello produce espacios a cubrir, por ejemplo sobre la experiencia de padecer y vivir con una enfermedad crónica. Los cierto es que ese ejemplo pudiera incorporarse a otros espacios del conocimiento como calidad y procesos de vida, percibiéndose el estado de conocimiento como un problema urgido de investigación-acción. Así, el problema del envejecimiento y de las enfermedades crónicas requiere de una caracterización y ordenamiento que pongan en relieve no sólo su magnitud en el contexto general, sino también en cada uno de los sectores sociales, destacando la dimensión que se investiga.

En el contexto del I.M.S.S., por ejemplo,³ la atención a enfermos crónicos representa un problema creciente, complejo que actualmente representan 85% de los servicios otorgados por el I.M.S.S. Entre las más frecuentes destacan la hipertensión arterial y la diabetes mellitus 2, mientras que en medicina familiar representan el 18% del gasto en salud. En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud 2000 informa que casi dos terceras partes de la población presenta sobrepeso (36.2%) y obesidad (23.7%). Sólo 38.4% registró un estado normal.

Dentro de las estrategias para la mejora de medicina familiar se propone en el primer nivel de atención están:

1. Ampliar y mejorar sustancialmente la asistencia a la población envejecida.
2. Brindar una atención Integral de la salud, proceso mediante el cual los individuos, grupos comunitarios y la sociedad en general, desarrollan las condiciones necesarias para controlar y actuar mediante la combinación de la elección personal con la corresponsabilidad social, por medio del acceso y uso de servicios, con suficiente cantidad y calidad técnica.
3. Promoción de la salud, proceso que permite a las personas mantener, incrementar y recuperar su salud por medio de acciones de educación para la salud, participación comunitaria e integración social, orientadas a adquirir mayor autonomía, el cambio en estilos de vida y el control sobre su propia salud, en un marco de corresponsabilidad entre los usuarios y la institución.
4. Dependencia o pérdida de la autonomía personal. Necesidad del individuo de ser ayudado o apoyado para ajustarse a su medio e interactuar con él.

Así, el envejecimiento progresivo y la mayor esperanza de vida de la población hacen cada vez más importante la aplicación de medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad crónica, donde el protagonismo es de la atención primaria.⁴

Este boletín, como órgano de difusión de un equipo de atención que le apuesta a ser integral y multidisciplinario para contar con adultos y llegar a la siguiente etapa de la vida en mejores condiciones, iniciamos con un artículo de salud oral, requisito para comer bien y estar en condiciones de mejorar nuestra actividad física, para mantener una glucosa y una presión arterial, además del sobrepeso dentro de parámetros normales y por lo tanto prevenir las complicaciones de estos padecimientos,⁵ con el propósito de llegar a una sociedad de la experiencia,⁶ noción que nombra aquellas sociedades en las cuales la concepción de la vida está orientada por procesos subjetivos que juegan un papel importante en la construcción del mundo social. La experiencia designa procesos subjetivos entrelazados, vividos por un sujeto son constitutivos del cuerpo y la conciencia.

Esta sociedad es particularmente llamativa con la disponibilidad del tiempo y los recursos para la satisfacción subjetiva que se experimenta realizando actividades placenteras. Ha ganado terreno una concepción integral del desarrollo del ser humano. Éste no debe limitarse a satisfacer necesidades estrictamente vinculadas con el crecimiento de la producción, sino que debe de ir acompañado de un sentido de bienestar, el cual se expresa como resultado de una percepción subjetiva acerca de la calidad de vida individual y social.

La salud bucal y la nutrición en el adulto mayor

*Edgar Flores Larios.
M.C. Socio Médicas.*

Para la sociedad de la experiencia, el movimiento gana valor como práctica de bienestar. Cuyo fundamento es expresado a través de diversas “tecnologías del yo”, es decir, un mecanismo que a través del ejercicio de movimientos específicos y de una actitud atenta a ellos estimula la actividad subjetiva (Pedraza, 2008). En estas tecnologías se recurre al trabajo corporal y específicamente se afecta la cenestesia para despertar la conciencia, el autoconocimiento, la expresión del sí mismo y la autocomprensión.

Por todo esto, pensamos que la reconquista humanista de la nutrición y la actividad física se ha convertido en una de las tareas más urgentes y esenciales del momento presente. No como un hecho insignificante, totalmente anónimo y burocratizado, que sirve para urgir a las disciplinas de atención (vigilar y controlar). La información compartida con el otro sirve para sensibilizar y despertar su conciencia, para sentirse bien y afrontar nuevos retos del paso del tiempo.

Tener conciencia del paso del tiempo mediante las señales de envejecimiento que va dejando en mi cuerpo. Antes obligaba al ser humano a tener memoria. Evidentemente, se trata de una multitud de expresiones simbólicas propias del lenguaje del deseo. Como decía con gran perspicacia Gaston Bachelard, «el hombre no es fruto de la necesidad sino del deseo». En el tiempo y el espacio, la sociedad, expresa y actualiza, en polifacéticas y polifónicas discursos cotidianos que es necesario trasladar a escenario simbólico-social de la salud y la prevención de las complicaciones, donde es necesaria una recuperación de la confianza.

Bibliografía

- 1.- Sánchez Lasheras T, et al. Impacto de los motivos comunes de consulta en el sentimiento de vitalidad y en el rendimiento físico de personas mayores de 65 años. *Aten Primaria*. 2005;35(5):246-521.
- 2.- Alonso JC, Mena M. Envejecimiento. Un reto adicional, Apuntes para su estudio en América Latina, en: Mario Bronfman y Roberto Castro (coord.) *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. EDAMEX, 1999:441-464
- 3.- IMSS 2004. Proceso de Mejora de Medicina Familiar
- 4.- Mayer M. Las actividades de prevención y cuidados de los pacientes crónicos: un reto sanitario para el siglo XXI *Aten Primaria*. 2005;35(4):178-84.
- 5.- En Piedrola Gil, Dominguez M. Cortina P. y col. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 8ava. edición. Ed. Salvat, España 1988. pp. 54-55.
- 6.- Pedraza Sandra. Derivas estéticas del cuerpo. *Desacatos* Núm. 30, Mayo-agosto 2009: 75-90.

La nutrición es un proceso relacionado con muchos factores, desde los sentidos es posible distinguir comida apetitosa por su aroma, su presentación, el sonido que hace al cocinarse o servirse. Desde la subjetividad es posible entender las reacciones ante variados estímulos sensoriales en la cuestión alimenticia, como puede ser el conocimiento previo del sabor, la presentación de un alimento rancio, los alimentos tabú como los insectos y los alimentos relacionados con las prácticas religiosas y espirituales; entonces, la práctica alimentaria depende necesariamente de las percepciones, la edad y la generación a la que se pertenece, las actitudes, la cultura y nivel socioeconómico de los individuos; en este escrito se analizan estas variables y se inserta a la salud bucal como un confluente y participante activo.

Después de realizar un metanálisis de la Encuesta Nacional en Salud del 2006, Shama-Levy concluye que: “Los adultos mayores en México poseen un estado de salud y nutrición inadecuado, lo cual es urgente atender a fin de optimizar su calidad de vida”¹¹, se puede entonces entender que el problema de la alimentación para el adulto mayor no es reciente, ni poco explorado, sin embargo, continúa sin tener solución, llama la atención que en este como en otros trabajos no fue incluida la salud bucal como un determinante para el equilibrio nutricional del adulto mayor¹².

Para entender cómo se alimenta un adulto mayor, se debe entender cuáles son las herramientas que tiene para alimentarse, es decir, ¿cuál es el estado de salud bucal en este sector de la población? Se puede entender a la salud bucal no sólo como la ausencia de enfermedades, padecimientos y/o alteraciones bucales u orofaciales^{5,10}, sino como un proceso de equilibrio entre función, estética, ausencia de dolor y percepción de bienestar que le permiten al individuo cumplir con sus funciones sociales.

La salud bucal puede verse alterada fácilmente en los adultos mayores, sobre todo en un país como el nuestro, en donde enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial sistémica y la obesidad han ganado terreno y se han afianzado como las enfermedades que tienen mayores efectos negativos en la salud bucal¹. Estas enfermedades, caracterizadas por contribuir al aumento molecular de radicales libres en el organismo^{8,10}, generan oxidación y por lo tanto degradación paulatina en las células que conforman los tejidos bucales, llevando a procesos inflamatorios crónicos principalmente en los tejidos de soporte de los órganos dentales, facilitando la aparición de bacterias, que teniendo oportunidad se instalan en órganos dentales y tejidos bucales provocando pérdida o degeneración de los mismos.

El uso de prótesis bucales en el adulto mayor es para nuestro contexto muy común, debido a la intervención de la cultura³ en nuestra percepción de la imagen de un adulto mayor, es posible observar cómo incluso se ha glorificado en el imaginario popular la idea del anciano tierno y gracioso que tiene ausencia total de piezas dentales. Es por este motivo que

muchos adultos mayores se encuentran utilizando prótesis dentales² para poder realizar la función masticatoria, en su mayoría están mal planeadas y enfocadas, lo que da resultados pobres o insuficientes para alimentarse correctamente.

Los costos de estas prótesis⁹ no son accesibles para la mayoría de la población de nuestro país y lo son aún menos para el adulto mayor, ya que en la sociedad mexicana se cuentan con pocas oportunidades para recibir atención bucal de calidad y a bajo costo; los sistemas de salud públicos tienen escasa atención⁶ en el correcto restablecimiento de la salud bucal en el adulto mayor y se enfocan en el control de las enfermedades bucales y su prevención, pero se esfuerzan muy poco en el restablecimiento de la salud bucal.

Ahora bien, dentro de todo este discurso acerca de la salud bucal se encuentra implícita la acción de comer, ésta podría ser categorizada para el adulto mayor como “el poder comer” y “el poder comer bien”, la cual está delimitada por una frontera casi invisible para la mayoría del equipo de atención a la salud: La presencia de órganos dentarios suficientes para triturar los alimentos y llevar a cabo la primera parte del proceso de digestión; incluso para médicos especialistas como el gastroenterólogo puede pasar desapercibido el estado de la salud bucal como un determinante para la correcta alimentación y digestión, que estaría relacionada con los padecimientos más comunes de esta especialidad médica.

