

Boletín U.I.S.E.S.S.

Año 19 / Mayo-Agosto del 2018 / No. 2



Editorial

El anciano en la regulación de la desigualdad y la exclusión.

Contenido

Conceptos y problemas del envejecimiento: Un enfoque socio-médico.

Algunos ocultamientos relevantes de hábitos nocivos durante la consulta médica del adulto mayor con perfil cultural de "chavorrucos" versus "síndrome de Peter Pan".

La salud en el adulto mayor: Cómo llegar a tener salud.

¿Hacia dónde vamos?

Estrategias para la prevención de la aparición del deterioro cognitivo en el adulto mayor.

Valoración Geriátrica Integral (VGI).

Importancia de las vacunaciones en adultos mayores.

La salud de los adultos mayores en México, el reto del siglo XXI.

El autocuidado en el adulto mayor.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



El anciano en la regulación de la desigualdad y la exclusión

Palabras clave: Ancianos, desigualdad, cuidado, dependientes.

Introducción

En la actualidad, una característica llamativa del mundo moderno es el envejecimiento poblacional. La tercera edad ha aumentado recientemente y abarca periodos entre el fin de la vida laboral y la llegada de la cuarta edad, entendida como la edad de “dependencia, decrepitud y muerte”. Los viejos se van haciendo más dependientes a causa de su salud o por problemas económicos. Éstas sugieren un cambio en la vida de estas personas: De la actividad y sobre todo en su autonomía personal vs la dependencia de otras personas (Coleman, 1992:542). La ciudadanía y los derechos humanos que describen nuevas formas de envejecer, donde están principalmente los cambios en el trabajo, como la jubilación y el aislamiento social. Se requieren programas específicos en todas las áreas desde la salud hasta el ocio.

Las mujeres son más numerosas que los hombres entre la población anciana, dada su mayor longevidad y esta diferencia aumenta en los últimos tramos de edad, con el desarrollo del cuidado de la persona y la familia. Estas situaciones pueden generar un conflicto entre generaciones. Una de las áreas más afectadas es el sistema sanitario que recaerá en los sujetos activos.

¿Quién cuida a los mayores cuando se vuelven más débiles y dependientes?

Tradicionalmente, la respuesta ha sido las familias. Pero las familias han cambiado y con ella las bases de la ayuda y los cuidados. Cada vez más mayores viven solos, o quedan aislados. El cuidado de las personas dependientes puede tomar otras siguientes formas: La atención profesional en residencias (asilos, retiros) es una opción normalmente muy cara. La atención en casa, según las provisiones de los gobiernos locales, puede ser muy cara y su calidad de vida varía. Estos servicios públicos al menos satisfacen sus necesidades esenciales. El cuidado informal. El subsidio es voluntario o privado e individual (ONG. Voluntariado).

Según Macioni (382), los sociólogos siempre buscan las pautas sociales e intentan entender la manera en que todo se organiza socialmente. Se trata de las expectativas sociales hacia los adultos mayores, que varían mucho de una sociedad a otra. La desigualdad por estratificación o clases sociales por razón de edad, comprende la distribución desigual de la riqueza, el poder y los privilegios entre las personas de edad y por periodo histórico que la sociedad en que se inserta considera importante (niños, jóvenes, adultos, viejos). Ahora, vemos el surgimiento de urbanizaciones de jubilados, cursos en la universidad para la tercera edad, tratamientos quirúrgicos, vacaciones y movimientos políticos, el llamado movimiento de poder gris. Está claro que envejecer hoy día se ha convertido en un nuevo estilo de vida.

La población más anciana vive en sociedades en vías de desarrollo. Son principalmente pobres o muy pobres, con bajos ingresos, con salud muy pobre y pocas prestaciones sociales. A menudo son ignorados, abandonados. Sus vidas se encuentran muy dañadas, con familias disueltas. Bauman ha llamado “vidas desperdiciadas”. En los ancianos se reporta como principales consecuencias:

- La salud frágil o en riesgo y discapacidad vs autonomía.
- Crisis de las pensiones económicas.
- El maltrato a los mayores, su exclusión. juntarlos para discriminarlos por su edad u discapacidad cotidiana. Los estereotipos negativos describen a los mayores como desvalidos, infelices, resentidos, anulan sus logros y expectativas y otros que le sirven para discriminarlos por razón de la edad.

1. Más allá de las consecuencias sociales el envejecimiento en la desigualdad y la exclusión

La desigualdad y la exclusión tienen en la modernidad un significado totalmente distinto del que tuvieron en las sociedades anteriores. Por primera vez en la historia, la igualdad, la libertad y la ciudadanía son reconocidas como principios emancipatorios de la vida social. La desigualdad y la exclusión tienen entonces que ser justificadas como excepciones o incidentes (eventualidades) de un proceso social y frente a ellas, la única política social legítima es aquella que define los medios para minimizarlas. Sin embargo, a partir del momento en que el paradigma de la modernidad converge y se reduce al desarrollo capitalista, las sociedades modernas pasaron a vivir de la contradicción entre los principios de la regulación (de la desigualdad y de la exclusión) producidos por (hacia la igualdad y la integración social) (Boaventura de Sousa).

La desigualdad implica un sistema jerárquico de integración social. La pertenencia se da por la integración subordinada. Según Marx la desigualdad entre el capital y el trabajo, es una desigualdad clasista basada en la explotación. Foucault es el gran teorizador de la exclusión. Si la desigualdad es un fenómeno socioeconómico, la exclusión es sobre todo un fenómeno cultural, de civilización. Se trata de un proceso histórico a través del cual una cultura, por medio de un discurso de verdad, crea una prohibición y la rechaza. Establece un límite más allá del cual solo hay trasgresión, un lugar que atrae hacia otro lugar –la heterotopia– todos los grupos sociales que la prohibición alcanza, sean estos la locura, el crimen, la delincuencia o la orientación sexual. Ahora el envejecimiento, Por medio de las ciencias humanas, transformadas en disciplinas, se crea un enorme dispositivo de normalización que, califica y descalifica. La descalificación y la exclusión reposa en un discurso de fronteras y de límites

que justifican grandes fracturas, grandes rechazos. Siendo culturales y civilizacionales, tales fracturas tienen también consecuencias sociales y económicas. Aquí la integración no va más allá del control de peligrosidad social.

Por ejemplo, en la modernidad capitalista son importantes otras dos formas de jerarquización híbridas, en cuanto contienen elementos propios de la desigualdad y de la exclusión: el racismo y el sexismo (y la vejez). En el racismo, el principio de exclusión radica en la jerarquía de las razas y la noción desigual se manifiesta primero a través de la explotación colonial y luego a través de la inmigración. En el sexismo y la vejez, cuya exclusión se funda en la distinción entre el espacio público y el espacio privado y el principio de la integración desigual, así como en el papel de la mujer en la reproducción de la fuerza de trabajo en el seno de la familia y más tarde, por la integración en formas desvalorizadas de fuerza de trabajo.

Los dispositivos de jerarquización que combinan la desigualdad de Marx y la exclusión de Foucault ya sea en la cientifización de la normalidad, o en el determinismo biológico de la desigualdad racial o sexual o por edad.

2. La crisis de la gestión moderna de la desigualdad y la exclusión

En la desigualdad, la función del Estado. Este modelo consiste en mantenerla dentro de unos límites que no impidan la viabilidad de la integración subordinada. En la exclusión, su función es la de distinguir entre las diferencias aquellas formas que deben ser objeto de asimilación o, por el contrario, objeto de segregación, expulsión o exterminio. El Estado tiene que intentar validar socialmente esta repartición, apoyándose en ciertos criterios: el loco, o el criminal o el viejo es peligroso y el que no lo es; el buen o mal inmigrante, lo femenino, y el buen ciudadano o paciente. Que quieren decir cuáles son asimilables; el desvío y la orientación social tolerable e intolerable. Aquellas en que se admite a partir de la cultura dominante; entre las que constituyen enemigos absolutos o apenas relativos. En otras palabras, la exclusión se combate por medio de una sociología y una antropología diferencialista imaginarias, las cuales operan por sucesivas especificaciones del mismo universalismo diferencialista.

Este modelo produce una gestión controlada de las desigualdades-exclusiones, principalmente a través de la socialdemocracia y del Estado providencia, que es su forma política.

El Estado providencia y en general las políticas sociales son comprensibles a la luz de dos hechos. La socialdemocracia se funda en un pacto social en el que los trabajadores, organizados en el movimiento obrero, renuncian a sus reivindicaciones más radicales. El conflicto social fue bienvenido y a su vez institucionalizado. Las políticas tienen por objeto garantizar la reproducción constante de familias estables biparentales en las que el hombre gana el salario familiar en un empleo seguro. Otras fueron:

- La transnacionalización de la economía, protagonizada por empresas multinacionales que convierten las economías nacionales en locales y dificultan, cuando no inviabilizan, los mecanismos de regulación nacional, sean estos predominantemente estatales, sindicales o patronales.

- La disminución vertiginosa del volumen de trabajo activo necesario para la producción de bienes, haciendo posible un crecimiento sin aumento de empleo,
- El aumento del desempleo estructural, generador de procesos de exclusión social agravados por la crisis del Estado providencia.
- La enorme movilidad y la consecuente deslocalización de los procesos productivos, hechas posibles por la revolución tecnológica e imperativas por la predominancia creciente de los mercados a crear una relación salarial global, internamente muy diferenciada pero globalmente precaria; el aumento de la segmentación de los mercados de trabajo, de tal modo que empleados permanecen a pesar del salario, por debajo del nivel de pobreza, mientras que en los segmentos protegidos la identificación como trabajador desaparece dado el nivel de vida y la autonomía del trabajo, así como el hecho de que los ciclos de trabajo y de formación se sobreponen enteramente.
- La saturación de la búsqueda de muchos bienes de consumo de masas que caracterizan la civilización industrial, junto con la caída vertical de la oferta pública de bienes colectivos tales como la salud, la enseñanza y la vivienda.
- La destrucción ecológica que paradójicamente alimenta nuevas industrias y los servicios ecológicos al mismo tiempo que degrada la calidad de vida de los ciudadanos en general.

La vejez como un fenómeno demográfico, socioeconómico y cultural nos ocupa como unidad de investigación-atención que reflexiona sobre el panorama actual del envejecimiento y su atención disciplinar e institucional.

Referencias

Boaventura de Sousa Santos. **La caída del ángelus novas. Ensayos para una teoría social y una nueva práctica política.** ILSA-Universidad Nacional de Colombia 2003, pp. 125-167.

Macionis J y Plumer Sociología. Prentice Hall, 2012, cap 23, 24.

Yañez Pedro. **Procesos centrales de la expectativa de vida con calidad que tienen tres personas con vejez, diabetes y amputación, de Guadalajara, Jalisco, México. Tesis doctoral CIESAS 2017.**

Vila Carme. Cuidar, Punto de vista asistencial. En Boixareu (coord.) **De la Antropología filosófica a la antropología de la salud, pp; 456-466.**

En Latino América, desde el punto de vista socio médico, se requiere, además de buscar conceptos, términos, mediciones apropiados para el envejecimiento, investigar y desarrollar estrategias y políticas propias, que se caractericen por su viabilidad, efectividad y consistencia (Fraga y Mena.1999).

El envejecimiento no puede definirse de antemano solo por la edad, ya que es un proceso personal y socio cultural, es decir la vejez es parte del proceso de desarrollo social, manifestado en términos históricos y dialécticos.