Por otro lado, el nutriólogo como un ente paramédico, ha tenido desde sus inicios la obligación de insertar a la nutrición en todas las disciplinas del área de la salud, pero la realidad en las instituciones públicas y privadas de nuestro país es diferente, el nutriólogo es pocas veces tomado en cuenta para realizar un correcto programa integral para el cuidado de la salud en el adulto mayor, la relación entre el odontólogo y el nutriólogo, es más bien seca y distante, la presencia de ambos en el sector público es intermitente o innecesaria en algunos casos, el trabajo en equipo para estas dos disciplinas es poco común, a pesar de que en nutrición se cuenta con una visión menos medicalizada de la salud, es posible observar todavía la ausencia de la salud bucal en los esquemas de atención para el mejoramiento del estado y equilibrio nutricional en el adulto mayor.

La postura interdisciplinaria es necesaria para el mejoramiento sustentable de la nutrición en el adulto mayor. Las enfermedades crónicas más importantes en nuestro país se relacionan directamente con la alimentación⁷ y la alimentación se relaciona directamente con la presencia de piezas bucales y la ausencia de dolor bucal. Es posible entender que los problemas nutricionales en el adulto mayor no son unicausales, sino multicausales, lo cual a su vez quiere decir que el problema del equilibrio nutricional preservador de la salud y preventivo de la enfermedad, es complejo y debe ser abordado por necesidad desde varias perspectivas.

En el desarrollo de este escrito se establecieron dimensiones adicionales al problema del equilibrio nutricional en el adulto mayor, las cuales no sólo

se relacionaron con la salud bucal, la primera fue la dimensión económica, que mantiene separado al adulto mayor de la atención de la salud bucal y el acceso a la adaptación de prótesis bucales que permitan restaurar la función masticatoria y la segunda dimensión se trazó en el contexto de la cultura, en donde se cree que a mayor edad es “normal”³ tener ausencia de órganos dentales o manifestaciones de enfermedades bucales agudas o crónicas, por la degeneración natural del cuerpo.

Pero una tercera dimensión, tiene que ser explicada, pues aunque también está implícita, muchas veces es pasada por alto, esta es la política⁴. Mientras no existan acuerdos entre los diversos grupos que conforman el equipo de atención para la salud en el adulto mayor, no será posible la integración de soluciones a la atención de la salud entre las disciplinas clínicas, que a su vez también representan diversos estratos de poder y opinión en la toma de decisiones. Para que se integre al estado en esta discusión es necesario entregar soluciones y acuerdos en esta problemática, para que se asegure el derecho constitucional a la salud integral y se establezcan obligaciones pertinentes para los profesionales del cuidado a la salud y para la población general.

El equilibrio nutricional para el adulto mayor es un problema compartido directamente entre la odontología y la nutrición¹⁰, la conjugación entre estas disciplinas es necesaria. La distanciamiento de los profesionales del cuidado y la atención de la salud desde que se encuentran en proceso formativo hasta la participación clínica de tercer nivel es una constante, no sólo en nuestro país, sino en todo el modelo competitivo, especializado y tecnocrático que observan las instituciones de salud globales; es necesaria la cooperación no sólo entre las disciplinas clínicas, sino de todas las disciplinas científicas para atender la salud integral de un sector de la población que va en aumento¹¹ y que parece olvidado: El adulto mayor.

Bibliografía

1. Atalah S Eduardo, Urteaga Ra Carmen, Rebolledo Aa Annabella.; Autopercepción del estado nutricional en adultos de Santiago; Rev Méd Chile 2004; 132: 1383-1388.
2. Awad M.A. , Morais J.A. , Wollin S., Khalil A., Gray-Donald K., and Feine J.S.; Implant Overdentures and nutrition: A randomized controlled trial; 2012 91: 39 originally published online 27 September 2011 J DENT; DOI: 10.1177/0022034511423396 RES; The online version of this article can be found at: <http://jdr.sagepub.com/content/91/1/39>.
3. Bourdieu Pierre: 1990; “Sociología y cultura”; Ed. Grijalbo-CONACULTA. México. Pp:1-50.
4. Cangelosi Michael J., Rodday Angie Mae, Saunders Tully and Cohen Joshua T.; Evaluation of the Economic Burden of Diseases Associated With Poor Nutrition Status; published online 6 December 2013 JPEN J Parenter Enteral Nutr; DOI: 10.1177/0148607113514612; The online version of this article can be found at: <http://pen.sagepub.com/content/early/2013/12/03/0148607113514612>.

Alimentación adecuada para un envejecimiento saludable

P.L.N. Analleli Palafox Méndez.

Universidad Univer, Plantel Zamora.

5. Dolan, T. (1993). Identification of appropriate outcomes for aging population. *Spec Care Dent*, 13(1), 53-9.
6. Dongjin Kim, Hosung Shin and Chang-yup Kim; Equitable Access to Health Care for the Elderly in South Korea: Is Income-Related Inequality in Health Care Utilization More Pronounced?; 2012 34: 475 originally published online 28 November 2011 *Research on Aging*; DOI: 10.1177/0164027511423538; The online version of this article can be found at: <http://roa.sagepub.com/content/34/4/475>.
7. Gutierrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., & Hernandez-Avila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
8. Lindhe Jhan.: 2009; Lang Niklaus; "Periodontología clínica e implantología odontológica"; Editorial médica panamericana; Argentina; 2009.
9. Morais J.A., Heydecke G., Pawliuk J., Lund J.P. and Feine J.S.; The Effects of Mandibular Two-implant Overdentures on Nutrition in Elderly Edentulous Individuals; 2003 82: 53 *J DENT RES*; DOI: 10.1177/154405910308200112; The online version of this article can be found at: <http://jdr.sagepub.com/content/82/1/53>.
10. Ritchie Christine S., Joshipura Kaumudi, Hsin-Chia Hung and Douglass Chester W.; Nutrition as a Mediator in the Relation between Oral and Systemic Disease: Associations between Specific Measures of Adult Oral Health and Nutrition Outcomes; DOI: 10.1177/154411130201300306; 2002 13: 291 *CROBM*; The online version of this article can be found at: <http://cro.sagepub.com/content/13/3/291>.
11. Shamah-Levy Teresa, MC, Cuevas-Nasu Lucía, MN, Mundo-Rosas Verónica, MN, Morales-Ruán Carmen, MC, Cervantes-Turrubiates Leticia, MSP, Villalpando-Hernández Salvador, Dr Sc.; Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional; *Salud Publica Mex* 2008;50:383-389.
12. White Jane V., PhD, RD, FADA; Brewer Daniel E., MD, ABFP; M. Stockton David, MD, MPH, ABPM, ABFP; Keeble Donald S., MD, ABFP; Keenum Amy J., DO, PharmD, ABFP; Rogers Edwin S., PhD; and Lennon Elizabeth S., MPH, RN, COHN-S; NUTRITION IN CHRONIC DISEASE MANAGEMENT IN THE ELDERLY; Department of Family Medicine, Graduate School of Medicine, University of Tennessee-Knoxville; Febrero de 2003; DOI: 10.1177/011542650301800103 2003 18: 3 *Nutr Clin Pract* Lennon. The online version of this article can be found at: <http://ncp.sagepub.com/content/18/1/3>

"Si hubiese sabido que iba a vivir tanto, me hubiese cuidado más".

Eubie Blake (1883-1983).

La población geriátrica es el grupo de mayor crecimiento en todo el mundo. Según la Organización de las Naciones Unidas representaba el 10% de la población mundial en el 2000 y para el 2050 se duplicará; en tanto, la población de individuos mayores de 80 años se triplicará.⁽¹⁾

El incremento en el número de los ancianos no significa necesariamente que su calidad de vida sea mejor. Así, la incidencia de problemas relacionados con el estado nutricional en este grupo poblacional también es frecuente,⁽¹⁾ por lo que es necesaria una nutrición adecuada, la cual es un factor fundamental para el vigor y el desempeño de una persona, para que una persona funcione en su nivel óptimo debe consumir las cantidades adecuadas de alimentos que contengan los nutrientes esenciales para la vida humana.⁽²⁾

La concepción de un cuerpo saludable se realiza desde una perspectiva multidimensional en la que se entremezclan factores socioculturales, psicológicos y puramente físicos. El cuidado de todos y cada uno de estos factores parece ser la vía inequívoca para que el efecto del paso de los años permita mantener una óptima percepción subjetiva del nivel de calidad de vida. ⁽³⁾

Dado que el deterioro del estado nutricional en el anciano está relacionado con una habitual polifarmacia, a una situación socioeconómica poco favorecida y a la pérdida de sus capacidades funcionales, el envejecimiento puede significar para el adulto mayor disminución de la calidad de vida por la aparición y/o mantenimiento de enfermedades crónicas e incapacitantes.⁽¹⁾

La dieta y el estado nutricional tienen gran influencia, particularmente en la prevención o tratamiento de diversas enfermedades, previniendo así en el adulto mayor riesgo de sufrir desequilibrios, carencias y problemas nutricionales.⁽⁴⁾ Una alimentación saludable se logra combinando varios alimentos en forma equilibrada, lo cual satisface las necesidades nutritivas para un correcto crecimiento y desarrollar las capacidades físicas e intelectuales.⁽²⁾

Nutrición para envejecer con bienestar

El envejecimiento es un proceso natural que afecta a las personas en aspectos anatómicos y fisiológicos e influye en la globalidad de sistemas, pudiéndose observar cambios en la estructura más pequeña a nivel tisular y en otras más complejas a nivel sistémico; por tanto, para comprender e integrar dicho proceso en el ciclo vital del ser humano, el abordaje debe ser realizado desde una perspectiva global y multidisciplinaria.⁽³⁾

¿Cómo podemos comprimir la morbilidad y en relación con ello cómo podemos lograr ese envejecimiento satisfactorio?⁽⁵⁾

El punto de partida para lograr este objetivo tiene que ver con la prevención. Referida a la geriatría la prevención suele entenderse como la posibilidad de identificar a los pacientes con un mayor riesgo de presentar determinadas enfermedades o problemas clínicos y aplicar las medidas oportunas para minimizar el riesgo. Las mayores posibilidades de actuación para preparar un envejecimiento satisfactorio en el entorno de todo lo relativo a “estilos de vida saludable”. Sus elementos son la actividad física, una alimentación adecuada y evitar los hábitos tóxicos, como el tabaco y el alcoholismo.⁽⁵⁾

Se recomienda una alimentación variada, acorde con los hábitos previos de la persona. Debe contener suficiente aporte energético y que sea rica en alimentos frescos, productos lácteos, vitaminas y minerales. Fomentar el consumo de fibra, tanto a través de alimentos ricos en ella, como si fuera necesario, mediante preparados específicos.⁽⁵⁾

Se debe educar nutricionalmente para mejorar los conocimientos dietéticos de la población.

Dar a conocer que una buena alimentación empieza por una correcta elección de los alimentos en el mercado. Es importante cuidar su manipulación y conservación. Evitar guardar la comida mucho tiempo sin consumirla. Se recomienda no recalentar repetidas veces platos ya preparados, pues puede perderse una cantidad apreciable de algunas vitaminas como la C o el folato, las más sensibles.

Las dietas deben ser sencillas y fáciles de preparar, pero cuidando la presentación de los platos y haciendo de la comida uno de los momentos más agradables.

Consumir una dieta variada con alto contenido en nutrientes. Evitar la monotonía y las dietas muy restrictivas que limiten el consumo de algunos alimentos. Fomentar el balance adecuado entre los diferentes alimentos. Debe evitarse que el consumo excesivo de uno de ellos desplace o sustituya a otro también necesario.

El consumo energético debe ser adecuado no sólo para mantener el peso correcto, sino también como vehículo de otros nutrientes, pues cuando el contenido calórico de la dieta es bajo y no se han seleccionado adecuadamente los alimentos que la componen, se produce una drástica reducción de algunos nutrientes. En las personas de edad avanzada, la densidad nutricional de la dieta es especialmente útil como indicador de la calidad y adecuación de la dieta.⁽⁴⁾

Fomentar la moderación para mantener el peso estable y dentro de los límites aconsejados, equilibrando la ingesta de energía con el gasto calórico mediante la realización diaria de ejercicio físico. Evitar tanto el

bajo peso como la obesidad. La pérdida involuntaria de peso debe ser una señal de alarma, indicativa de algún proceso patológico.⁽⁴⁾

Preservar el compartimento proteico para evitar una mayor pérdida de masa muscular. Las proteínas de la dieta tienen que ser de alto valor biológico.

Vigilar el aporte de calcio. No conviene suprimir los lácteos de la dieta pues son las principales fuentes de calcio, con la alternativa de poder usar los desnatados para aquellas personas que tengan que cuidar la ingesta de grasa, aunque estos últimos tienen el inconveniente de que pierden las vitaminas liposolubles, especialmente la vitamina D.⁽⁴⁾

Se recomienda moderar el consumo de sal y alimentos salados si existen otros factores de riesgo, a menos de 2.5 mg de sodio al día. Los productos frescos contienen la cantidad de sodio necesaria. No abusar de la sal al preparar la comida y probarla en la mesa, antes de usar el salero.

Vigilar la ingesta de líquidos para evitar la deshidratación. Tomar aproximadamente dos litros al día.

Aunque el agua se excluye a menudo de las listas de nutrientes como componente esencial para el mantenimiento de la vida, debe ser aportado por la dieta en cantidades muy superiores a las que produce el metabolismo. El agua debe considerarse como un verdadero nutriente. Parte de los procesos normales de envejecimiento son cambios de los mecanismos homeostáticos con alteración en el balance hidroelectrolítico que afectan negativamente al individuo y aumentan la morbi-mortalidad.⁽⁴⁾

Como porcentaje de la masa corporal, el contenido de agua es mayor en los hombres que en las mujeres y tiende a disminuir con la edad en ambos sexos. Un hombre de setenta a ochenta años tiene menos de un 60% de agua y una mujer de la misma edad una cantidad inferior al 50%. En algunas personas mayores, la causa más importante de la reducción de peso en esta etapa de la vida es la disminución de agua, consecuencia de los cambios que se producen en la composición corporal (pérdida de masa magra e incremento de grasa corporal), que llega a producir alteraciones en la regulación de la temperatura corporal y aumenta la tendencia a la deshidratación. El balance entre la ingesta y la pérdida de líquidos tiene gran importancia y cualquier alteración del mismo pone en peligro la vida del individuo.⁽⁴⁾

Es fundamental hacer el seguimiento nutricional de la población en general y especialmente en adultos mayores para evitar los riesgos de deshidratación que pueden dar lugar a graves problemas de salud.⁽⁴⁾

Cuidar la dentadura y la higiene bucal para poder masticar bien y no tener que suprimir ningún alimento de la dieta. Cuanto mayor sea la degradación de la dentadura y, por tanto, la restricción de alimentos, mayor será el riesgo de desequilibrios o deficiencias nutricionales.⁽⁴⁾

Fuerza física y nutrición para envejecer en salud

*León Felipe García Machuca.
M.C. Socio Médicas.*

Además de esto, es necesario realizar diariamente algún tipo de actividad física para aumentar las necesidades de energía y el consumo de alimentos. La realización de actividad física sistemática y controlada es una clara herramienta de influencia positiva para preservar, conservar y promocionar los múltiples factores que intervienen en el mantenimiento de un cuerpo sano a través de los años.⁽³⁾

Nutrición como esencia de la salud integral

Los alimentos que consume la población, en toda su variedad cultural, definen en gran medida la salud, el crecimiento y el desarrollo de las personas. Los comportamientos de riesgo, como el consumo de tabaco y la inactividad física, modifican el resultado siendo positivo o negativo. Todo ello se inscribe en un ambiente social, cultural, político y económico que puede agravar la salud de las poblaciones a menos que se tomen medidas energéticas para hacer que el ambiente sea favorable para la salud. ⁽⁶⁾

Los hábitos alimentarios de una población o individuos son un factor determinante en el estado de salud, se relacionan con numerosas enfermedades que causan elevada morbilidad y alcanzan un alto grado de mortalidad. Es por ello que llevar a cabo una buena nutrición no sólo es crucial para la prevención de enfermedades de privación, sino también enfermedades crónicas que afectan a diferentes poblaciones.⁽⁷⁾ Así mismo, las personas mayores deben prestar especial atención a su alimentación, pues los problemas nutricionales son frecuentes y sus repercusiones mucho más graves que en otras etapas de la vida.⁽⁴⁾

Bibliografía

1. Pérez C. Elizabeth, et al.; Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor; Nutr Hosp; 29 (4); México, 2014.
2. Izquierdo HA, et al.; Alimentación saludable; Rev Cubana Enfermer; 20(1); Cuba, 2004.
3. García Gil M. Manual de ejercicio físico para personas de edad avanzada. Bizkaiko Foru Aldundia Diputación Foral de Bizkaia. Disponible en: <http://bizkaia.net/home2/archivos/DPT04/Temas/manual-cast-ultima.pdf?idioma=CA&bnetmobile=0> 09/04/2014 P. 1-108
4. G, Arbonés, et al.; Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo "Salud pública" de la sociedad española de nutrición; Nutr Hosp; 18 (23); España, 2003.
5. Rivera JM (2009); "Envejecimiento saludable y terapias antienvjecimiento" en Martínez AM, et al. Nuevas maneras sobre el envejecimiento. Colección Manuales y Guías Serie Personas Mayores.
6. Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO; Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas; Organización Mundial de la Salud; Ginebra, 2003.
7. McDonald B., et al; La base para el desarrollo; por qué los profesionales en el área de desarrollo deberían integrar la nutrición; Comité permanente de nutrición del sistema de las Naciones Unidas; Ginebra, 2002.

En este ensayo, se pretende informar la primordial importancia que tiene el conocer el riesgo que hay en la actualidad de desarrollar padecimientos ligados a la proporción creciente de sujetos de avanzada edad y que están íntimamente ligados a la dieta y a la actividad física, para poder analizar factores sociales que determinen el curso de las enfermedades en la senectud.

La caída de las tasas de mortalidad, el número de sujetos de avanzada edad, así como el incremento de la esperanza de vida al nacer, han cambiado el panorama de salud en el país. Crecen la cantidad de ancianos con diversos padecimientos y la mayoría de las personas ignoramos que muchos de estos padecimientos se pueden prevenir a través de una dieta sana y de obtener fuerza física a través del ejercicio adaptado a la edad.

El núcleo familiar en el que los ancianos se ven integrados, es probable que influya a que estos coman mejor, según estudios realizados en Europa, donde se evidenció que la mayoría de los ancianos que comen mal, ingieren casi el 50% de las recomendaciones diarias y viven en aislamiento.

No sólo son problemas sociales, sino que también hay evidencia de que el proceso del envejecimiento altera el estado nutricional.

Alteraciones patológicas ligadas al envejecimiento han sido relacionadas directamente con el estilo de vida, donde se encuentran la intolerancia a los hidratos de carbono, la osteoporosis y la aterosclerosis, entre otras. Sin embargo, hoy en día se conoce que cuando se monitorean y se controlan variables como la alimentación y el ejercicio, el deterioro se desarrolla de manera diferente.

Se ha demostrado que la dieta y el ejercicio tienen una relación directa en la fuerza física, la tolerancia a la glucosa y la resistencia a la insulina.

Factores relacionados a la nutrición como el consumo en exceso de sodio, así como el aporte insuficiente de potasio y calcio, participan en la aparición de la hipertensión arterial.

En México, las principales causas de mortalidad en personas mayores de 65 años son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes mellitus; todas ellas en las que la nutrición y el ejercicio desempeñan un papel determinante.

Relación de la nutrición al proceso del envejecer

Estatura: A partir de los 50 años de edad, la estatura disminuye entre uno y dos centímetros por década. Esto se debe principalmente por la compresión de las vértebras y a la pérdida del tono muscular, lo que lleva a una disminución en la superficie corporal y por lo tanto a una reducción en la masa metabólicamente activa.

Masa muscular: Debido a que al envejecimiento lo acompaña generalmente una reducción en la actividad física, ocurre una disminución en la masa muscular llamada sarcolema, es por esto que hay un decremento en la fuerza.

Agua: El agua disminuye con la edad. Un embrión contiene un 90% de agua, un recién nacido un 80%, un adulto un 70% y un anciano un 60%. Es por esto que el consumo de agua debe de vigilarse en personas de la tercera edad.

Masa grasa: Conforme envejece la persona y al contrario de la masa ósea, la masa grasa aumenta y se redistribuye de las extremidades hacia el tronco.