Visto de esta manera no se puede descontextualizar a la población anciana inserta en una sociedad donde el 40% de ella está debajo de la línea de pobreza, donde las pautas de fecundidad y la enfermedad no son los principales mecanismos de la producción y reproducción del fenómeno de la pobreza. Sociedad donde el ritmo de crecimiento económico no genera el número de empleos suficiente para la población en edad productiva; ni justas condiciones de seguridad social y bienestar social al adulto mayor.

Si a lo anterior le agregamos que las personas de edad padecen proporcionalmente más enfermedades de las llamadas crónicas y tratan de utilizar más los servicios de atención médica, en la medida de que sus incapacidades lo permiten.

Este panorama hace necesario un cambio socio cultural y político que afecte radicalmente no tan solo al área de salud del sector público, sino los sectores: Social, público y privado, donde se crean las condiciones sociales e individuales de educación, salud, vivienda, comunicación, nutrición, ejercicio, entretenimiento y otros satisfactores de la calidad de vida de las personas, para que en el transcurso de su existencia les permitan llegar a una vejez exitosa a partir de la promoción de su salud individual y social expresada como capacidad física, mental y social, para tener acceso a los bienes y servicios que minimicen o reviertan las pérdidas que el proceso vital genera. Lo cual para México es un verdadero reto preventivo-asistencial, por la frecuencia de padecimientos crónicos, tales como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la obesidad, que se elevan desmesuradamente, en lugar de reducirse. Como se deduce en los cuadros de los anexos I, II y III,

Algunas perspectivas

Biológica

Los primeros estudios de esta perspectiva los hizo a inicios del siglo XX el médico ruso, ganador del premio Nobel, Ilya Metchnikoff, quien propuso que las incapacidades de la edad avanzada eran producto de la sífilis, el alcoholismo o venenos producidos por las bacterias del intestino grueso (Romanucci-Ross, Moerman y Tancredi. 1997). Además, hasta hace algunas décadas existía la creencia mecánica, de que el envejecimiento incrementaba la vulnerabilidad a la enfermedad y reducía la vitalidad del cuerpo físico. Actualmente se considera que el envejecimiento es un proceso más complejo y tiene que ver con:

1. Una programación genética que fija los límites de crecimiento y longevidad.

2. El declinar relacionado con la edad está relacionado con el funcionamiento del programa genético ligado al funcionamiento de nuevas células menos efectivas que sus predecesoras.
3. La baja de eficiencia inmunológica para destruir células extrañas o mutantes.
4. Un decremento de la capacidad del sistema endocrino para controlar funciones vitales como la respiración, temperatura o presión arterial.
5. Un declinar en la respuesta eficiente y rápida del sistema nervioso para evitar el deterioro y la integridad corporal.

Psicológica

La cual entiende al envejecimiento de manera multifacética, así algunos psicólogos han contribuido a explicar características del desarrollo y la personalidad en el anciano, en su ciclo de vida. Los temas psicológicos incluyen el funcionamiento cognitivo y sensorial sobre las experiencias de vida

Sociológica

Al efecto se ha estudiado la acción, la interacción, la estructura y la función social, desde:

- El funcionalismo que enfoca el ajuste (funcional o disfuncional) del anciano en los grupos (su participación, roles, estatus).
- El conflicto, que examina el rol de los viejos con relación a los problemas generados por la competencia con los otros en la búsqueda y disposición de recursos.
- El interaccionismo simbólico que estudia cómo el proceso de socialización de las personas grandes, es internalizado para darle sentido y significado a la acción con otros individuos o grupos. Se incluye aquí la teoría del etiquetamiento.

De estos enfoques surgen los conceptos desarrollo humano, ciclo(s) de vida, curso de vida, etc. Ver anexos IV y V.

Algunas teorías

De acuerdo con Hendricks y Hendricks (Banks. 1991) hay tres grupos de teorías:

1. Teorías tempranas:

De la actividad, donde se señala que la vejez exitosa, depende de continuar las actividades normales.

Del desacoplamiento, que explica cómo el individuo en etapas tardías va disminuyendo o cambiando los roles sociales, a la par que los van incrementando los jóvenes.

De la continuidad, donde se explica que el individuo conforme envejece se predispone más a mantener estables sus hábitos y costumbres.

La continuidad desde el punto de vista sociológico puede verse como una función de la socialización y psicológicamente habla de un desarrollo de la personalidad, donde por cierto hay controversia, ya que algunos señalan que solo hay un aumento de consistencia en la personalidad y otros, que es una forma de adaptación socio-cultural.

2. Teorías de segunda generación:

De estratificación etaria, que propone que esta, estratificación, es el resultado de cómo los diferentes grupos etarios ven y tratan diferencialmente a la sociedad (edad-ismo).

De la modernización, que explica las diferenciales de envejecimiento por diferenciales culturales.

Del intercambio, que explica una mayor adaptación al envejecimiento en función de la negociación e intercambio con los demás (viejos y jóvenes).

3. Teorías emergentes:

Socio ambientales: que se enfoca en la interdependencia persona-ambiente.

Económico políticas: que analizan la ubicación de los ancianos con relación a la estructura macro social, es decir, en términos a la satisfacción de necesidades vitales y del acceso a los bienes y servicios.

Concepto y medición de la incapacidad

El concepto de envejecimiento en biomedicina está ligado a déficit funcional y para su objetivación requiere de ser medido, de aquí que la OMS lo considere, como parte de un continuum de impactos que incluyen:

- Deterioro: como la pérdida o anormalidad fisiológica, psicológica o de integridad anatómica en el ámbito de un órgano o sistema específico.
- Incapacidad: como inhabilidad para desarrollar una actividad dentro de un rango considerado normal, es decir una limitación funcional en el ámbito de la persona como un todo.
- Impedimento o minusvalía: como la desventaja resultante de un deterioro o incapacidad, que limita a un individuo a desempeñar ciertos roles sociales. Ver anexo IV

Para medir la habilidad/inhabilidad funcional se han desarrollado varios índices uno de los cuales es el ADL (activities of daily living) de Katz y cols que se refiere a 6 actividades como bañarse, vestirse, asearse, moverse de la cama o silla, continencia y comer. Otro como el de Lawton y Brody, que amplió el panorama anterior con el IADL (instrumental daily living) incorporando funciones más complejas como hacer los quehaceres de la casa, preparar sus alimentos, manejar su propio dinero, ir de compras y usar el teléfono (Wallace. 1998).

Promoción de la salud y prevención

Se necesita en el área de la salud, una nueva perspectiva sobre la promoción de la salud y la prevención, que sitúe la salud del adulto mayor, en el contexto de las tendencias sociales más amplias y la defina como de origen y desarrollo inherentemente sociales, donde la salud sea accesible de una forma, que suponga no solo a la salud como resultado, sino como aumento del control sobre la propia vida de las personas (Kickbush. 1996).

Así entonces la salud del adulto mayor, no debe verse de manera segmentaria, estática o aislada en un vacío socio cultural, ya que se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de educación, laborales y de esparcimiento; desde el fomento de la salud materno – infantil, del adolescente y del adulto. La salud del

anciano, implicaría entonces, hacer del auto cuidado y el empoderamiento parte del proyecto social para enfrentar los cambios que obliga la actual situación de crisis y globalización.

Reflexiones finales

Lo anterior nos lleva a evocar algunos aspectos éticos sobre la atención a la salud del adulto mayor, donde las ciencias de la salud, han sido usadas con objetivos más económicos que sociales, debido al conflicto de valores que plantea el pretexto de la crisis de costos en la atención médico sanitaria, donde estos valores querámoslo o no, juegan un papel importante en la toma de decisiones que pueden beneficiar o perjudicar a los derechos humanos de los adultos mayores, a su autonomía, su autodeterminación y privacidad.

Y es que las necesidades de los adultos mayores, son las necesidades de cualquier persona, independientemente de su edad, por eso, este es un conflicto entre el individuo y la sociedad, el cual continuará, a menos que contestemos pertinente y oportunamente las siguientes preguntas:

¿Qué clase de mundo deseamos para nosotros y para nuestros adultos mayores?

¿Qué debemos hacer para obtenerlo?

Referencias

- Bank A.R.
Gerontology and Clinical Sociology. En: Rebach H.M. and Bruhn J.G. Handbook of Clinical Sociology. Plenum Press. New York. 1991. pp: 345-362.
- Fraga J.C.A y Mena.C.M. Envejecimiento. Un reto adicional: apuntes para su estudio en América Latina. En: Bronfman M y Castro R. Salud Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina. Edamex. México.1999. pp: 441- 466.
- Giori D. Edad, salud y curso de vida. En: Donati P. Manual de Sociología de la Salud. ED Díaz de Santos. Madrid. 1994. pp: 71-99.
- Kickbush I. El auto cuidado en la promoción de la salud. En: Promoción de la Salud una Antología. OPS. Washington. 1996. Pú. Científica No 557. pp: 235 – 245.
- Moore L.G., Van Arsdale P.W., Glittenberg J.E. and Aldrich R. A. The Biocultural Basis of Health. Waveland Press, Inc. Illinois, 1980. pp: 168 –180.
- Romanucci-Ross L., Moerman D.E., Tancredi L.R. The Anthropology of Medicine: from culture to method. 3rd Edition. Bergin & Garvey. Wesport, Connecticut. 1997. pp: 336-350.
- Wallace R. Maxcy-Rossenau-Last./Preventive Medicine and Public Health. 14. Ed. Appleton & Lange. USA. 1988. pp:1059 – 1068.

Anexo I

Porcentaje de adultos que reportaron haber recibido un diagnóstico previo de diabetes

Grupos de Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	en miles	%	en miles	%	en miles	%
<50 años	636.8	3.5	1,011.3	4.3	1,648.1	3.9
≥ 50 años	2,056.4	19.3	2,759.8	25.3	4,816.7	22.5
Totales	2,693.2		3,771.1		6,464.8	
Porcentaje promedio		8.4		10.3		9.4

Fuente: ENSANUT 2016

Anexo II

Porcentaje de adultos que reportaron haber recibido o no un diagnóstico previo de hipertensión arterial

Grupos de Edad	Hallazgo de encuesta		Diagnóstico médico previo	
	en miles	%	en miles	%
<50 años	3,217.0	7.2	3,494.8	5.7
≥ 50 años	3,689.0	19.5	6904.1	27.1
Totales	6906.0		10,398.9	
Porcentaje promedio		10.2		15.3

Anexo III

Prevalencia de obesidad abdominal según edad y sexo

Grupos de Edad	Hombres		Mujeres	
	en miles	%	en miles	%
<50 años	14,515.3	63.0	19,918.9	85.5
≥ 50 años	7,491.4	73.2	10,280.1	90.0
Totales	22,006.7		30,199.0	
Porcentaje promedio		65.4		87.7

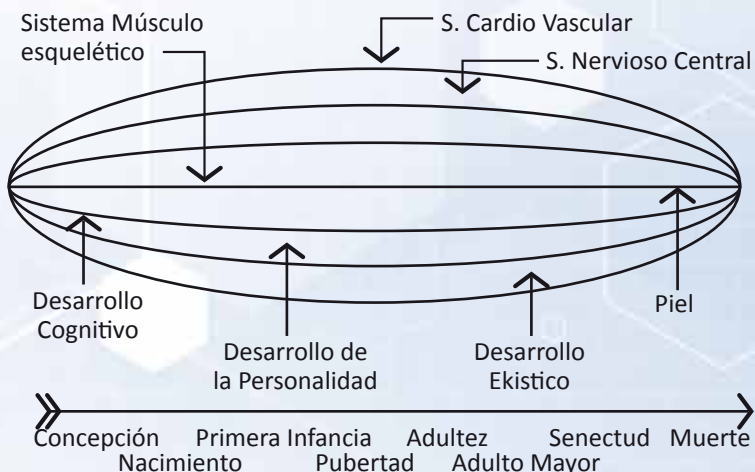
Fuente: ENSANUT 2016

Anexo IV

Teorías del ciclo de vida / desarrollo humano / y Estadios

Kalish (Banks. 1991) Se considera que para mantener la dignidad humana, se requiere comprender el ciclo entero de la vida, donde se incluyen los últimos años. Donde se traslapa lo biológico, lo psicológico y lo social, y donde han contribuido E. Erikson, A. Maslow, R Havighurst y B. Neugarten.