Masa ósea: La vida sedentaria, la mala alimentación, especialmente la vitamina D, el calcio y el tabaquismo, están íntegramente ligados a la pérdida de masa ósea, especialmente en las mujeres.

Conforme avanza el envejecimiento, es común que disminuyan ciertos nutrimentos, tales como las proteínas de alto valor biológico, la tiamina, la vitamina C, el calcio, el hierro y los folatos, entre otros. Asimismo, la reducción en la actividad física se relaciona a un descenso en los requerimientos energéticos.

Necesidades de nutrimentos en las personas de la tercera edad

Energía: Con la edad, disminuye el consumo energético ligado a varios factores, entre ellos los sociales. La actividad metabólica basal disminuye y por lo tanto el resto de los requerimientos. La reducción de la actividad física está ligada fuertemente al descenso de los requerimientos energéticos.

Proteína: El consumo de proteínas en el anciano no debe de ser menor al de una persona joven y deben de ser de alto valor biológico, ya que por lo general el apetito disminuye con la edad y deben aprovecharse los momentos de éste para ingerir proteínas de alto valor biológico. Sin embargo, deben estar vigiladas para no provocar otros daños relacionados con la edad, como hiperfiltración glomerular.

Hidratos de carbono: Es común que el anciano conserve su gusto por productos dulces debido al desgaste de las papilas gustativas. Se deberían promover el consumo de cereales integrales, fibra dietética y nutrientes inorgánicos.

Lípidos: Hay que tener en cuenta que es probable que el anciano presente unas papilas gustativas desgastadas y que la grasa agrega sabor y textura la dieta. Se deberían preferir los ácidos linoléicos y los ácidos linolénicos, los cuales intervienen en el metabolismo del colesterol y de los triglicéridos.

Fibra: Generalmente, los ancianos, debido al sedentarismo y a otras causas, presentan estreñimiento, dislipidemias e hiperglicemias. La fibra ayuda de manera importante a prevenir y modificar positivamente estos padecimientos.

Electrolitos: Muchas personas de la tercera edad presentan deshidratación y tienen los siguientes síntomas: Sequedad en los labios y mucosas, fiebre, disminución en el volumen urinario y estreñimiento. Los requerimientos mínimos deberían de ser 1.25 litros diarios.

Vitaminas y minerales: La deficiencia de éstos se presentan con mayor frecuencia en aquellos que viven en asilos y hospitales; quienes ingieren alcohol en exceso o usan más de cuatro medicamentos diarios. Para evitar esto, nada reemplaza una alimentación variada, aunque un suplemento puede llegar a ser útil, sobre todo cuando hay poco apetito o la dentadura está en malas condiciones.

Actividad física como un tratamiento complementario

En los adultos mayores de 65 años de edad, se ha comprobado que para mantener un estilo de vida saludable deberían de realizar aproximadamente 6,000 pasos al día. Estudios usando acelerómetros demostraron que sólo el 5% de estas personas alcanzan las recomendaciones de las guías. Menos actividad física al día representa un IMC más elevado y eleva la morbilidad y mortalidad prematura.

Indicadores sociales, económicos y funcionales

La soledad, el analfabetismo, la pobreza, el sedentarismo y los limitados accesos a los servicios de salud, han intensificado los problemas de desnutrición en la tercera edad.

Se debería concientizar a la sociedad que las personas de la tercera edad por lo general son sedentarios debido a desgaste óseo, entre otros, a la restricción en la variedad de alimentos debido a la falta de recursos, a los cambios en el olfato, gusto y en el desgaste dental, todo esto aunado provocan una disminución del apetito.

El aislamiento social reduce el interés en la alimentación, lo cual se manifiesta muchas veces con anemia y deficiencia de vitaminas. Todo esto podría ser reversible si es que se toma conciencia de quienes todavía podemos hacer algo al respecto.

El apoyo familiar y social al anciano es importante, pero sin descartar al clínico, que debido a su preparación puede ayudar a identificar más claramente en qué se puede contribuir a que las personas envejezcan saludablemente. Los ancianos están predispuestos a varios riesgos nutricios, es por esto que es importante la prevención. La identificación temprana puede evitar algunas de las complicaciones relacionadas con la edad y disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad.

Bibliografía

- 1) OMS. Nutrition aging and epidemiology in Asia and Oceania. Joint report of the WHO International Workshop on Nutrition and Aging.
- 2) Gutiérrez-Robledo LM. Nutrition and the aging process. *Nutr Rev* 1997;55:s74-6.
- 3) Harris T, Cook F. Body mass index and mortality among non-smoking older persons. *J Am Med Assoc* 1989;259:1520-4.
- 4) Simmons LA. Interrelation of lipids and lipoproteins with coronary artery disease: mortality in 19 countries. *Am J Cardiol* 1986;57:5.
- 5) Exton-Smith AN. Nutritional status: diagnosis and prevention of malnutrition. En: Exton-Smith AN, Caird FI, editores. *Metabolic and nutritional disorders in the elderly*. Bristol: John Wright and Sons; 1980. p. 66-76.
- 6) Abbassi AA, Rudman D. Undernutrition in the nursing home. Prevalence, consequences, causes and prevention.
- 7) World Health Organization. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Ginebra: WHO; 1990. Technical Report Series
- 8) Jenkins D, Rainey C, Jenkins A. En: Horwitz A, Macfadyen DM, Munro H, Scrimshaw NS, Steen B, Williams TF. *Nutrition in the elderly*. EUA: Oxford University Press; 1985.
- 9) Phillips PA. Reduced thirst after water deprivation in healthy elderly men. *N Engl J Med* 1984;311:753-9.
- 10) Bassett DR, Wyatt HR, Thompson H, Peters JC, Hill JO. Pedometer measured physical activity and health behaviors in the United States. *Med Sci Sports Exerc*. 2010; 42: 1819-1825.
- 11) Tudor-Locke C, Johnson WD, Katzmarzyk PT. Accelerometer-determined steps per day in US adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2009; 41: 1384-1391.
- 12) Church TS, Thomas DM, Tudor-Locke C, et al. Trends over 5 decades of U. occupational-related physical activity and their associations with obesity. *PLoS One*. 2011; 6: e19657.
- 13) Katzmarzyk PT, Church TS, Craig CL, Bouchard C. Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. *Med Sci Sports Exerc*. 2009; 41: 998-1005.
- 14) Owen N, Healy GN, Matthews CE, Dunstan D. Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev*. 2010; 38: 105-113.
- 15) Tremblay MS, Colley RC, Saunders TJ, Healy GN, Owen N. Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2010; 35: 725-740.

Personas de la tercera edad: Un reto para la salud pública

Vylil Georgina García Serrano.
M.C. Socio Médicas.

La tercera edad es una etapa en la que se presentan cambios biológicos, económicos, sexuales, sociales y recreativos, entre otros ⁽¹⁾. Sabemos que estos cambios representan un problema para el adulto mayor, si no se abordan de forma adecuada.

La actividad física va disminuyendo con la edad, esto implica pérdida progresiva del repertorio motor, de los reflejos y del tono muscular, que repercute en la coordinación motriz y lo hacen susceptible a caídas y fracturas, que finalmente impactan en la calidad de vida, pues se ve afectada la capacidad funcional y de independencia del adulto mayor.

La fuerza es una capacidad física básica, que como lo mencionábamos anteriormente se va perdiendo con la edad y que consiste en vencer o mantener una resistencia con una contracción muscular, así la definen diversos autores como Peral y col ⁽²⁾. La importancia de trabajar y prescribir esta capacidad física en el adulto mayor es que favorece la movilidad articular, aumenta la masa muscular y capacidad neuromotora, retarda la declinación en la densidad ósea, aumenta el tono muscular y por lo tanto reduce el riesgo de fracturas y caídas ⁽³⁾.

Al reflexionar sobre los párrafos anteriores, me surge el cuestionamiento sobre la capacidad del sistema de salud y los trabajadores de la salud para abordar específicamente este problema.

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que se presenta en nuestro país a partir de los años 70, con el proceso de industrialización y de los avances tecnológico-científicos que modificaron los estilos de vida de las personas y las políticas públicas en salud, lo que contribuyó a disminuir las tasas de mortalidad y natalidad infantil ⁽⁴⁾, es decir, mueren menos niños, pero también nacen menos niños por las estrategias de control natal con anticonceptivos, lo que nos conlleva con el paso del tiempo a tener una población envejecida.

El fenómeno del envejecimiento poblacional, desde mi punto de vista, tiene varias aristas: El primero, es el pensar en una población de ancianitos sanos, con calidad de vida y que no generen gastos para el sector salud. El segundo, es el pensar en una población envejecida enferma, con deterioro en su calidad de vida por discapacidad funcional y que genere gastos excesivos al sector salud.

La segunda reflexión del párrafo anterior, es el contexto del problema que se aborda en este trabajo. En mi experiencia, como agente de atención de la salud, he identificado varios problemas que ayudan a responder al cuestionamiento que se realiza en la parte introductoria del trabajo.

¿Cómo aborda el sector salud y el trabajador el problema de la vejez y el trabajo de la fuerza como capacidad física para la calidad de vida? La respuesta es que no hay un abordaje que impacte el problema, ya que no existe la figura del licenciado en cultura física y deportes en la plantilla laboral de la mayoría de las instituciones públicas, por lo que esta función la suplantan médicos y enfermeras que no están regularmente cualificados para prescribir el ejercicio y se cometen los siguientes errores:

Ejercicio físico para preservar la salud y lograr un envejecimiento satisfactorio

*P.L.N. Judith Guadalupe Sámano Hernández.
Universidad Univer Plantel Zamora.*

1. Manejar como sinónimo actividad física y ejercicio, lo que confunde al paciente y lo hace pensar que la actividad humana diaria como caminar lo mantendrá saludable, ignorando que “caminar” aporta al trabajo aeróbico y no al de la fuerza (entendamos que cuando hablamos de trabajar la fuerza para obtener beneficios a la salud, se trabaja de forma pura, es decir, implementando algún tipo de resistencia o peso que va más allá de la propia marcha).

2. Cuando uno habla de prescripción del ejercicio para trabajar la fuerza u otra capacidad física, es porque contiene ciertos elementos básicos y es lo que hace la diferencia con una simple recomendación. La prescripción del ejercicio requiere: Modo o tipo de ejercicio, frecuencia de la participación, duración de cada ejercicio, intensidad, carga y sobre carga con la técnica de repeticiones máximas con respecto a la edad, sexo y antecedentes de cada persona ⁽⁵⁾, que sólo el profesional de esta área con conocimientos específicos realiza.