Trayectoria del desarrollo de la vida humana



Teoría de la Sandia. (Aldrich. 1976) En: Moore y cols. 1980.

Anexo V

Otro enfoque que pretende ser integrador, es el de curso de vida y sus diversos ciclos, como a continuación se presenta:

Ciclo biológico

Curso de vida y sus diversos ciclos

Desarrollo	Madurez	Involución	Decadencia (?)
0 años	20	40	60
			80 años

Ciclo social

Dependencia Biológica y social	Búsqueda de la autonomía	Responsabilidad biológica y social	Autonomía relativa	Dependencia biológica
0 años	20	40	60	80 años

Dependencia pasiva	Independencia productiva	Dependencia activa
0 años	20	40
		60
		80 años

Formación de pareja y salida de la familia	Procreación cría de hijos	Convivencia	Nido Vacío	Dependencia de los hijos
0 años	20	40	60	80 años

Ciclo Psicológico

Infancia	Adolescencia	Juventud	Edad Adulta	Vejez	Senectud
0 años		20	40	60	80 años

Fuente: Giori 1994.

Anexo VI

Al efecto una aproximación funcional de un modelo de incapacidad y atención médica se presenta a continuación:

Nivel Orgánico	Nivel Personal	Nivel Social
Condiciones		
Patológicas	Conductuales	Roles Asignados
Los déficits anatómicos, fisiológicos y psicológicos.	Déficit en el desempeño en ambientes físicos y sociales	Déficits sociales y ambientales influenciados por las normas y políticas sociales
Determinan	Que contribuyen a	Creando
Los conceptos clave de		
Deterioro (disfunción orgánica)	↔ Incapacidad (dificultad en tareas)	↔ Impedimento (desventaja social)
Como limitaciones para usar habilidades, desarrollar actividades y cumplir roles sociales		
Desarrollando el análisis mediante descriptores de		
Diagnóstico selectivo	Conductas selectivas	Roles selectivos
Para la determinación funcional de habilidades y actividades		
Para realizar intervenciones mediante		
Medicina y de terapia restaurativa	Con equipo adaptativo y la reducción de barreras físicas y actitudinales	Servicios de apoyo y cambios en las políticas sociales
Todas necesitan un alto rango de coordinación para mejorar o mantener la funcionalidad		

Fuente: Granger C.V y Gresham G.E. Functional Assesment in Rehabilitation Medicine. Baltimore. Williams & Wilkins, 1984. p: 20. En Wallace 1998.

Algunos ocultamientos relevantes de hábitos nocivos durante la consulta médica del adulto mayor con perfil cultural de "chavorrucos" versus "síndrome de Peter Pan"

Palabras clave: Adulto mayor, síndrome, hábitos.

Dentro del estudio de la práctica de la medicina, la sociología con sus investigaciones ha tenido un papel protagónico tanto en estudiar y en presentar tanto a los estudiosos como al público especializado en esta ciencia, el exponer aspectos de la vida cotidiana de los pacientes y los facultativos de la salud, en especial, de aquellos con problemas de adaptación cultural o excéntricos, cuyos roles comportamentales que tienen que ver mayormente con la interacción de la atención, en especial por médicos generalistas y familiares, así como por los médicos psiquiatras y sus colaboradores.

De estos trabajos, se destacó en su divulgación el sociólogo e investigador Americano Erwin Goffman (1922-1982). Goffman describe con sus investigaciones las experiencias íntimas de los pacientes y sus tratantes. Luego pasa a ocuparse de estudiar la cotidianeidad de la gente común, con sus diferentes criterios de vestir y combinar, de altos o bajos costos, de perfil de profesión o simple "look". Su obra principal de este tema, es a la que él tituló "La presentación de la persona en la vida cotidiana". En ella, Goffman resalta aspectos de la elección de la imagen de uno mismo y estudia aspectos sutiles, como es el mensaje que se ofrece a los demás, con simple vestir, el estilo, los colores y el adorno. El uso de las palabras en el lenguaje, ademanes y la conducta social global que se hace observable del individuo, al hacerse presente con otros individuos e interactuar con los demás.

En esta obra, Goffman describe la cotidianeidad del sí mismo con las siguientes palabras: "Cuando un individuo llega a la presencia de otras, estos tratan por lo común de adquirir información acerca de él o de poner en juego la que ya poseen. Les interesará su estatus socio-económico general, su concepto de sí mismo, la actitud que tiene hacia ellos, su competencia, su integridad, etc. Aunque parte de esta información parece ser buscada casi como un fin en sí, hay por lo general razones muy prácticas para adquirirla. La información acerca del individuo ayuda a definir la situación, permitiendo a los otros saber de antemano lo que él espera de ellos y lo que ellos pueden esperar de él. Así informados, los otros sabrán cómo actuar a fin de obtener de él una respuesta determinada"⁽¹⁾.

Esta situación de observación e inferencia analítica que Goffman describe, es por lo común muy afilada y es parte del entrenamiento y protocolo formativo del profesional en áreas de la salud. Sin embargo, se tiene en especial esmero y con énfasis en los profesionales asociados como son: Trabajadores sociales, profesionales de las ciencias de la enfermería y nutrición, los médicos generalistas y familiares, los psiquiatras y los psicólogos clínicos y sociales ⁽²⁾.

El "chavorrucos" como paciente y "la presentación de su persona en la vida cotidiana" del equipo de salud

De la consulta del adulto mayor, debe de ser especialmente notable para el clínico observador, un perfil de pacientes designados popularmente con el epónimo de "chavorrucos" o "adultescentes". Son personas definidas desde la psicología "Pop" como personas mayores de 45 años que cursan con una prolongada fase de "una crisis de la edad, los hombres comienzan a sentirse viejos, cansados, pero quieren seguir haciendo las mismas cosas que cuando eran chavos (...) se caracteriza por la inmadurez en algunos aspectos de la persona". La presentación del "sí mismo", que explica Goffman, se

aplica en el delimitar cómo se caracteriza la forma en que el individuo con este perfil interactúa al presentarse ante los demás y ante el clínico.

En el perfil típico desde la psicología "Pop" el devenir de un "chavorrucos", consiste en que "normalmente se esconde detrás de sus jeans, playera polo y alma jovial eterna".⁽³⁾ En la psicología académica, se designa a tal comportamiento, como propio de una personalidad de estructura narcisista, a la que se le ha designado con el nombre clínico de "Síndrome de Peter Pan" ⁽⁴⁾.

El síndrome de Peter Pan versus "Chavorrucos"

En la historia de la psicología y psiquiatría es célebre el uso de la biografía y literatura para designar las características de un personaje, sea histórico y reconocido o ficticio y ambos, excéntricos. Sea por sus hábitos llamativos y extravagantes o por un tipo de personalidad y de conducta, por los demás consideradas como anormal para su entorno. De estos personajes, se citan como célebres, el médico Hipócrates y la facies que conlleva su nombre: Facies Hipocrática. Que describe el aspecto agónico de los pacientes terminales ⁽⁵⁾. Otro es el del único signo con nombre femenino, en clínica oncológica médica, el signo de la Hermana María José (la enfermera y religiosa americana Julia Dempsey, 1856-1939). Que se aplica a la presencia de un nódulo maligno en la región periumbilical, asociado a las neoplasias intrabdominales ⁽⁶⁾. Está el nombre del Síndrome de Pickwick. Derivado de la pluma del inolvidable personaje mofletudo y dormilón, apodado "Fat Joe" (el gordo Joel). Presente en la novela "Los papeles póstumos del Club Pickwick", del novelista inglés Charles Dickens (1812 -1870), que describe a un personaje de cuyo síndrome, la especialidad médica de neumología describe la clínica de una enfermedad respiratoria, propia de las personas obesas con disminución del oxígeno e incremento peligroso de dióxido de carbono sanguíneos. ⁽⁷⁾ El síndrome de Münchhausen y la medicina pediátrica, cuyo personaje de la vida real, fue el aristócrata y escritor alemán, Karl Friedrich Hieronymus, Barón de Münchhausen (1720 -1797), que ha inspirado a la literatura médica por los relatos fantásticos que él hacía de su persona y su personaje. Este es un trágico síndrome que describe como se victimiza a los pacientes infantiles a base de recibir por el médico tratante, de datos sintomáticos falsos que le son otorgados por parte de los padres en la consulta médica, a prescribir tratamientos que sin requerirse, los enferman. Estos nombres y circunstancias se citan por designar sólo algunos ejemplos al que ahora nos atañe, el síndrome de "Peter Pan". ⁽⁸⁾

Siguiendo esas pautas, el síndrome de "Peter Pan", de la observación clínica en psicología, se describe con el personaje de la novela creado por el escritor Inglés James Matthew Barrie (1860-1937), a un personaje renuente a madurar. El escritor Barrie quien ideó y publicó en su novela a este épico personaje, del cual se retomó el nombre que hoy conlleva a la descripción psicopatológica académica, ante la cual la psicología "Pop" designa peyorativamente el término de "Chavorrucos" ⁽⁹⁾. El cuadro clínico del síndrome de Peter Pan, lo configura el estudio del personaje por psicólogo estadounidense Dan Kiley, quien lo describió y popularizó para ayudar a mujeres con problemas maritales y/o de pareja, que vivían y trataban de resolver sin éxito, situaciones varias con hombres descritos emocionalmente inestables e inmaduros para

los roles que, como adultos se esperaba de ellos. En otras palabras, personas con conductas de adolescente en la edad madura y de adulto mayor. Este trastorno no se contempla en el manual de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM-V ni en el catálogo CIE 10/11. En su obra, el psicólogo Dan Kiley, describe los aspectos psicosociales de hombres renuentes a aceptar su condición natural de envejecer y de continuar en un permanente estilo juvenil, alternando en ello con aproximaciones seductorales, cada vez con personas más jóvenes conforme él envejece y sin caer en cuenta del equivoco que ocasionan o las implicaciones legales de acoso, con personas de otro o el mismo sexo. De conllevar un historial de falta de aceptación de los cambios derivados de la edad y la carencia de madurez psicoafectiva y de compromiso social para con la pareja y su familia. Un historial de fracasos constantes laborales por abandono, por falta de asistencia o de irresponsabilidad y poco cuidado en el desempeño. Otros son varones con reiterativos ingresos escolares e inversión, para desertar o dejar a medio ciclo escolar; sin terminar enrolándose en una nueva empresa. En síntesis, una persona de una tendencia constante al fracaso al involucrarse en proyectos que superan con mucho, a sus capacidades reales o de sumarse a destrezas de las que las limitaciones físicas conforme avanza la edad, le restringen, pero de las que actúa sin mediar ni el riesgo que conlleva para su salud, ni los costes o la imagen social que conlleva, el estar inmerso en ello. ⁽¹⁰⁾

De este síndrome, se describen de interés para el clínico y sus asociados, la ludopatía o el juego patológico y el acrecentamiento de deudas impagables y de quiebra. El uso de sustancias de "recreo" o psicotrópicas, el abuso de alcohol, problemas con la sexualidad, principalmente disfunción eréctil. La orthorexia nerviosa o la práctica autoselectiva de regímenes dietéticos estrictos o excluyentes, de alimentos considerados equivocadamente perniciosos, que conllevan a desnutriciones por privación de oligoelementos y patologías carenciales nutricionales asociadas. El *shopping disorder* o conducta de compras impulsivas, pero sin solvencia adquisitiva, dejando con ello a su cónyuge o a su pareja sentimental, familiares y/o allegados, con el cargo de efectuar los pagos mientras que él se embarca de nuevo, en un nuevo proyecto equivoco. La vigorexia u obsesión por mejorar el estado físico que conlleva a rutinas extenuantes y lesiones por abuso de la resistencia corporal. Finalmente, ante el derrotero de uno o varios aspectos, se hacen más tarde o más temprano, presentes las infaltables crisis de ansiedad o disforias ante la angustia vital, del avance de la soledad, de la falta de credibilidad, del deterioro físico y cognitivo propio de la edad y la proximidad de la muerte. Estas situaciones que viven estos pacientes, suelen permanecer ajenas durante la entrevista clínica o enturbiar la claridad del encuadre clínico-sintomático.