Con base a lo anterior, podemos decir que el ser humano con la edad va perdiendo sus capacidades físicas, la fuerza es una de ellas. La pérdida de la fuerza modifica la postura, el equilibrio, la marcha, la estructura ósea, la masa muscular, etc., viéndose afectada la capacidad funcional, la autonomía, la independencia y además, haciendo más susceptible al adulto mayor de caídas y fracturas, lo cual tiene impacto en su calidad de vida, pues afecta su situación económica, su vida sexual, su filosofía de vida, sus relaciones sociales, sus actividades recreativas (no sabe qué hacer con su tiempo libre).

Las acciones y estrategias del sector salud no impactan a la problemática de la pérdida de la fuerza y sus implicaciones en la salud y calidad de vida en poblaciones envejecidas. Es necesaria la creación de políticas públicas que aborden, controlen y prevengan el problema, lo que tendría que incluir el trabajo multidisciplinar, donde participe de forma activa el especialista en el área de la cultura física y del deporte.

Bibliografía

1. Moreno, A. (2005). Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 5 (19) pp.222-237.
2. Peral, C. (2009) Fundamentos teóricos de las capacidades físicas. Visión libros. Madrid.
3. Orozco, R. Molina, R. (2002). Actividad física, recreación y salud en el adulto mayor Revista de las Sedes Regionales, vol. 3(4). pp. 63-71.
4. La actividad física y el deporte en el adulto mayor. Consultado en internet www.salud.gob.mx/unidades/cdi/.../DOCSAL7516.pdf.
5. Wilmore, H. David, L. (2007). Fisiología del esfuerzo y del deporte Editorial Paidotribo, Texas.

“Una bella ancianidad es, ordinariamente la recompensa de una bella vida.”

Pitágoras.

Envejecer bien (saludablemente), no es “no tener diagnósticos de enfermedades”.

El gran indicador del envejecimiento saludable es la conservación de la autonomía funcional, es decir, ser autoválido. Se trata de poder tomar decisiones y ejecutarlas sin ayuda. ⁽²⁾

La vejez es parte del ciclo vital y es, según la naturaleza, el último ciclo del ser humano, que llega luego de múltiples ciclos vividos.

Es entonces, el resultado de todas esas etapas pasadas que, según se hayan vivido, dejarán una secuela que al final se reflejarán, trayendo como consecuencia algunas enfermedades, problemas de salud o un sano envejecimiento. ⁽¹⁾

Se considera adulto mayor teóricamente sano, a quien ha logrado una “vejez exitosa”, ya que conserva totalmente su independencia.

El envejecimiento biológico está supeditado a los estilos de vida observados durante la juventud, de tal forma que es posible encontrar personas de edad avanzada “bien conservadas”, en tanto que otras, relativamente jóvenes se “consumen” con mayor rapidez. Sin embargo, esta situación puede ser frenada o revertida, a cualquier edad, si se modifican los estilos de vida negativos y se promueve la práctica del ejercicio físico programado acorde a las características morfo-funcionales del sujeto.

Igualmente, la conservación de la masa y fuerza muscular representan un factor importante en el mantenimiento de la postura, el equilibrio y la marcha, que junto con una adecuada estructura ósea previenen algunos riesgos típicos del envejecimiento. ⁽³⁾

A partir del año 2000, la expectativa de vida de la población de 60 años se incrementó en 8.8 años para las mujeres y 7.6 años para los hombres, con lo cual en la actualidad se espera que una mujer de 60 años alcance a vivir hasta los 82 años de edad y un hombre de la misma edad llegue a vivir hasta los 80 años. ⁽⁴⁾

Con el transcurso del tiempo y conforme aumenta la edad existe una disminución importante de la fuerza y la masa muscular (entre un 20 y 40%), una pérdida de masa ósea (entre 10 y 15% a los 70 años), así como cambios en la forma y la movilidad de las articulaciones, sobre todo de la columna vertebral, enfermedades, postración, malos hábitos como el sedentarismo y tendencia a sufrir fracturas por fragilidad, etc. ⁽²⁾ Por ello siempre será beneficiosa la realización de ejercicio físico o deportes a lo

largo de toda la vida y de manera continua. Si bien el entrenamiento de fuerza debe ser acorde a las posibilidades y capacidad funcional del individuo, sin duda la realización de ejercicio físico alarga nuestra vida y mejora considerablemente la calidad de la misma. ⁽¹⁾

Desde el nacimiento hasta las últimas horas de vida, es a través del cuerpo y del movimiento la manera mediante la cual interaccionamos constantemente con nuestro entorno. Cuerpo y movimiento son dos términos estrechamente relacionados entre sí. El movimiento garantiza el correcto funcionamiento del organismo y a su vez un cuerpo sano es base fundamental para el movimiento libre. ⁽⁵⁾

Estrategias para comenzar y mantener la actividad física que requieren las personas sanas

Entonces tomemos en cuenta que al existir un buen cuidado del cuerpo en sus primeros ciclos de vida y durante el ciclo de la vejez, la calidad de vida será mucho mejor, siendo el objetivo principal aumentar la longevidad.

Marcos Becerro afirma que “la salud y la capacidad física son importantes elementos del sentimiento de bienestar”, por lo tanto una cuestión importante que debemos considerar es que la población adulta, a través de la práctica del ejercicio, tiende a disminuir sentimientos negativos, aumentando así los positivos y su sensación de bienestar. Los principales cambios en el comportamiento se dan en lo referido a la autoestima, el autoconcepto, la autoeficacia y la imagen corporal. ⁽⁶⁾

Se reconoce que existe una evidente pérdida de la capacidad funcional a lo largo del ciclo vital. A lo largo de los años se presentan cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. La OMS define el envejecimiento como “un proceso biológico, inevitable, en el que tienen lugar una serie de cambios fisiológicos, característicos de cada especie, que van a ocasionar una limitación de la capacidad de adaptación del organismo al ambiente. ⁽⁶⁾

Tanto en hombres como en mujeres, la fuerza comienza a disminuir lentamente entre los 30 y los 50 años de edad. Sin embargo a partir de los 50 años la velocidad en la pérdida de fuerza es aproximadamente de entre un 10% y un 15% por década o incluso mayor a partir de los 75 años de edad. Además la pérdida de fuerza con la edad afecta con preferencia a los músculos de las extremidades inferiores. La consecuencia más importante que tiene la disminución de la fuerza y la masa muscular, especialmente en las personas que no hacen ejercicio físico, está relacionada con la influencia que tienen estas dos variables sobre la habilidad para realizar tareas de la vida cotidiana o también llamada “capacidad funcional”. ⁽⁶⁾

Esta disminución de fuerza y masa muscular se debe también a la falta de ejercicio aeróbico, por ello destacamos que gran parte de la disminución de la resistencia aeróbica que se observa a partir de los 50 años de edad en hombres y mujeres se puede evitar haciendo ejercicio físico de resistencia aeróbica regularmente.

Por ello, es necesario un plan de entrenamiento que tenga como objetivo: Identificar factores de riesgo, prevenir daños a la salud, evaluar la capacidad físico funcional de todo sujeto y elaborar programas de adecuación física tendientes a incrementar su capacidad de rendimiento.

La aptitud física se relaciona más directamente con el estado de salud que con la capacidad física propiamente dicha y en consecuencia la cantidad y calidad del ejercicio serán diferentes para cada caso; por ejemplo, para lograr beneficios en cuanto a salud, es preferible recomendar en los adultos mayores actividades físicas de baja intensidad, hecho que ha demostrado ampliamente su efectividad para reducir la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y mejorar la aptitud metabólica. ⁽³⁾

Según El Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM 1998):

- La frecuencia del entrenamiento debe realizarse de 3 a 5 días a la semana.
- La intensidad del entrenamiento debe indicarse al 55-65% de la frecuencia cardíaca máxima, incrementando progresivamente la intensidad del trabajo.
- Duración del entrenamiento. En actividad aerobia, la duración podrá ser de 20 a 60 minutos, ya sea en forma continua o fraccionada en sesiones de 10 minutos, hasta acumular el tiempo programado.
- La duración siempre estará relacionada a la intensidad del trabajo, así los ejercicios de baja intensidad deben mantenerse por períodos prolongados (30 minutos o más) y los de alta intensidad se mantendrán por 20 minutos o más. En general, para los adultos mayores o personas frágiles al principio del programa se recomienda efectuar sesiones de intensidad moderada, prolongando la duración, así como iniciar con 2-3 sesiones por semana.
- Modo o tipo de actividad. Se refiere a cualquier actividad física o ejercicio que involucre en su realización a grandes grupos musculares y que pueda mantenerse en forma continua (caminata, trote, carrera, ciclismo, danza aerobia, bailes, natación, etc.).

- Progresión del entrenamiento. Después de 4 a 6 semanas de entrenamiento se hará una nueva evaluación, modificaciones, etc. ⁽³⁾

En cuanto a la alimentación durante la actividad física y para preservar la masa muscular, se deben contener 5 comidas cada dos o tres horas, tres o cuatro de ellas deben contener proteínas y carbohidratos en un rango de 15-20% a 50-60%, respectivamente; cuidar la ingesta de sodio, tomando en cuenta que es esencial para la mejor absorción de aminoácidos; ingerir carbohidratos y proteínas con un mínimo de 30 minutos después de entrenar; fomentar un buen descanso, así como alta ingesta de agua, vitaminas y minerales, evitando la oxidación o deterioro celular. ⁽⁷⁾

Un estilo de vida saludable agrega años a nuestra vida y pone vida a nuestros años ⁽¹⁾

La concepción de un cuerpo saludable se realiza desde una perspectiva multidimensional en la que se entremezclan factores socioculturales, psicológicos y puramente físicos. El cuidado de todos y cada uno de estos factores parece ser la vía inequívoca para que el efecto del paso de los años permita mantener una óptima percepción subjetiva del nivel de calidad de vida.

La realización de actividad física sistemática y controlada es una clara herramienta de influencia positiva para preservar, conservar y promover los múltiples factores que intervienen en el mantenimiento de un cuerpo sano a través de los años. ⁽⁵⁾

Nunca es tarde para iniciar la actividad física y mantenerse físicamente activos ayuda a lograr envejecer saludablemente y a disfrutar de una existencia plena.

Necesitamos el movimiento para el cuidado de nuestro cuerpo y el cuidado del hogar; también para relacionarnos con los demás y acceder al espacio exterior, lo que nos permite estar presentes en el entorno en el que habitamos y manifestarnos como ciudadanos. ⁽⁸⁾

El ejercicio entonces tendrá múltiples beneficios y nos preparará a futuro, disminuyendo el riesgo de caídas, fracturas óseas, aumentando la fuerza muscular en 25 y 30% o manteniéndola, retardando la aparición de osteoporosis, disminuyendo la depresión, la ansiedad y el estrés, prevención de arteriosclerosis, mejorando el metabolismo de los azúcares y grasas, manteniendo los niveles de tensión arterial, previniendo el sobrepeso y altos porcentajes de grasa corporal, mejorando el sueño, aumentando la concentración, la atención y disminuyendo la percepción del dolor.

Entonces, estar “muy viejo” y “muy débil”, no son razones suficientes para no hacer actividad física. ⁽²⁾ Ya que toda edad es apta para la

realización de ejercicio e inclusive el adulto mayor debe tener planificación de entrenamiento físico. En los tiempos libres de la población, no sólo adulta sino en otras etapas de la vida, se debe llevar a cabo alguna actividad física tal como: Gimnásticos (incluyendo danzas), yoga, caminar, nadar, pedalear, etc., ya que nos ayudará a preservar el movimiento necesario, siendo ésta la clave para lograr un envejecimiento saludable.

De tal forma no hay que abandonar la actividad física, ya que ésta es un “remedio” que se debe tomar toda la vida.

Bibliografía

- 1.- Lopera Nelson A. Métodos de trabajo de la fuerza en el adulto mayor. Universidad de Antioquia, Instituto Universitario de educación física. Colombia, 2008. Consultado en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/109metodo.pdf> 03/04/14
- 2.- Asociación mundial de los agentes de los organismos para la tercera edad. Guía de autocuidados. Los Adultos Mayores y la Salud, El desafío de transformar nuestro estilo de vida. p. 1-92 Disponible en: http://www.ciss.org.mx/cadam/pdf/es/manual_autocuidados_es.pdf 09/04/14
- 3.- Chávez Samperio J, Lozano Dávila ME, Lara Esqueda A, Velázquez Monroy O. La actividad física y el deporte en el adulto mayor. Bases fisiológicas. México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7516.pdf> 09/04/14 p. 1-98
- 4.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. México, 2005. P. 1-121
- 5.- García Gil M. Manual de ejercicio físico para personas de edad avanzada. Bizkaiko Foru Aldundia Diputación Foral de Bizkaia. Disponible en: <http://bizkaia.net/home2/archivos/DPT04/Temas/manual-cast-ultima.pdf?idoma=CA&bnetmobile=0> 09/04/2014 P. 1-108
- 6.- Barrio E, Abellán A. Indicadores demográficos. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008, Tomo I. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2009; Disponible en: <http://www.henufood.com/nutricion-salud/consigue-una-vida-saludable/alimentacio%CC%81n-en-la-edad-avanza da/> 09/04/2014
- 7.- Gómez Morales IH. Como construir volumen muscular. Disponible en: <http://www.fuerzaypotencia.com/articulos/Download/volumenmuscular.pdf> 09/04/14 p. 1-6
- 8.- Pont Geis P, Soler Vila A, Fortuño Godes J, Nieves Palacios GA, et al.; Guía de actividad física para el envejecimiento activo de las personas mayores. Muy activas y activas frágiles. Consejo superior de deportes. Secretaría de estado para el deporte. México, 2011. p. 1-98

Prevención de la discapacidad en los adultos mayores

Javier E. García de Alba García.
Jefe U.I.S.E.S.S.

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado la discapacidad como un continuum que incluye:

- 1. Daño: Pérdida; anormalidad psicológica, fisiológica o de la integridad anatómica a nivel de un sistema u órgano específico.
- 2. Incapacidad: Inhabilidad para desarrollar una actividad en el rango considerado normal para un ser humano. También se le denomina limitación funcional.
- 3. Desventaja: Resultante de un daño o incapacidad que limita a una persona a cubrir determinados roles sociales.

Estos conceptos devienen en modelo desarrollado por Granger y Gresham, para la atención de la discapacidad, que puede expresarse así:

Condición	Nivel orgánico	Nivel individuo	Nivel social
	Patológica	Conductual	Rol asignado
Términos clave	Daño Disfunción	Incapacidad Dificultad	Desventaja Limitante social
	Limitaciones para el uso de habilidades, desarrollar actividades y cumplir roles sociales		
Análisis	Diagnóstico selectivo Descriptor	Conducta selectiva Descriptor	Rol selectivo Descriptor
	Determinación funcional de habilidades y actividades		
Intervenciones	Restauración	Adaptación Reducción	Apoyo Política social
	Todas necesitan una coordinación multidisciplinar y sustentable		

El modelo anterior, si bien afronta la problemática de la discapacidad, justo es señalar que la prevención de esta condición se ubica en la atención o mejor aún en la prevención de los padecimientos crónicos, tales como la diabetes, la hipertensión y la obesidad, que son los que devienen en complicaciones discapacitantes en los adultos mayores.

Las estrategias para afrontar la discapacidad, requieren cambios sociales para preservar la integridad bio-psico-social de los adultos mayores, con el objetivo de alcanzar un envejecimiento exitoso, aunado a una mayor esperanza de vida con calidad.

Al efecto, requerimos de realizar políticas de promociones de salud, accesibles y universales, que se encaminen a:

- a) Ofrecer un programa intersectorial de nutrición apropiada que prevenga la sarcopenia, la obesidad y otras carencias nutricias como la anemia, que afectan a nuestros adultos mayores.
- b) Ofrecer un programa intersectorial de ejercicio físico que garantice el incremento y/o el mantenimiento de la flexibilidad, la fuerza y la resistencia.
- c) Ofrecer un programa intersectorial de participación y apoyo social que prevenga la marginación, la depresión y la soledad en el adulto mayor.

Lo anterior se puede complementar con un programa de apoyo económico suficiente, para permitir un mayor margen de maniobra y de oportunidades al adulto mayor.

Lo anterior no implica que además se amplíen cualitativamente los espacios de atención y educación para el geronte, ya que la tendencia demográfica de este grupo poblacional es al aumento sustancial en las próximas cuatro décadas.

Ante esta situación, la U.I.S.E.S.S. está desarrollando un protocolo de investigación sobre fragilidad en pacientes con diabetes, hipertensión y obesidad. Síndrome al cual se le atribuye un incremento de morbilidad, hospitalización y mortalidad en los adultos mayores

Nuestro estudio, tiene como objetivo: Determinar la prevalencia de fragilidad en usuarios de medicina familiar con y sin hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, siguiendo el enfoque de Fried, por ser más afín a nuestros propósitos preventivos y así ofrecer bases objetivas para una adecuada planeación de su prevención en el adulto mayor, a través de los servicios de salud institucionales en nuestro medio.

Bibliografía

World Health Organization.. Classifications of impairments, disabilities and handicaps. Geneve. WHO. 1980.

Granger CV and Gresham GE. Functional assesment in rehabilitaci3n medicine. Baltimore. William & Wilkins. 1984. p 20.

Para checar tu salud... imídete y muévete!

*M. en N.H. Claudia Carolina Herrera Suárez.
Universidad de Guadalajara.*

Vivir una larga vida en buena forma física y mental, libre de enfermedad, es un bien anhelado por todas las personas. Es difícil conseguir la salud perfecta, pero resulta posible retardar y aminorar en buena medida el declive funcional producido por el envejecimiento natural, cuidando nuestra salud con estilos de vida saludables y evitando los comportamientos de riesgo.

Nuestro cuerpo está diseñado de tal forma que la carencia de movimiento puede causar daño a largo plazo, por ello la actividad física debe tener su sitio en la vida de cada día y a través del movimiento encontraremos bienestar

La actividad física realizada de forma adecuada siempre beneficia, independientemente de la edad, estado de salud y condición física. Por el contrario, el sedentarismo acelera el proceso de envejecimiento y sus consecuencias, incluso empeora el aspecto o imagen de la persona (García-Carpio, 2007).

Por otra parte, el estado nutricional del anciano está relacionado con el propio proceso de envejecimiento y este proceso está influenciado por el estado nutricional mantenido a lo largo de la vida (Bernal-Orozco, 2008). La dieta y el estado nutricional tienen gran influencia, particularmente en la prevención o tratamiento de diversas enfermedades que afectan este grupo de edad. Esto debido por un lado a que las necesidades de algunos nutrientes pueden ser mayores que en etapas anteriores y por otro, a su menor capacidad para regular todos los procesos relacionados con la ingesta de alimentos como consecuencia del progresivo deterioro de casi todas las funciones biológicas (Arbones, 2003).

Es entonces que, la realización de actividad física aunado a una alimentación saludable, se constituyen en dos normas preventivas para envejecer de manera saludable y conservar la autonomía en la ancianidad.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), adulto mayor es toda persona de 65 años o más, la cual se encuentra en una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales. Envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social. En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte (Restrepo, 2006).

Los ancianos constituyen el grupo de población de mayor crecimiento en todo el mundo, pero esto no significa necesariamente que su calidad de vida sea mejor. Así como ha aumentado el número de ancianos,

aparentemente también ha aumentado entre ellos la incidencia de problemas relacionados con su nutrición, como la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad. Lo que es preocupante, factor interviniente para la aparición y/o mantenimiento de enfermedades crónicas y discapacitantes. (Bernal-Orozco, 2008).

Dentro de este proceso destaca también la práctica habitual de actividad física, que contribuye a retrasar el envejecimiento. La actividad física tiene un impacto positivo en la prevención y tratamiento de enfermedades como la osteoporosis, ciertos tipos de cáncer, obesidad, enfermedades cardiovasculares y en el bienestar mental, así como en el apetito de las personas mayores. Además, las personas activas se encuentran en una mejor forma física, pues tienen más fuerza, más flexibilidad, una mejor coordinación y una mejor aptitud cardiovascular que las personas inactivas" (González-Gross, 2010; Araya, 2012; Frontera, 2004).