No es inusual en este perfil de pacientes, el ocultamiento del uso de medicaciones orientales, de la homeopatía y de otras terapéuticas inusuales, sin supervisión. Es también de tenerse en cuenta el consumo de sustancias tóxicas ilegales que no son informadas al clínico y que son de riesgo potencial para el desarrollo de entidades mórbidas. Mismas que desarrollan o complican los diagnósticos diferenciales o hacen fracasar las terapéuticas. Igual ocurre con el consumo oculto de fármacos esteroides anabólicos y sus efectos adversos. La presencia y fracaso de atención ante lesiones músculo-esqueléticas recurrentes, motivadas por rutinas de ejercicios que se practican en competencia, por vanidad o por sobre-esfuerzo, también ocultas. ⁽¹¹⁾

El consumo libre de sustancias que complementan la alimentación o son consideradas benéficas por su potencial antioxidante, al igual

que los vigorizantes sexuales, al ser usadas en conjunto y a dosis no supervisadas o "recomendadas", de libre venta y sin precisar sus riesgos o ignorados, conllevan a sinergismos no conocidos y que pueden producir alteraciones metabólicas. Su uso discrecional y no informado, deben ser tenidas en cuenta como parte dirigida e intencionada dentro de la anamnesis. Por tanto, es conveniente que el clínico y el equipo de salud asociado, estén al tanto de tomar en cuenta a estos pacientes, tan evidentes como es la simple mirada a "la presentación de la persona en la vida cotidiana", en la consulta de los servicios de salud ⁽¹²⁾⁽¹³⁾.

Referencias

- 1.-Goffman, Erving (2001) La presentación de la persona en la vida cotidiana, Editorial Amorrortu, 3ª reimpresión, Buenos Aires, Argentina pág.13.
- 2.-Rodríguez García, Pedro Luis y Rodríguez Pupo, Luis (1999) Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto, Rev. Cubana Med. Gen. Integr.; Vol. 15, N°4, pág.409.
- 3.-Puede consultarse: <https://www.sdpnoticias.com/columnas/2014/03/14/como-detectar-a-un-chavo-ruco>
- 4.- Rossi, Antonella; Rubiolo, Valentina (2011) Síndrome de Peter Pan, trastorno narcisista de una época, En III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Argentina, pág. 223.
- 5.- Bauer, Axel W. (1993) La Hiperopsia en Medicina, Folia Humanística, Vol. 31, pág. 239.
- 6.- Stokes, M. A. (1993). Sister Mary Joseph's Nodule, Irish Medical Journal, Vol. 86, N°3, pág.86.
- 7.- Bravo Mata, Manuel & Cols.(1998) Síndrome de Pickwick: Potencialmente letal, Revista Anales Españoles de Pediatría, Vol. 49, pág.49.
- 8.- Morales-Franco, Belén; De La Morena Fernández, María Luisa. (1995) El síndrome de Munchausen infantil. Etiología, criterios diagnósticos y tratamiento, Gaceta Médica Mexicana, Vol. 131, págs. 323-328.
- 9.- Pulido, Asdrúbal (2007) Educación: ¿Un mundo al revés? Revista Educere, Vol. 11, N° 38, pág. 433.
- 10.- Bolinches, Antoni (2011) Peter Pan puede crecer: el viaje del hombre hacia su madurez. Editorial Grijalbo, México, pág. 4.
- 11.- Castro-López, Rosario (2013) Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación en deportistas de musculación: patrones psicológicos asociados a la vigorexia, págs. 47-59.
- 12.- Polaino-Lorente, Aquilino. (1999). El complejo de Peter Pan y el problema del infantilismo, en: Aranguren, J. (Ed.) La libertad sentimental, Cuadernos de Anuario Filosófico N° 73, Ediciones Universidad de Navarra, Pamplona, España, págs.117-146.
- 13.- Pérez Del Río, Juan Fernando (2011) Las adicciones sin sustancia en estos últimos 40 años. Norte de salud mental, Vol. 9, N° 40, págs. 47-55.

La salud en el adulto mayor: Cómo llegar a tener salud

Palabras clave: Salud, envejecimiento, adulto mayor.

Recibido: 13/Ago /2018

Aprobado: 27/Ago/2018

Muchas veces hemos tocado el tema de la salud, ya sea en los niños, en las embarazadas, pero ¿dónde dejamos la salud de los adultos mayores en nuestra sociedad?

Ahora bien y ¿qué es la salud?, A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico. Esto nos da como resultado que la definición de salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. ⁽²⁾

La población mayor de 65 años es el grupo etáreo que más crecimiento demográfico presenta en los últimos años, con relación a los otros grupos. Se estima que entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Este cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos. ⁽¹⁾

El envejecimiento además de estar determinado biológicamente, está determinado social, política y culturalmente. Por lo cual se describirán los principales determinantes de salud en la población del adulto mayor y las limitantes que estos presentan. ⁽⁴⁾

Los determinantes tanto sociales como económicos abarcan una gran variedad de factores incluidos la situación laboral, condiciones y seguridad del trabajo, el nivel de educación alcanzado, el entorno, las circunstancias familiares, es probable que las desigualdades de salud en la tercera edad se encuentren en las circunstancias socioeconómicas de la vida anterior, constituyendo éste un importante campo para la investigación.

Los factores conductuales, como el consumo de tabaco, el ejercicio físico, las actividades diarias, el consumo de alcohol, la dieta, las prácticas de cuidado personal, los contactos sociales, el tipo de trabajo son algunos de los determinantes más importantes en el envejecimiento saludable.

Una característica en la diferencia entre la esperanza de vida entre hombres y mujeres, la cual nos ha llevado a una “feminización” de la tercera edad, ya que está cada vez más dominada por los problemas de las mujeres mayores.

Las diferentes culturas asignan distintos valores a los papeles que desempeñan las personas mayores en sus sociedades.

Las diferentes decisiones políticas actúan incidiendo sobre el entorno social y económico en el que envejece el hombre, y tienen un efecto importante sobre la salud del hombre al envejecer, por ejemplo programas de seguridad social o de seguros, legislación laboral.

Las creencias espirituales pueden tener consecuencias sobre la respuesta de una persona ante determinado estado de enfermedad como sobre el resultado final del proceso de enfermedad,

constituyen grandes ayudas a la hora de enfrentarse positivamente con las enfermedades graves y a menudo quedan como única referencia cuando ningún tratamiento biomédico es ya efectivo en enfermedades terminales.

Además, mencionaré otros factores que afectan la salud del adulto mayor y los nombraremos como los 10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor: ⁽³⁾

- Prevención de caídas ya que son una de las principales causas que provocan deterioro físico y dependencia funcional en el adulto mayor.
- Salud emocional. Esta depende de las condiciones biológicas, del ambiente, de la capacidad de disfrute y satisfacción de la vida, de las condiciones interpersonales y humanas, del estilo de vida particular y del estado de armonía y bienestar que permite tener una vida equilibrada y con buen estado de ánimo.
- El autocuidado como forma de vida es un conjunto de decisiones, acciones y estrategias que realiza una persona para mantener su estado de salud, para prevenir o para atenuar el impacto negativo de la enfermedad.
- La virtud es un hábito de meditación y reflexión espiritual, que es importante que el adulto mayor la desarrolle para lograr un estado de paz interior, por medio de la meditación, la reflexión, la oración y la esperanza.
- La depresión es una disfunción pasajera y algunas veces permanente, del funcionamiento bioquímico del cerebro. Esta disfunción puede provocar múltiples síntomas que frecuentemente son confundidos con otras enfermedades.
- Las enfermedades demenciales son frecuentes en la tercera edad, sin embargo no son el común denominador del proceso de envejecimiento. Solamente afectan a un pequeño porcentaje de adultos mayores; porcentaje que aumenta conforme avanza la edad.
- La actividad física es todo aquel movimiento que se realiza con el cuerpo, desde caminar sobre una línea (equilibrio), relajar el cuello (flexibilidad), caminar o hacer gimnasia (resistencia). Es fundamental que el adulto mayor realice actividades físicas, ya que trae consigo muchas ventajas para la salud física, mental y emocional.
- Calidad de vida y funcionalidad. El envejecer es un proceso cuya naturaleza está directamente relacionada con la forma con la cual la persona satisface sus necesidades a través de toda la vida.
- Alimentación en la tercera edad. Los seres humanos desde que nacemos aprendemos a comer de acuerdo a las costumbres propias de nuestra familia; esta alimentación varía a lo largo de los años por factores como gustos personales, cambios en el

organismo, como la dentadura, el intestino y otros ajustes naturales del cuerpo que se dan con la edad.

- Enfermedades frecuentes en la vejez. Enfermedades cardiovasculares, artritis, osteoporosis, anemia y cáncer.
- Consejos para mantener la salud bucal en el adulto mayor. Con esto nos referimos al buen funcionamiento de los dientes, las encías y todos los órganos y tejidos que intervienen para una masticación adecuada.
- El uso adecuado de medicamentos ya que el tomar medicamentos para el control de las enfermedades tiene como fin mantener un buen estado de salud del adulto mayor, sin embargo si estos no se utilizan de forma correcta y bajo vigilancia médica, pueden causar serios problemas.

Debemos tomar en cuenta que la salud no solo es un proceso físico, sino que involucra todo el entorno que rodea a las personas y la percepción que estos tengan sobre sí mismos.

La rigidez de las exigencias de trabajo sobre todo a edades avanzadas, el entorno laboral, las condiciones sanitarias son frecuentemente causa de morbilidad (y de mortalidad) evitable en las personas.

Los períodos de desempleo cada vez más habituales, que tienen en ambos casos importantes consecuencias negativas sobre la salud del hombre al envejecer, especialmente cuando alcanzan la edad de la jubilación.