Actividad física y nutrición

La actividad física modula los requerimientos nutricionales, principalmente energéticos, por ello, paralelamente a la disminución de actividad y gasto energético, se ha observado un descenso gradual en la ingesta energética. El ajuste de la ingesta energética al menor gasto de energía favorece el mantenimiento del balance energético y previene la obesidad

Recomendaciones nutrimentales

Energía. Las necesidades de energía disminuyen con la edad, 5% por década (300-600 kcal), dos tercios se atribuyen a la menor actividad física y el resto a la menor tasa de metabolismos basal, como consecuencia de los cambios de la composición corporal, principalmente masa libre de grasa. Este menor gasto y la consecuente menor ingesta de energía son los factores más importantes que influyen en el estado nutricional.

Proteínas. Se estima en 0.8 g de proteínas/kg de peso corporal/día. La deficiencia de proteínas puede dar lugar a pérdida de masa muscular, alteraciones en la función inmune y a mala cicatrización de las heridas.

Hidratos de carbono. Se recomienda que estos aporten entre 55-75% de la energía total consumida, principalmente a partir de hidratos de carbonos complejos, presentes en cereales, algunas verduras, frutas y leguminosas. También se recomienda el uso de mono y disacáridos, ya que pueden desplazar de la dieta a otros alimentos con mayor densidad de nutrientes.

Lípidos. Se recomienda cuidar el aporte de ácidos grasos poliinsaturados de la familia n-3, abundantes en los pescados, por su efecto antiinflamatorio, antibiótico, antiarrítmico, hipolipemiante y vasodilatador.

Minerales y vitaminas. La biodisponibilidad puede estar comprometida por los cambios fisiológicos, enfermedades, consumo de fármacos, tabaquismo, alcohol, etc. (Arbones, 2003).

Actividad física

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y muscular, así como la salud ósea y funcional, además de reducir riesgos de depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

- Dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas o bien algún tipo vigoroso durante 75 minutos.
- La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos como mínimo.
- Se realicen actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.

Las sesiones de ejercicio deben realizarse bajo condiciones de temperatura y humedad relativa agradables, el lugar debe ser amplio y con buena ventilación, con equipo de buena calidad.

Dentro de las actividades de promoción a la salud de los adultos mayores debe tenerse en cuenta la apropiada intervención dietética y el fomento a la actividad física.

La autonomía o independencia es una facultad que hay que cuidar y cultivar con esmero. Tanto el funcionamiento del cuerpo humano, como el de la mente y las relaciones sociales, deben ser atendidas y no caer en el abandono, es la manera de asegurarse una vejez saludable.

¿Por qué entonces es importante llevar un adecuado ejercicio físico y una alimentación saludable?

- Mejora y mantiene la autonomía.
- Ayuda a prevenir y controlar enfermedades.
- Aumenta la vitalidad.
- Ayuda a combatir el estrés.
- Mejora la autoestima.
- Mejora el estado de ánimo y disipa las preocupaciones.
- Incrementa la resistencia a la fatiga.
- Ayuda a perder peso o mantenerse en su peso ideal.
- Mejora el sueño.

Bibliografía

Araya S., Padial P., Feriche B., Gálvez A., Pereira J., Mariscal-Arcas M. (2012). Incidencia de un programa de actividad física sobre los parámetros antropométricos y la condición física en mujeres mayores de 60 años. *Nutr Hosp.* 27(5):1472-1479.

Arbonés G., y cols. (2003). Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo "Salud pública de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutr. Hosp.* XVIII (3): 109-137.

Bernal-Orozco M.F., Vizmanos, B., Celis de la Rosa, A.J., (2008), La nutrición del anciano como un problema de salud pública, *Antropo*, 16, 43-55. www.didac.ehu.es/antropo.

Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/ Recuperado el día 19 de Abril de 2014.

Frontera Roura WR. Ejercicio y actividad física en el anciano. En: Gómez-Candela C., Reuss-Fernández JM. Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Ed. Médicos, S.A.; Barcelona; 2004: pp57-64.

García-Carpio MS. Ed. (2007). Ejercicio físico para todos los mayores. Madrid

González-Gross M. La actividad física para un envejecimiento saludable. Simposio "Ejercicio y actividad física, complementos de la dieta en el mantenimiento de la salud". Segundo Congreso Mundial de Nutrición y Salud Pública; Oporto, Portugal: 23-25 de septiembre de 2010. Disponibles en: <http://efcsc.files.wordpress.com/> Recuperado el día 17 de abril de 2014.

Restrepo, S. L., Morales, R. M., Ramírez, M. C., López, M. V., & Varela, L. E. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista chilena de nutrición*, 33(3), 500-510.



Procesos centrales de la expectativa de vida con calidad que tienen tres personas con vejez, diabetes y amputación, de Guadalajara, Jalisco, México

Pedro Yañez Moreno.
D.C.S. del CEAS.

El envejecimiento es un proceso de transformación biológica, sociocultural, socioeconómico, individual, colectivo y hasta de carácter ambiental, que reconstruye identidades, reelabora las representaciones de vida previas y modifica la percepción de sí mismo sobre las actividades cotidianas en cada contexto.

Aunque no está claro en qué momento puede definirse el envejecimiento en términos de edad cronológica, la geriatría, encargada de estudiar las marcadas diferencias fisiológicas y de vulnerabilidad en la atención de las personas con vejez, la clasifica de la siguiente manera:

1. De los 60 a los 74 años: Viejos jóvenes.
2. De los 75 a los 84 años: Viejos viejos.
3. De los 85 a los 99 años: Viejos longevos.
4. Mayores de 100 años: Centenarios (Arganis, 2011).

La vejez por tanto, no es singular como su palabra lo determina, sino es múltiple y cuenta con variados mecanismos de interacción que actúan en el proceso del envejecimiento (Antropológicas, 2013).

De este modo, el envejecimiento aquí se entiende como la agrupación de momentos espacio-temporales, cuya expresión concreta tiene que ver con la pérdida paulatina de vida saludable y por consiguiente de la dependencia a las siguientes condiciones:

- a) Experiencias sintetizadoras de enfermedad que definen a las personas con problemas en la vejez.
- b) Acceso o no a una fuente de recursos alimentarios y actividad ocupacional.
- c) Retos y dificultades para desarrollar el cuidado a la población que entra en la etapa de vejez.

Para comprender lo anterior y por razones didácticas, se hace reflexión sobre las tendencias interpretativas fenomenológicas (Merleau-Ponty, 1994), de fragmentos de la vida de tres personas en condiciones de pobreza, pertenecientes a la Zona Metropolitana de Guadalajara, en Jalisco, México, con diabetes tipo II que sufrieron amputación y que viven la deriva de diversos tipos de atención sobre las necesidades propias de su condición, como la alimentación-nutrición, movilidad/actividad física que necesitan y las problemáticas que viven cuando deben ajustarse a los recursos económicos del hogar.

Este análisis deviene desde los planteamientos de la antropología médica que centra su interés en las definiciones de las circunstancias que ofrecen los propios actores (Ruiz et al, 2007), que para este caso, con

vejez, diabetes y con dificultades de desplazamiento, viven las necesidades alimentarias y nutricionales así como de movimiento corporal.

Nociones para comprender los problemas de una vejez con limitaciones

Los tópicos que se presentan ahora, han sido clasificados según el punto de inflexión o agrupación metodológica que constituye un acontecimiento o proceso empírico que tuvieron las personas en relación a un evento específico (Guichard et al, 2013). Los nombres de las personas son ficticios y ponen énfasis en la trayectoria de vida individual, en función a los objetivos que persigue el ensayo.

Así que, el primer fragmento describe las necesidades alimentarias como la problemática de todos los días: *A veces en el mercadito me dan bofe, chicharrón y a veces ahí se echa a perder (en el hogar), nadie se lo come. Yo como lo que “haiga”, isi hay carne de puerco, pues lo que hay!* (Remedios, 60 años).

En la siguiente condición, las representaciones o concepciones de la enfermedad y de la salud son extrapolados del saber médico: *Cuando estás enfermo, sientes que se te va todo el ánimo que tienes, y si no tienes ánimo, la enfermedad se te clava más, por eso cuando está uno enfermo, tienes que darte ánimo para que esa enfermedad no te dé más... a espartarla para poder alivianarte* (Andrés, 71 años).

El tercer relato incorpora el apoyo familiar como una herramienta indispensable para elevar la calidad de vida del enfermo y mejorar la dinámica que se vive en las instituciones de salud: *Mi hija, llevaba el control del horario de la medicina que debía tomar, cuando estaba internado. En cuanto me dieron de alta (por la intervención quirúrgica de amputación), ella se hizo cargo y fue anotando todo en una libreta, a qué horario, y cuánta cantidad, entonces cuando íbamos a consulta, yo le mostraba la libreta al médico cómo llevaba el control y eso ayudaba mucho, porque ya no andaban adivinando* (Lucas, 64 años).

Como lo demuestran los diferentes eventos que hacen alusión al dominio temático, en condiciones de marginación económica, por ejemplo; las respuestas para cubrir las necesidades alimentarias de la vida en la vejez son mediante la vida en grupo, pero, cuando se niega esta condición “la persona adulta mayor come sola la mayor parte del tiempo, por lo que el abandono o desinterés de otros hacia la misma es un indicador de apoyo social que en ocasiones tiene que ver con que los miembros del hogar tienen que “valerse por sí mismos” (Rivera y Guerrero, 2011: 126-128). Sin embargo se debe de reconocer que muchas familias y grupos que conviven con un enfermo no cuentan con el conocimiento y la infraestructura, mucho menos los recursos para ofrecer el tratamiento adecuado.

Otro aspecto de igual importancia, manifiesta la realidad de la enfermedad como fenómeno sociocultural total, que requiere conocerse desde un ámbito individual, pero también saberse si es o no, hasta cierto punto

imitada por el contexto en que se vive (García de Alba y Salcedo, 2002). Ya que dicho análisis da cuenta hasta dónde los enfermos se vuelven testigos directos de los actos en su vida diaria (Herzlich y Pierret, 1988).

Una prominente crítica demuestra desde los relatos expuestos, cómo es que existen suficientes razones (suficientes factores de riesgo o problemas modificables y/o prevenibles), para vivir con límites, lo que significa que la vejez en algunos casos, se percibe como el transcurso lógico de las condiciones cotidianas de la vida.