Referencias

- 1) Battistella, G. (s.f.). *Salud en el adulto mayor*. Recuperado el 11 de agosto de 2018, de Facultad de medicina. UBA: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/pdf/salud.pdf>
- 2) Concepto, E. d. (diciembre de 2017). *Conceptos*. Recuperado el 11 de agosto de 2018, de Concepto de salud: <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- 3) Lizaur, A. B. (2009). *10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor*. México DF: IBERO.
- 4) Martínez, H. D. (2013). Salud del adulto mayor. En *Manual de medicina preventiva y social I* (págs. 1-19).

Ensayo

¿Hacia dónde vamos?

Recibido: 07/Ago /2018
Aprobado: 24/Ago/2018

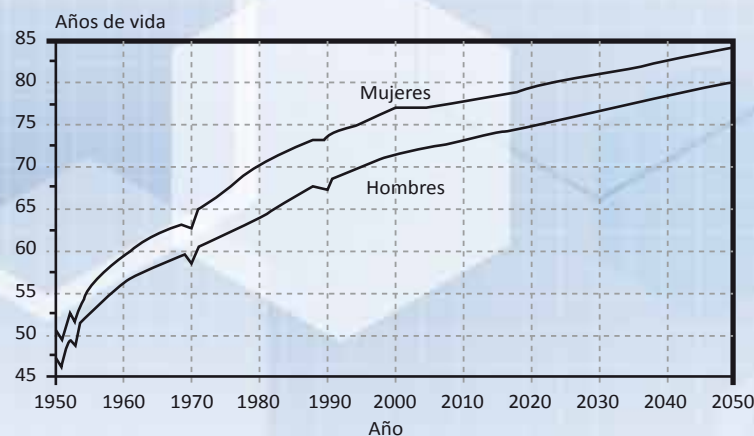
María Elvia Edith Alanís Pérez Doctora en Cooperación y Bienestar Social por la Universidad de Oviedo, profesor e investigador de Universidad de Guadalajara
Elsy Susana Edith Baltazar Alaniz
Médico Cirujano Partero, Universidad de Guadalajara

Palabras clave: Adulto Mayor, población, salud.

Cuando mencionamos la palabra “adulto mayor”, difícilmente nos estamos refiriendo a nosotros mismos, nos consideramos eternos jóvenes, además como visualizamos personas de edad avanzada presuponemos que nosotros tendremos esa oportunidad de años por vivir. Esa es la premisa por la cual los niños, jóvenes y adultos, viven desinteresadamente con el estrés de las cosas sin importancia como si, el preocuparse por cuestiones de vida o muerte será cuando logremos una edad madura.

Sin embargo debemos conocer cuáles son las tendencias que observaremos en la pirámide poblacional. Según la CONAPO (2010), para 2050 habrá 150 millones 837,517 mexicanos y la esperanza de vida promedio será de 79.42 años, ésta, que actualmente es de 77.4 para las mujeres y 71.7 para los hombres, aumentará a 81.6 y 77.3 respectivamente (véase la siguiente ilustración).

Ilustración 1 Proyecciones de la esperanza de vida al nacimiento por Sexo población de México (1950-2050)

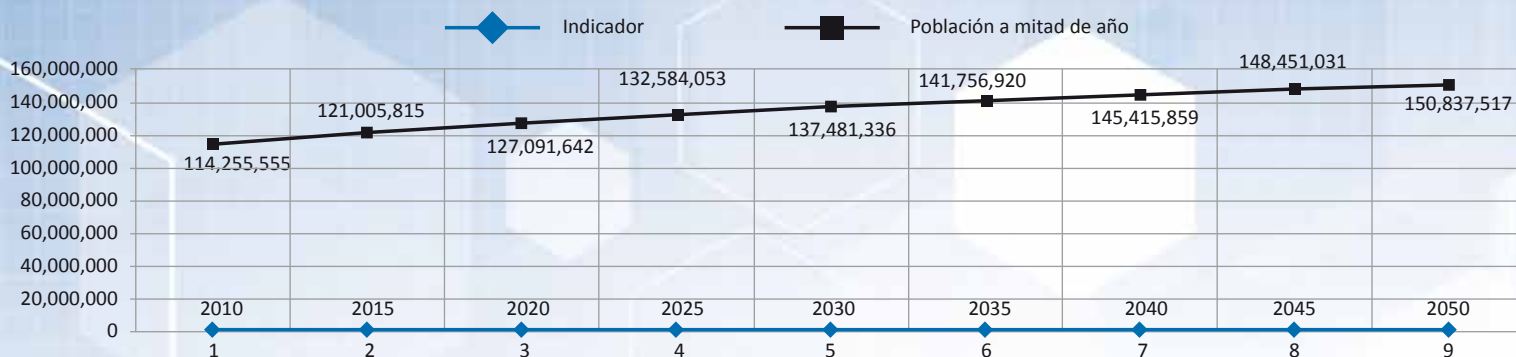


Fuente: (CONAPO, 2010). Nota: Asimismo, el descenso en la tasa de mortalidad infantil mejoraría: de 17 decesos de menores de un año de edad por cada mil nacimientos en 2005, a 14 en 2010, 10 en 2030, y 3 en 2050: Lo cual cumplirá con los compromisos asumidos por el Gobierno de México ante la Cumbre Mundial en favor de la infancia.

Para el 2030, deberá Ibáñez (2012) crearse una estrategia del sector salud que permita optimizar la infraestructura existente. Taringa (2011), leeremos menos libros, nos sentiremos menos sanos. Secularización de la religión para afianzarse; el programa de eliminar privilegios religiosos se pronostica para que la religión pueda tener más adeptos. Zuckerberg (2015), internet para todos: la ruta que seguirá Facebook en el futuro será proveer de internet gratuito a las personas que no tienen acceso a este servicio y dentro de sus primeros esfuerzos está la organización Intnert.org. Señala su fundador.

Para el 2050, de acuerdo a la prospectiva de la CONAPO (2010), el grupo de adultos mayores será en breve el de mayor crecimiento poblacional, el cambio demográfico requiere modificar políticas públicas, de salud y la cultura en favor de la vejez, cada día 2 mil 332 personas alcanzan la edad de adultos mayores, grupo que en breve tendrá la tasa más elevada de crecimiento. Para el año de 2050, 21.5 por ciento de la población mexicana estimada en 32 millones, tendrán 60 años o más. Este envejecimiento, a la par del descenso de la fecundidad, es uno de los principales retos en políticas públicas. A Francia, por ejemplo, le tomó 115 años duplicar su población de adultos mayores; a México sólo le llevará 30 años pasar del actual 10 a 21.5 por ciento. La Secretaría de Gobernación señala que su reto es trabajar en la cultura de prevención,

Ilustración 2 Proyecciones de crecimiento de la población de México (2010-2050)



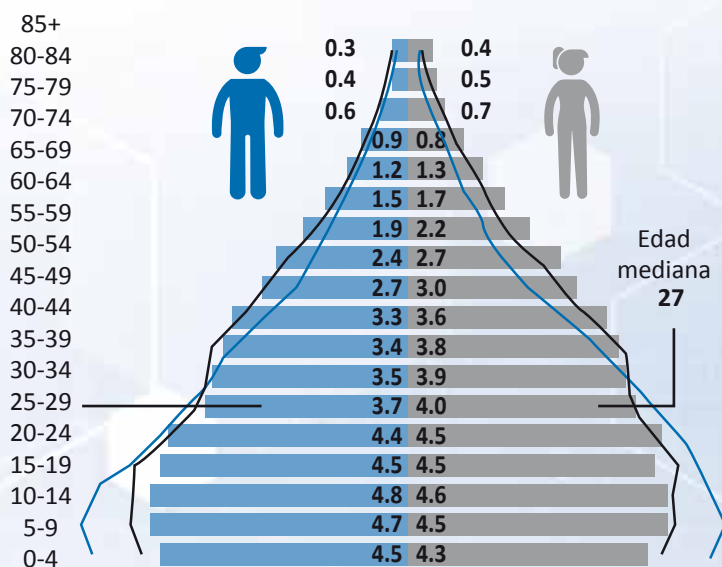
Fuente: Elaboración propia con datos de la CONAPO.

especialmente en lo referente a salud y en el fortalecimiento de los planes y programas de protección social. Se tratará en un futuro combatir el envejecimiento cerebral (Allis, 2013). Las tendencias futuras serán los alimentos del futuro (nutracéuticos, funcionales, unos elaborados con desarrollos genéticamente modificados, otros mediante procesos orgánicos) (Mojica, 2010), descubriremos que el cáncer está vinculado a enfermedades infecciosas y las curaremos. Seremos jóvenes hasta el día de nuestra muerte (XL-Semanal, 2013).

Todas las innovaciones y desarrollos tecnológicos en México que se dirijan a dar un servicio de apoyo, o prestación y mejora de calidad de vida del adulto mayor, tendrá una gran demanda, un alto potencial de venta y una posibilidad de expansión a nivel mundial. Por ejemplo, una compañía nipona ha creado unos zapatos con GPS especialmente ideados para ayudar a localizar a personas mayores con demencia, quienes son propensas a perderse y acabar deambulando sin saber cómo regresar a sus hogares. Los zapatos bautizados como "GPS Dokodemo Shoes", solo se venden en el país de Japón, el cual tiene la característica de que viven las personas más longevas del mundo, concretamente en la Isla de Okinawa.

Ilustración 3 Estimación de la pirámide poblacional al 2050, denominada Cada vez más y más viejos y longevos

Gupos de edad



Fuente: (CONAPO, 2010)

Ilustración 4 Gráfico alusivo a que dentro de 34 años, al 2050, los adultos mayores seremos nosotros.



Fuente: Elaboración propia con diversos gráficos

Referencias

Allis, R. (14 de 10 de 2013). *Las 25 nuevas tecnologías que triunfarán entre 2015-2020. Top 25 new fields for millennials*. Obtenido de http://www.taringa.net/post/info/18433197/Nuevas_tecnologias_que-triunfaran-entre-2015-2020.html

CONAPO. (2010). *Proyecciones de la población 2010-2050*. Recuperado el 15 de 11 de 2013, de <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

Ibañez, C. F. (2012). *México 2030, Visión prospectiva*. Obtenido de *Infraestructura para el crecimiento y la competitividad, visión 2030*: <http://www.imef.org.mx/Ponencia2012/pdf/Capitulo2.pdf>

Mojica, F. J. (2010). *El futuro de la educación superior en América Latina*. Recuperado el 18 de 03 de 2014, de http://www.francisco-mojica.com/articulos/Futuro_edsuperior.pdf

Taringa. (23 de 11 de 2015). *Las 20 predicciones para los próximos 25 años*. Obtenido de <http://www.taringa.net/posts/info/8611131/Las-20-predicciones-para-los-proximos-25-anos.html>

XL-Semanal. (23 de 11 de 2015). *Seis predicciones para 2050 de científicos relevantes de la actualidad*. Obtenido de <https://actualidad.rt.com/ciencias/view/112411-predicciones-cientificos-ano-2050>

Zuckerberg, M. (16 de 11 de 2015). *Las tres claves del futuro de Facebook y como serán aplicadas*. Obtenido de <http://www.elfinanciero.com.mx/tech/las-tres-claves-del-futuro-de-facebook-y-como-seran-aplicadas.html>

Estrategias para la prevención de la aparición del deterioro cognitivo en el adulto mayor

Palabras clave: Deterioro cognitivo, adulto mayor, prevención.

Recibido: 11/Ago /2018

Aprobado: 28/Ago/2018

Brenda Elizabeth González Ruiz
Médico cirujano y partero
Universidad de Guadalajara (CUCS)
Elí Benjamín López Arana
Médico cirujano y partero
Universidad de Guadalajara (CUCS)

Hoy en día el deterioro cognitivo en personas de la tercera edad está considerado como un problema de salud pública, al cual no se le está prestando la atención necesaria. En la actualidad está alcanzando proporciones epidémicas, siendo causa de morbilidad y de un considerable número de muertes e incapacidades en individuos que se encuentran en las edades medias y avanzadas de la vida.

La Organización Mundial de la Salud en el 2016 estimó 47.5 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 7.7 millones de nuevos casos. Se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente pase de 75.6 millones en 2030 a 135.5 millones en 2050 (OMS, 2016). La prevalencia en los diferentes continentes varía entre 2.2 % en África, 5.5 % en Asia, 6.4 % en América del Norte 7.1 % en América del Sur y 9.4 % en Europa (OMS, 2016).

Según fuentes del INAPAM 2016 se encontró una prevalencia aproximadamente el 10% de la población adulta mayor mexicana padece algún grado de deterioro cognitivo y esta aumenta la probabilidad de padecerla a mayor edad (INAPAM 2016).

La cognición es la capacidad que permite al ser humano desarrollar una vida sin dificultad, resolviendo problemas y situaciones, manteniendo un correcto aprendizaje y procesando correctamente la información del ambiente, para recordarla y utilizarla posteriormente. Las personas que presenten un envejecimiento cerebral normal o fisiológico mantendrán esta capacidad durante todos sus años de vida. Sin embargo, las que sufran un envejecimiento anormal o patológico podrán verse afectadas por diferentes grados de deterioro de las funciones mentales superiores.

El deterioro cognitivo se define como el conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que incluyen, además de las naturaleza orgánica, otra de tipo social.

La cognición la podemos estructurar en diferentes dominios: memoria, atención, función ejecutiva, capacidad visuoespacial y lenguaje. De acuerdo al dominio afectado se clasificará: amnésico (memoria), amnésico multidominio (memoria más otro dominio), no amnésico (ejecución).

Como ya se mencionó el deterioro cognitivo es un problema de salud pública que se encuentra en aumento en la población adulta mayor en general por lo que se deben de implementar acciones para su prevención o para disminuir su progresión. Ya ha sido demostrado en diferentes estudios que mantener hábitos saludables así como cierto grupo farmacológico pueden mejorar la aparición del deterioro cognitivo o incluso retrasar su progresión hacia demencia.

Las medidas de prevención para el deterioro cognitivo van encaminadas a la mejoría de los síntomas relativos a la pérdida de memoria, a la posible prevención o el retraso en la aparición del síndrome de demencia o enfermedad de Alzheimer y al tratamiento de los primeros síntomas de la demencia.

Existen diversas medidas de prevención para la aparición del deterioro cognitivo entre las que se encuentran las intervenciones cognitivas, el ejercicio físico, dieta y estilo de vida mediterráneos, la prevención y control de los factores de riesgo vascular y el tratamiento farmacológico, los cuales se detallarán a continuación.

Intervenciones cognitivas: El nivel educativo y la escolarización durante más años se asocia a una disminución del riesgo de presentar demencia y en el caso del inicio de la enfermedad se asocia a un mayor efecto compensador en las fases iniciales. En diversos estudios se está demostrando que las neuronas tienen la capacidad de regenerarse y rejuvenecerse a través de actividades cognitivas a modo gimnasia mental. Es por eso que se recomienda realizar ejercicios de agudeza mental como es la lectura, la elaboración de crucigramas o juegos matemáticos.

Ejercicio físico: Se ha asociado con un menor deterioro cognitivo y un menor riesgo para su aparición tanto en estudios observacionales como en los ensayos aleatorizados controlados. Por lo que se recomienda que se mantenga una rutina básica de ejercicios para mantener un cuerpo y mente saludables.

Dieta y estilo de vida mediterráneos: Diferentes estudios han demostrado que el seguimiento de dicha dieta reduce la incidencia de deterioro cognitivo en la población y además reduce la tasa de conversión de deterioro cognitivo en Alzheimer. Dicho efecto puede deberse a la sumatoria de los efectos de los antioxidantes de frutas y verduras, el de los ácidos grasos omega-3 del pescado azul y el neuroprotector del aceite de oliva.

Prevención y control de los factores de riesgo vascular: Hipertensión arterial, se recomienda el uso de antihipertensivos y mantener cifras sistólicas <140 mmHg. Diabetes: está demostrado que el mal control glucémico aumenta el riesgo de deterioro cognitivo por lo que se recomiendan mantener cifras de glucosa dentro de rangos normales. Dislipidemia: se asocian con incremento de enfermedad de Alzheimer, no está demostrado que el uso de estatinas mejore dicho riesgo por lo que se deberán de controlar con una dieta adecuada. Tabaco: se ha observado un incremento en la aparición de deterioro cognitivo y de enfermedad de Alzheimer en personas fumadoras y fumadoras pasivas.

Es necesario una detección temprana por parte del médico familiar o de primer contacto de este padecimiento mediante la realización de las pruebas antes mencionadas para estadificar y comenzar las medidas de prevención o tratamiento adecuadas para este problema y así evitar su progresión a demencia o enfermedad de Alzheimer siempre con la ayuda de un equipo multidisciplinario tomando en cuenta las modificaciones al estilo de vida (dieta, ejercicio) más tratamiento farmacológico así como el de las enfermedades que puedan acelerar o su aparición y/o progresión.

Referencias

1. Gregorio, P., Gonzalez, P., Gutierrez, J., & Verdejo, C. (2011). *Manual del residente en Geriátría*.
2. Gutierrez R. & Guzmán G. *Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve* (2017), *Rev. Española de Geriátría y Gerontología*, 52 (1), 3-6.
3. OMS. (2016). *Demencia*.
4. Viera, N. G., Rodríguez, B. M. B., De Molina Iglesias, M. T. G., Fernández, B. Y., & Zaldivar, A. G. (2003). *Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo*. *Revista Cubana de Medicina*, 42(1), 12-17.

Ensayo

Valoración Geriátrica Integral (VGI)

Recibido: 09/Ago /2018
Aprobado: 22/Ago/2018

Enrique Gallardo García Pasante de la
Lic. En Gerontología de la Universidad de Guadalajara,
Técnico en Gericultura
Capacitador Externo de la STPS para Cuidadores
y Familiares de Adultos Mayores

Palabras clave: Valoración Geriátrica Integral, adulto mayor, Salud.

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es una herramienta conceptual gracias a la cual se busca considerar las características especiales de la persona mayor y el deterioro fisiológico asociado al envejecimiento.

Surge debido a la alta prevalencia de las personas mayores de necesidades no diagnosticadas, así como dependencias reversibles pero que no han sido reconocidas por la persona o sus familiares.

La VGI es la piedra angular del tratamiento al paciente geriátrico. La Valoración Geriátrica Integral es un diagnóstico que busca identificar y hacer una descripción de los problemas y necesidades del anciano, comparándolas con sus capacidades y habilidades. Este diagnóstico se realiza en la esfera clínica, funcional, mental y social. Ésta es utilizada a menudo, para realizar un perfil del paciente geriátrico en las residencias para mayores; pero hoy en día es necesario aplicarla en hospitales, asilos, estancias de día y cualquier lugar que brinde atención a las personas mayores.

El objetivo principal de la VGI es tener una estrategia interdisciplinaria de seguimiento, tratamiento e intervención a largo plazo, para lograr ayudar al adulto mayor a conservar la mayor independencia y calidad de vida. De acuerdo a lo anterior la VGI es la piedra angular del tratamiento al paciente geriátrico.

Los objetivos que plantea la Valoración Geriátrica Integral son:

1. Mejorar la exactitud del diagnóstico con base en valoraciones clínicas, sociales, físicas y psicológicas.
2. Descubrir problemas que no se hayan diagnosticado y que tengan un tratamiento.
3. Generar pautas para mejorar las capacidades funcionales y cognitivas.
4. Mejorar la calidad de vida de la persona mayor.
5. Conocer el entorno socio-familiar del paciente geriátrico.
6. Conocer los recursos del paciente geriátrico.
7. Situar a la persona en el nivel médico y social apropiado a sus necesidades, capacidades y expectativas de vida.
8. Evitar el desarrollo de la dependencia y así como los posibles ingresos hospitalarios.

Los aspectos clínicos, sociales, físicos y psicológicos siempre tienen que estar interrelacionados en el campo geriátrico. No se puede entender un problema sin considerar la relación entre estas cuatro esferas. Por ejemplo, el tratamiento de una infección, una escara o una lesión debe recurrir no sólo a un enfoque ambulatorio, sino a la comprensión conjunta del estado de salud mental y las relaciones sociales de la persona con su entorno.

¿Quién participa en la elaboración de la Valoración Geriátrica Integral (VGI)?

- Geriatra
- Gerontólogo
- Enfermera
- Nutriólogo
- Psicólogo
- Trabajador social
- Psiquiatra

¿En qué consiste cada uno de los aspectos de la Valoración Geriátrica Integral (VGI)?

Aspecto clínico: En esta área se realiza una entrevista, exploración física y estudios laboratoriales.

Aspecto mental: Se revisa con evaluaciones para detectar algún problema cognitivo, referentes a la memoria, el espacio, la orientación, el lugar donde el adulto mayor realiza actividades.

Aspecto funcional: Importante conocer las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) las primeras son aquellas, por ejemplo: comer, bañarse, dormir, deambular y las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) las segundas son: tomar medicamentos, hacer finanzas, manejar, entre otras.

Aspecto social: Tener en cuenta que lo social inicia desde la familia, pero aquí hay que detectar las redes de apoyo, que podemos clasificar en emocionales, materiales, cognitivas e instrumentales.

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) debe de realizarse por lo menos cada seis meses y recordar que es una herramienta necesaria para la calidad de vida de los adultos mayores.

Las personas mayores deben tener mucha atención en su salud, debido a que la transición demográfica que experimenta el mundo en la actualidad, ha propiciado un incremento en la población mayor de 60 años. Actualmente en México, poco más del 9% de la población tiene sesenta años o más. En 2013, la esperanza de vida al nacer se calculó en 74.5 años: 71.7 para los hombres y 77.4 para las mujeres (INEGI, 2013), y la esperanza de vida a los 60 años se ubicó en 20.9 años para los hombres y 22.9 para las mujeres.

Si bien es cierto que más de la mitad de los adultos mayores de 60 años se encuentran con "buena salud" y no tiene discapacidad alguna; actualmente nos encontramos ante una transformación demográfica que tendrá profundas consecuencias en la vida individual y comunitaria, con repercusiones que se proyectan a todas las dimensiones de la vida humana: social, económica, política, cultural, psicológica y espiritual.

Referencias

- INGER (Instituto Nacional de Geriátrica). (2018). "Curso Envejecimiento Saludable". 2018, de Instituto Nacional de Geriátrica Sitio web: <http://www.inger.gob.mx>
- INGER (Instituto Nacional de Geriátrica). (2018). "Curso de Fragilidad y Funcionalidad en las Personas Adultas Mayores". 2018, de Instituto Nacional de Geriátrica Sitio web: <http://www.inger.gob.mx>
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). (2013). ENVEJECIMIENTO DEMOGRAFICO. 2013, de INEGI (Instituto Nacional de Estadística Y Geografía) Sitio web: <http://www.inegi.org.mx/inegi/envejecimientodemografico>

Importancia de las vacunaciones en adultos mayores

Palabras clave: Vacuna, Inmunización, adultos mayores.