Desde luego, para buscar y entender cómo se elabora la realidad social de las personas con vejez, es necesario reconocer:

- a) La pobreza que viven, como determinante del exceso de morbimortalidad y causa de empobrecimiento (Laurell, 2013).
- b) Las desigualdades sociales, como una prueba de fuerza física y resistencia. Por ello, la tensión del cuidado hacia la persona con vejez es una preocupación de todos y todas, lo que implica generar otro tipo de atención donde el personal de salud sepa atender más que la enfermedad (Jarillo, 2014) y pueda con esto contribuir, promover y desarrollar el afecto y la dignidad, así como la vida en empatía.

Sólo así las restricciones y limitaciones objetivas que brinda la razón para intervenir y prolongar la vida (Aguilar y Pando, 2002), podrá “favorecer una participación activa y eficaz dentro de gran número de actores para mejorar la salud de todos los pueblos” (Organización Mundial de la Salud –OMS-, 2011).

Bibliografía

Antropológicas. 2013. “Ecología del envejecimiento”. Cortesía de la Cátedra de Antropología Luis Montané. “Red Antropológica Interuniversitaria de Cuba”. núm. 91.

Arganis Juárez, E. A. (2011) “Representaciones y prácticas sobre el envejecimiento y la enfermedad en derechohabientes del IMSS mayores de 60 años”. Peña, F. Y León Parra B. Antropología física. Diversidad biosocial contemporánea. Eón Sociales. México. pp. 61-72.

Guichard E.; Concha V.; Henríquez S. C.; D'epinay C. L. (2013) “Reconstrucción subjetiva del curso de la vida en Chile”. Revista Mexicana de Sociología. Universidad Nacional Autónoma de México. México. pp. 617-645.

Jarillo Soto, E. C. (2014) “Necesidades de formación de Recursos humanos para las políticas de salud.” Ponencia presentada para el seminario 2013-2014 de la Red del Programa de Mejoramiento del Profesorado, septiembre: Salud, las condiciones de vida y políticas sociales de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Región México, AC.

Laurell, A. C. (2013) Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. CLACSO. Buenos Aires.

Merleau-Ponty, M. (1994) Fenomenología de la percepción. Planeta-Agostini. España.

Rivera Márquez J. A. y Guerrero Alcocer, E. V. (2011) “Alimentación, nutrición y pobreza en ancianos de la ciudad de México”. Peña, F. Y León Parra B. Antropología física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos. Escuela Nacional de Antropología e Historia. Instituto Nacional de Antropología e Historia. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México. pp. 119-132.

Ruiz Díaz, A.; E. M. Reyes Equigua; J. Ramírez Velázquez y C. A. Jiménez Baltazar. (2007) “Una mirada a la relación entre antropología física y la antropología médica.” Estudios de Antropología Biológica XIII: 627-647. XIII Coloquio de Antropología Física “Juan Comas”. México.

Bibliografía en internet

Aguilar Aldrete, M. A. y Pando Moreno, M. (2002) “El nuevo envejecimiento en México: un enfoque socioantropológico médico”, Dossier Ciencias Sociales y ciencias de la salud. Revista Universidad de Guadalajara. núm. 23. <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art2dossier23.html> [consultado el 14 de abril de 2014].

García de Alba García, J. E. Y Salcedo Rocha, A. L. (2002) “Dominio cultural en Diabetes mellitus tipo 2. Dossier Ciencias Sociales y ciencias de la salud. Revista Universidad de Guadalajara. núm. 23. <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art2dossier23.html> [consultado el 14 de abril de 2014].

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011) Reformas de la Organización Mundial de la Salud para un futuro saludable. Informe de la Directora General. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS/EBSS2_2-sp.pdf?ua=1 [consultado el 14 de abril de 2014].

Herzlich C. y Pierret J.. (1988) “De ayer a hoy: Construcción social del enfermo”. Cuadernos Médico Sociales. Núm. 43. Pp. 21-30 <http://saludysociedad.pbworks.com/w/file/attach/67765080/De%20ayer%20a%20hoy.%20Construcción%20social%20del%20enfermo%20-%20Herzlich%20y%20Pierret.pdf> [consultado el 15 de abril de 2014].

Barría, M. y Amigo H. (2006) “Transición nutricional: Una revisión del perfil latinoamericano”, Archivos latinoamericanos de nutrición. vol. 56, núm. 1. pp. 3-11 http://www.captura.uchile.cl/bitstream/handle/2250/5406/Barria_RMauricio.pdf?sequence=1 [consultado el 16 de abril de 2014].

Volver a la vida... después de los 60's

*Violeta Huerta, Gloria A. García.
M.C. Socio Médicas*

Estamos ante un panorama diferente en México, así como en el mundo. La población del adulto mayor de 60 años se ha incrementado de manera importante, según la Organización de las Naciones Unidas representaba el 10% mundial en el 2000, para el 2005 se duplicará y la población de los adultos de 80 años se triplicará.

Encontramos que los adultos que realizan actividad física con regularidad a lo largo de su vida, cuidando sus hábitos nutricionales, presentan casi un tercio menos de discapacidad que las personas sedentarias, logrando además reducir la morbilidad en este grupo poblacional.

En estudios que se han realizado en Alemania, se concluye que existe asociación entre la intensidad de la percepción de bienestar y una mayor supervivencia.

En los mismos grupos estudiados, una mala actitud disminuye la sobrevivencia y aumenta el riesgo de enfermedad.

Otros factores que logran una longevidad saludable son: Las actividades artísticas, una vida espiritual intensa y permanecer en una localidad intensa.

Los trabajadores de la salud deben promover el autocuidado y ayudarlos a reconocer que todos y cada uno somos gestores de nuestra vida, así que debemos conocer de qué se trata el cuidado integral de nuestra persona.

Dorotea Oren es quien propone la teoría del autocuidado y lo define como una contribución constante del individuo a su propia existencia.

Aunque sabemos que la alimentación balanceada, alta en antioxidantes y grasas saludables ayudan a tener una buena salud, al pasar los años, los adultos próximos a los 60 años, deben reducir el número de calorías y aumentar bocadillos saludables. Esto contribuye directamente a continuar activo y sin discapacidades después de los 70 años.

Los programas integrales con intervención educativa que fomentan la actividad física, adecuada nutrición e interacción social, pueden ayudar a detectar enfermedades hasta en un 70% a tiempo o prevenirlas. Trabajar en estos programas debe ser una prioridad para las instituciones de salud, así como para las empresas y sus trabajadores. De una manera u otra los estilos de vida saludables contribuyen a una longevidad saludable.

Por lo que debemos integrarnos a alguna actividad física, programas de yoga, caminata, cursos de activación física y nutrición, desde antes de pensar en jubilarnos y continuar en ellos al ya estar jubilados, para lograr ser activos y libres de discapacidades por más tiempo.

Los estudios en personas centenarias muestran que éstas se mantienen activas, con perspectivas positivas acerca de su salud, familia, entorno y demás.

Las personas que llegan a pasar los cien años de vida tienen en común aspectos cómo:

- Disposición de vivir cada día a plenitud.
- Apoyo social.
- Fe.
- Habilidad de manejar la tensión.
- Trabajo duro y ejercicio.
- Sentido del humor.
- Dieta sana y natural.
- Ambiente familiar.
- Moderación.

Una dieta moderada en cantidades, evitar riesgos de caídas y la constante de la actividad física, aparece hasta los 90 años, como un fuerte factor de protección.

Mantengamos una rutina de ejercicios, como caminata diaria, yoga, natación, asistir a eventos sociales, artísticos, familiares, pero sobre todo una actitud positiva y relajada ante los eventos diarios, para lograr una longevidad saludable e independiente.

Bibliografía

Tomás Engler, Marco conceptual del envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo y saludable, capítulo 23,32

Sandra Lucia Restrepo M. (1), Rosa María Morales G. (1), Martha Cecilia Ramírez G. (2), María Victoria López L. (2), Luz Estela Varela L. (2)

Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud, Rev Chil Nutr Vol. 33, N°3, Diciembre 2006
María Ángeles Molina, Rocío Fernández-Ballesteros, PhDisalud pública de México, vol 54, no.6 noviembre-diciembre de 2012

El **Centro de Atención a Clientes Yakult**, tiene como razón de ser, promover la salud y la cultura a través de diferentes actividades **gratuitas**, que puedes consultar en nuestro sitio web www.yakult.mx, además contamos con servicio de Biblioteca y préstamo de salones así como un taller permanente de educación en diabetes. Av. Chapultepec No. 451 esquina con Guadalupe Montenegro. Tel: 3827 1330



Noticias

Damos la bienvenida a nuestra nueva secretaria de la U.I.S.E.S.S. Claudia Miriam Acevedo Gómez.

Así como a Martha Angélica Gallardo García, diseñadora de la versión electrónica de nuestro boletín.

Les informamos que muy pronto estaremos en las redes sociales. Nos podrás seguir en Facebook y Twitter para resolver sus dudas, sugerencias y comentarios.

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



Boletín U.I.S.E.S.S. es una publicación de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud.

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.)
analeticia.salcedo@imss.gob.mx

El Boletín U.I.S.E.S.S. está indexado en:

- Índice Mexicano de Revista **IMBIOMED** Biomédicas:
www.imbiomed.com.mx
- DIALNET www.dialnet.unirioja.es
- LATINDEX www.latindex.org
- BENSON COLLECTION OF UNIVERSITY OF TEXAS LIBRARIES
- YAKULT www.yakult.mx

ISSN y Certificados en trámite

Ubicación de la U.I.S.E.S.S.

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



Sofúl^{LT}
Yakult

Puede ser consumido por toda la familia en sus cuatro deliciosos sabores: mango, natural, fresa y manzana.



Verse bien, se siente bien

- Contiene miles de millones de *Lactobacillus casei* Shirota
- Sin azúcar.
- Reducido en calorías.
- No contiene conservadores.
- Por su origen aporta calcio y proteínas.





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 Wrigth

Dr. David Hayes Bautista, UCLA

Dra. Susan C. Weller, Univ. of Texas

Directorio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Director General

Lic. José Antonio González Anaya

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Javier Dávila Torres

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

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Salvador Cázares Queralt

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. Francisco Javier Cisneros Sandoval

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.



www.yakult.mx

Corrección

Hugo Enrique González Reyes

Diseño Gráfico

Oscar Gregorio Gómez Vázquez

**El *Lactobacillus casei* Shirota
es reconocido como probiótico**

Por una sociedad más sana