Nancy Betzayra Carretero Hernández
Pasante de la Lic. en Enfermería
Universidad de Guadalajara

Recibido: 13/Ago /2018
Aprobado: 27/Ago/2018

En los documentos que publica el instituto nacional de salud pública menciona que los adultos mayores no se han tomado mucho en cuenta, se necesita establecer en las políticas públicas lineamientos que los protejan, esto es también debido a que en los últimos años ha sido el grupo etario que más aumento poblacional ha tenido. Una profesora de la University of Texas medical Branch dice que durante el proceso de envejecimiento se va acelerando el deterioro físico de la capacidad humana, así como la economía del país, menciona que todo esto debe avanzar a la par, es decir que la esperanza de vida aumente como también la calidad de vida. Esto se logra cuando se dispone, entre otras cosas, de alimento, vivienda, educación y servicios de salud.

La organización mundial de la salud dice que a medida que se envejece se tienen más afectaciones a la salud y pueden ser varias al mismo tiempo. La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas.

A pesar de que en la población adulta mayor la principal carga de morbilidad y mortalidad deriva de enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades transmisibles aún contribuyen de manera significativa.

La práctica de la inmunización ha dado lugar a un mundo más sano. Aunque las inmunizaciones suelen asociarse con la infancia, en realidad deben formar parte de las acciones de medicina preventiva

en todas las etapas de la vida, incluida la vejez. El tema de la vacunación de las personas mayores con una perspectiva de curso de vida no es nuevo y las consecuencias de su descuido son bien conocidas.

Una vez en la edad adulta, la estrategia de inmunización permite conservar la vitalidad a través de la disminución de la mortalidad derivada de enfermedades infecciosas prevenibles como influenza y/o neumonía, la reducción en la incidencia de complicaciones y hospitalizaciones, el menor uso de antibióticos, la menor generación de resistencias a antibióticos.

Las vacunas enseñan al cuerpo a defenderse ante la invasión de microorganismos (virus o bacterias). Se logra mediante la exposición del organismo a una cantidad muy pequeña y muy segura de virus o bacterias (previamente debilitados o destruidos). Así, el sistema inmunitario aprende a reconocer la infección y atacarla si la persona se expone a ella.

Las personas mayores de 65 años es importante que tengan las vacunas al día, porque con la edad disminuyen las defensas y esto genera más riesgo de adquirir infecciones que suelen ser más graves y requerir hospitalización. Además, este grupo suele tener más enfermedades crónicas. En México según el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene como esquema de vacunación para el adulto mayor tres vacunas: la neumocócica polisacárida, la de tétanos-difteria, así como la de influenza estacional.

VACUNA	CONTRA	CUÁNDO APLICAR
Neumocócica polisacárida	La neumonía por una bacteria conocida como neumococo, que es una infección aguda y capaz de causar la muerte en el adulto mayor	Se debe aplicar a partir de los 65 años de edad en adultos sanos que no se han vacunado, con una revacunación a los 5 años por única vez. La vacuna también se puede aplicar desde los 60 años de edad, siempre y cuando sea indicada por el médico especialista en personas con factores de riesgo.
Tétanos-difteria	Protege contra el tétanos y la difteria. El tétanos es una infección causada por una bacteria que penetra a través de las heridas y la difteria es una enfermedad aguda que afecta al sistema respiratorio, provocando dificultad para respirar; ambas enfermedades pueden causar la muerte.	Debe acudir a aplicarse la vacuna si: Es un adulto mayor sano y ya han pasado 10 años de que recibió la última dosis. Sufre una herida. Es trabajador del campo en actividades relacionadas con la agricultura y la ganadería. Vive en zona de riesgo, que son los lugares en los que han ocurrido muertes por tétanos. El esquema consta de tres dosis. La primera se aplica a partir de los 60 años. La segunda cuatro semanas después y la tercera al año de la primera. La dosis de refuerzo cada diez años.
Influenza estacional	Previene la influenza, que es una enfermedad viral que se conoce también como gripe, se diferencia del catarro común porque tiene síntomas más graves.	La influenza se presenta con mayor frecuencia durante la temporada invernal, su aplicación es anual, preferentemente durante los meses de octubre a diciembre. Por el riesgo mayor que tienen para enfermar de neumonía, se deben vacunar principalmente los adultos que egresan de un hospital, los que viven en una casa hogar y los enfermos de: Diabetes mellitus Asma, bronquitis y otras enfermedades pulmonares. Angina de pecho o insuficiencia cardíaca Insuficiencia renal crónica Padecimientos que disminuyen las defensas.

Existen vacunas adicionales que algunos documentos hacen mención y que se aplican en caso de ser necesarios para la persona o caso específico.

Herpes zóster (Culebrilla) Es la enfermedad producida por la reactivación del virus de la varicela zóster, el mismo que causa la varicela y permanece toda la vida en el cuerpo de quienes la tuvieron. Puede volver a activarse, sobre todo luego de los 50 años o en personas con el sistema inmunológico debilitado (por medicamentos o patologías). Es importante vacunarse para prevenir la reactivación del virus y evitar complicaciones como la neuralgia postherpética. No está indicada en menores de 50 años, embarazadas, sin embargo se debe consultar al médico antes de administrarla.

La vacunación es muy importante y se tiene documentos donde se demuestra el impacto que se ha tenido para la prevención y erradicación de enfermedades. Siempre debe estar informándose a la población de las vacunas que les corresponden, mediante las campañas, también la educación hacia la población sobre mitos que se arraigan en esta misma a causa de las vacunas proponiendo estrategias acordes con las necesidades de este segmento de la población, ya que existen múltiples factores sociales, económicos y culturales que determinan que los adultos mayores no accedan a la vacunación. El personal de enfermería no debe ser el único en hacer este énfasis también debe ayudar al personal médico para poder llegar a que accedan.

Referencias

1. Gutiérrez L, García L.. (2015). VACUNACIÓN EN EL ADULTO MAYOR PRESPECTIVA DE VIDA. México: Academia nacional de medicina/México. En: <https://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2016/04/Vacunacion-en-el-Adulto-Mayor-Perspectiva-de-Curso-de-Vida-Book.pdf>
2. Sin autores. (13 de marzo de 2018). Los adultos también necesitan vacunarse. 09 agosto 2017, de Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias (NCIRD), traducido por CDC Multilingual Services Sitio web: <https://www.cdc.gov/spanish/especial/escdc/vacunasadultos/index.html>
3. Stamboulia, Daniel. Vacunas para adultos guía 2018 / Daniel Stamboulia. 1a. ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: FUNCEI, 2018. 48 p.; 21x16 cm. ISBN 978-950-9848-46-7 1.Vacunas. I.Título. CDD 615.372
4. Prevención y control de enfermedades. 13 Agosto 2018, de Instituto Mexicano del Seguro Social Sitio web: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_prevencion.pdf

Ensayo

La salud de los adultos mayores en México, el reto del siglo XXI

Palabras clave: Adultos mayores, pacientes, salud.

Lizza Giovany Vela Montalvo.
Lic. en Enfermería
Universidad de Guadalajara

Recibido: 18/Ago /2018
Aprobado: 27/Ago/2018

La población mayor de 60 años es el grupo etario que más crecimiento demográfico presenta, con relación a los otros grupos.

En México, en 2017 habitaban 12 millones 973 mil 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9 por ciento eran mujeres y 46.1 ciento hombres.¹

El instituto destacó que la población adulta tiene una esperanza de vida de 75.3 años para 2017, por lo que el peso relativo de los adultos mayores adquiere una mayor relevancia en la estructura por edad.

De las 656 mil defunciones registradas en 2015, 65 por ciento correspondieron a personas de 60 y más años, de acuerdo con las estadísticas de mortalidad 2015.²

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto.³ En esos años de vida adicionales se pueden emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones.

Además, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades. Sin embargo, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y

celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte.

Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable.

Vale la pena aterrizar en la idea de que una mayor esperanza de vida no es igual a salud. Las enfermedades crónicas degenerativas están a la alza y con ellas un sin fin de complicaciones que merman cada día más la vida de nuestros adultos mayores.

Existen cosas que nosotros no podemos modificar por ejemplo la carga genética con la que ya cada cual viene predispuesto y que puede ser causante en primera instancia de una DMII por el contrario somos los responsables de alejar en medida de lo posible esa predisposición con estilos de vida saludables que permitan al cuerpo envejecer con dignidad.

Después de los factores genéticos, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico.

La mayoría de los pacientes (de todas las edades) en hospitalización hacen referencia cuando se les hace una recomendación de cambio de hábitos sedentarios por saludables que de algo se tienen que morir y no es que se esté buscando la inmortalidad ni mucho menos, se sabe que la muerte es parte de la vida y así del proceso salud enfermedad, pero se busca tener las complicaciones menos posibles y vivir dentro de lo que cabe de una forma libre, autónoma y sin tener dependencia de aparatos o personas.

Qué bonito sería el llegar a los 100 años con salud mental, e independencia para realizar actividades básicas del día a día como vestirse y/o asearse, desafortunadamente son pocos los abuelitos que lo logran y en gran medida es al rezago en materia de salud que tenemos pues se invierte en curación más que en prevención.

En estos tiempos donde las enfermedades que aquejan a nuestros adultos mayores son artritis, Alzheimer, demencia senil, hipertensión arterial, EPOC, DMII, osteoporosis... las políticas de salud pública se deberían modificar y buscar rehabilitar a la población que ya tiene el padecimiento pero también concientizar y educar en materia de salud de prevención a estos adultos jóvenes que serán los adultos mayores del mañana. Hay muchas justificaciones para destinar recursos públicos a mejorar la salud de las poblaciones de edad avanzada. La primera es el derecho humano que las personas mayores tienen al más alto nivel de salud posible.⁴

Sin embargo, las personas a menudo sufren estigma y discriminación, así como la violación de sus derechos a nivel individual, comunitario e institucional, simplemente debido a su edad. Un enfoque basado en los derechos para promover el envejecimiento saludable puede ayudar a superar los obstáculos legales, sociales y estructurales para la buena salud de las personas mayores y aclarar las obligaciones jurídicas de los actores estatales y no estatales de respetar, proteger y garantizar estos derechos.⁵

Es importante contar con enfoques multidisciplinarios para tener un conocimiento más amplio del envejecimiento y la salud, así a medida que se sepa más, se necesitarán mecanismos mundiales y locales para asegurar la rápida aplicación de estos conocimientos a la práctica clínica, además de intervenciones de salud pública basadas en la población y políticas de salud y sociales.

Las siguientes son algunas acciones fundamentales:

1. Saber más acerca del estado de salud y las necesidades de las poblaciones de edad y en qué medida se satisfacen esas necesidades.

Se necesita con urgencia una acción de salud pública integral sobre el envejecimiento. Aunque falta mucho por aprender, tenemos pruebas para actuar ahora y hay algo que cada país puede hacer, independientemente de su situación actual o nivel de desarrollo.

La respuesta de la sociedad al envejecimiento de la población requiere transformar los sistemas de salud para pasar de los modelos curativos centrados en las enfermedades a una atención integrada y centrada en la personas mayores. Habrá que desarrollar, incluso a partir de cero, sistemas integrales de cuidados a largo plazo.

Aunque estas medidas inevitablemente requerirán recursos, es probable que sean una buena inversión en el futuro de la sociedad: un futuro que ofrezca a las personas mayores la libertad de llevar una vida que las generaciones anteriores nunca hubieran imaginado.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS] (2017). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2017. Primer trimestre. Base de datos.*
2. Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017a). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. La actividad física en los adultos.* Consultado el 15 de agosto de 2018, de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/es/.
3. Manrique-Espinoza B., Salinas-Rodríguez A., Moreno-Tamayo K.M., Acosta-Castillo I., Sosa-Ortiz A.L., Gutiérrez-Robledo L.M., Téllez-Rojo, M.M., "Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México", en *Salud Pública de México*, vol. 55, suplemento 2, México, 2013, pp. 323-331.
4. Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), "Segundo Informe Trimestral 2014. Programas de Subsidios del Ramo 20, Desarrollo Social", Dirección General de Seguimiento-Sedesol, México, Disponible en www.sedesol.gob.mx, 2014.
5. Gutiérrez, L. M. y M. A. Lezama (coords.), "Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud", Serie: Cuadernillos de salud pública, México, Instituto Nacional de Geriátrica, disponible en http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/foro/Prop_Plan_Accion_Envejecimiento_Salud.pdf, 2013.

Verse bien, se siente bien

Alimento lácteo fermentado para beber, es reducido en calorías que, además de proporcionar calcio, proteínas, vitamina E y D, y la protección de los *Lactobacillus casei Shirota* vivos, es práctico e ideal para disfrutar en cualquier actividad en sus tres deliciosos sabores.



El autocuidado en el adulto mayor

Palabras clave: Adultos mayores, salud, autocuidado.

De acuerdo con las proyecciones que estima el Consejo Nacional de Población (CONAPO), habitan en el país casi 13 millones de personas de 60 y más años.

De las 656 mil defunciones registradas en 2015, 65% correspondieron a personas de 60 y más años, de acuerdo con las Estadísticas de mortalidad 2015 (INEGI) ¹

¿Qué son los adultos mayores?

Según la OMS las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.²

¿Qué es la salud?

“La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

La SALUD, según la definición que la OMS hace del término, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.³

¿Qué es el autocuidado?

Es la práctica de actividades que las personas emprenden en relación con situación de salud, con la finalidad de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal, conservar el bienestar y con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos.⁴

Partiendo de estas definiciones podemos concluir que la población mexicana se basa más en personas mayores y que la salud y el autocuidado van ligados de la mano y son importantes en el adulto mayor.

Como se menciona anteriormente los datos arrojan que la población mexicana se basa principalmente en adultos mayores ya que esta es la generación en la que se presentan más personas con estas características que niños y adultos jóvenes.

Los servicios de salud en el país se han establecido como universales y gratuitos pero esto no basta para poder tener un buen manejo de enfermedades y de la salud ya que es mucha la desinformación que se tiene en el país o falsa información, esto obstatante es desfavorable debido a que no se tiene un buen autocuidado como verdaderamente se debe de tener y acorde a las necesidades de cada individuo.

El autocuidado es parte esencial en el proceso de prevención de enfermedades así como en la preservación de la salud ya que como se menciona anteriormente es un conjunto de actividades que favorecen la preservación de la salud y éstas a su vez ayudan a prevenir ciertas enfermedades y complicaciones de éstas.

Por otra parte, la obesidad es una de las importantes y principales causas que generan la mayoría de enfermedades crónico-degenerativas en el país, también es importante recalcar que México

es el primer lugar en obesidad en el mundo debido a que es más fácil el acceso a la comida chatarra y rápida que no aportan nada nutrimentario y esto repercute en la población por igual pero afectando más a personas mayores ya que estas pueden presentar más afecciones debido a esto, también, son más vulnerables a otras afecciones como pueden ser fracturas, enfermedades coronarias, enfermedades crónicas no transmisibles, etc. La obesidad también desfavorece y hace más complicado el autocuidado en el paciente.

Estudios arrojan que las principales causas de muerte en el país son debido a enfermedades crónicas degenerativas y sus complicaciones, estas son el resultado por mal cuidado de la salud así como no tener buenas costumbres ni hábitos saludables.

Es importante también mencionar la importancia de tener tiempo para sí mismo ya que la mayoría de las personas mayores tienen responsabilidades que las muchas de las veces no les pertenecen y esto dificulta o condiciona de misma manera sus tratamientos.

La cultura mexicana en su natividad no presenta mayor problema, lo que presenta un problema es la distorsión de ésta, ya que se llegan a mal interpretar el objetivo de estas costumbres rescatando solo malos hábitos y afectando a las personas que la siguen que en su mayoría son personas mayores ya que ellos son los que las tuvieron más presentes y crecieron más tiempo con ellas. Y hablando de cultura mexicana en cuestión de autocuidado y mantenimiento de la salud, estas actividades no están muy presentes en la sociedad mexicana ya que se trata más el manejo de la enfermedad y de sus complicaciones que de la prevención.

Desgraciadamente caso paralelo a la obesidad se presenta también los casos de desnutrición debido a la pobreza o desinformación nutrimentaria, esto también afecta de mayor manera a adultos mayores y niños ya que estos pueden presentar más complicaciones para absorber los nutrientes que ofrecen ciertos alimentos.

Se determina que para poder lograr tener una buena salud se deben de adquirir estas actividades día con día para poder obtener resultados a largo plazo ya que esto se obtiene teniendo buenas costumbres y adoptando hábitos saludables.

A continuación se deja una pequeña guía de autocuidado:

1. Hacer ejercicios de preferencia de estiramientos y aeróbicos, esto para no perder flexibilidad en articulaciones, mantenerse activo a lo largo del día, buscar actividades beneficiosas para la salud también mental del paciente.
2. Tener buena alimentación y seguir de preferencia dietas hechas por un profesional de nutrición así como buena higiene de manos y lavar bien los alimentos.
3. Contar con todas las inmunizaciones requeridas para el adulto mayor y preferentemente visitar su clínica y asistir cada campaña de vacunación a ella.

4. Descansar mínimo 6 horas diarias durante la noche para poder tener un sueño reparador, se recomienda acostumbrarse a tener un horario fijo para dormir y preferentemente despertar.
5. Tomar mínimo 2 litros de agua al día ayuda a disminuir el riesgo de llegar a presentar estreñimiento, también beneficia ciertos órganos y nos ayuda a estar más despiertos en el día, tratar de evitar los refrescos de cola y cualquier otro tipo de bebida que no se natural.
6. El cuidado de la piel en el adulto mayor es importante ya que está más dañada por el paso del tiempo, se torna seca, pierde elasticidad y se hace más frágil a medida del envejecimiento. Se recomienda tener bien humectada su piel y observar si no presenta anomalías y si están llegan a presentarse acudir a su médico.
7. Cuidar sus pies es también parte indispensable de la salud ya que estos muchas de las veces no se les tiene mucha importancia, es recomendable visitar al podólogo mínimo 2 veces al año para la atención de sus pies, de misma manera se recomienda cortar bien sus uñas y atender de buena manera cualquier herida o anomalía que lleguen a presentarse.
8. No utilizar calzado incomodo y/o calcetines muy ajustados ya que estos pueden llegar a perjudicar la circulación en sus pies.
9. Realizarse exámenes auditivos y visitar al médico para revisar el estado de sus oídos, es importante esto ya que existe una disminución de sentidos gradual en el organismo y por tanto existen diferencias entre cada persona.
10. Visitar al oftalmólogo para evaluar el estado de sus ojos y si se llega a presentar alguna afección como ojos secos, lagrimeo sin razón, comezón, ardor, dolor, etc. Acudir a su médico lo antes posible.
11. El cuidado de los dientes cobra mucha importancia ya que estos se pueden perder fácilmente y son muy propensos a desarrollar afecciones, se sugiere lavarse los dientes 3 veces al día, usar hilo dental, no utilizar mucha pasta y visitar al odontólogo para consulta o siempre que presente alguna afección o complicación.
12. Prevenir el riesgo de caídas en adultos mayores es importante ya que éstas representan un riesgo mayor en estas personas porque pueden afectarlos fuertemente debido a la fragilidad de sus huesos o de su cuerpo en general, se recomienda utilizar pasamanos para evitar esto y seguir las recomendaciones antes dichas para tener un cuerpo más fuerte y en caso de que se llegara a presentar una no llegar a causar mucho daño.

Es de vital importancia seguir estas actividades diariamente y tenerlas muy en cuenta si se desea tener buen hábito de autocuidado ya que todas éstas ayudan a prevenir muchas enfermedades a las que el adulto mayor está más expuesto. Si se tiene alguna enfermedad crónico-degenerativa se recomienda doblar esfuerzos para poder adquirir estos hábitos de autocuidado ya que estos pueden ayudarnos mucho más o incluso pueden llegar a salvarnos la vida.

Referencias

http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf 1

https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf 2

https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=28:preguntas-frecuentes&Itemid=142 3

http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf 4

Noticias



¡Tenemos un lugar para ti!

Si estudiaste una Licenciatura en:

- Nutrición
- Enfermería
- Psicología
- Médico Cirujano y Partero

Tenemos un lugar para que realices tu servicio social en la Unidad de Investigación Social Epidemiológica y en Servicios Social (U.I.S.E.S.S.)

Comunícate con nosotros para más información

Información para autores

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

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

Puedes escribirnos a los siguientes correos electrónicos:

- ➔ **Dr. Javier E. García de Alba García**
(Jefe de la U.I.S.E.S.S.)
E-mail: javier.garciaal@imss.gob.mx
- ➔ **Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha**
(Investigadora U.I.S.E.S.S.)
E-mail: ana.salcedo@imss.gob.mx

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

- Dialnet
- Latindex
- Imbiomed
- www.yakult.mx
- Cengage learning
- Benson Collection of University of Texas Libraries

Visita nuestra página web:

www.uisess.org



Ubicación de la U.I.S.E.S.S.



U.I.S.E.S.S.

Belisario Domínguez No. 1000
Bajo la Farmacia Central del Centro Médico Nacional de Occidente en la Colonia Independencia.
Guadalajara, Jalisco, México.
CP. 44340, Teléfono y fax 3668 3000 Ext. 31818



Directorio
Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. Tuffic Miguel Ortega
Director General

Dr. José de Jesús Arriaga Dávila
Director de Prestaciones Médicas

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildosola
Jefe de la Unidad de Educación, Investigación y
Políticas de Salud

Dr. Salvador Cázares Queraalt
Coordinador de Educación en Salud

Dr. Fabio Salamanca Gómez
Coordinador de Investigación Médica

Directorio
Delegación Jalisco del I.M.S.S.

Dr. Marcelo Castillero Manzano
Delegado Estatal

Dr. José de Jesús González Izquierdo
Jefe de Prestaciones Médicas

Dra. Elsa Armida Gutiérrez Román
Enc. Coordinación de Planeación y Enlace

Dr. Javier E García de Alba García
Jefe de la Unidad de Investigación Social,
Epidemiológica y Servicios de Salud

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha
Editora del Boletín

Dr. Javier Eduardo García de Alba García
Editor Asociado

Martha Angélica Gallardo García
Versión Electrónica

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. Ma. 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

Sabías que...

Miles de millones de *Lactobacillus casei*
Shirota existen en cada uno de los
productos **Yakult**, cantidad suficiente
de probióticos para proporcionar
beneficios a tu salud gastrointestinal,
con el respaldo de investigaciones
científicas, contribuimos al bienestar
de las personas alrededor del mundo.



Yakult

*Líder mundial en
probióticos*



U.I.S.E.S.S.

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

Yakult

Corrección: Hugo Enrique González Reyes
Diseño Gráfico: Oscar Gregorio Gómez Vázquez
www.yakult.mx