



Editorial

- Un envejecimiento satisfactorio vs. fragilidad.



Contenido

- Algunos elementos teóricos para la elaboración de un proyecto de investigación sobre fragilidad.
- ¿Cómo podemos evitar o aplazar el síndrome de fragilidad en pacientes diabéticos y llevarlo a tener un envejecimiento satisfactorio?
- Autocuidado, una estrategia de atención al síndrome de fragilidad.
- Promoción de la salud, factor clave contra la fragilidad.
- Prevención desde la psicología social comunitaria para la fragilidad.
- Prevención de la discapacidad en los adultos mayores.
- Fragilidad en el adulto mayor.
- Beneficios de la actividad física en personas de la tercera edad.
- Fragilidad integral en mujeres añosas.
- Una reflexión sobre la dimensión fenomenológica de la fragilidad en la diabetes mellitus tipo 2 y ausencia dentaria total o parcial.
- Noticias.
- Directorio I.M.S.S.
- Agradecimientos.

Editorial

Un envejecimiento satisfactorio vs. fragilidad

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

“Ser acogido en el mundo sólo puede hacerse presente mediante su corporización, que es necesario trasladar a escenario simbólico-social. Donde tiene que haber una recuperación de la confianza.”

Luis Duch

En México, a mediados de los años noventa, se reportaron importantes transformaciones en la estructura demográfica del país, con un incremento en la cúspide de la pirámide poblacional representada por adultos mayores. Población afectada principalmente por enfermedades crónico-degenerativas (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y obesidad, como principales problemas de salud pública), sus complicaciones y consecuencias para la vida.

Actualmente, se difunde el concepto del envejecimiento satisfactorio, entendido como un estado óptimo o una forma de envejecer como un proceso continuo de adaptación según el mantenimiento de una buena funcionalidad y de una buena capacidad cognitiva, en sujetos que viven en una comunidad. Así, se ha mostrado diferentes factores asociados a envejecimiento y fragilidad en personas mayores, que sería el grupo más beneficiario de dicha valoración para la prevención y cuidado de la comunidad. La fragilidad muestra un fenotipo como síndrome multifactorial con disminución de la capacidad adaptativa del individuo para compensar de manera efectiva factores estresantes que lo hacen vulnerable, delegándose conceptos como comorbilidad y discapacidad, con los que a menudo la fragilidad ha sido unida y utilizada de forma indistinta. Es decir comorbilidad, discapacidad y otras, al experimentar un proceso de envejecimiento progresivo.¹

En la demanda sanitaria implica reconocer que los indicadores de no enfermedad, morbilidad y mortalidad, aislados, olvidan que tales cifras representan comportamientos y formas de enfrentar hechos en su historia vital. Así, el impacto de la edad en la calidad de vida relacionada con la salud, para fortalecer factores salutógenos y controlar factores de riesgo en la vida diaria de las personas en sus entornos sociales.

Continúa pág. 2

Además de parámetros objetivos de fenómenos y eventos, es importante evaluar la dimensión subjetiva de la experiencia del envejecimiento satisfactorio y la fragilidad. Por lo que las instituciones de salud y seguridad social deben ampliar y mejorar sustancialmente la asistencia a la población envejecida que amplíe y garantice el flujo de recursos que haga posible una eficaz una seguridad social y atención integral, que permitan el reconocimiento y ejercicio digno de la vejez. Esta atención debe considerar que el envejecimiento es el resultado de un proceso mediante el cual los individuos y grupos desarrollan las condiciones necesarias para controlar y actuar sobre los factores que combinan la elección personal con la corresponsabilidad social, por medio del acceso y uso de servicios, con suficiente cantidad y calidad técnica. Así la promoción de la salud y la prevención permiten a las personas mantener, incrementar y recuperar su salud por medio de acciones de educación, participación comunitaria e integración social, orientadas a adquirir mayor autonomía, el cambio en estilos de vida, en un marco corresponsabilidad entre los usuarios, la comunidad y las instituciones. La dependencia o pérdida de autonomía son consideradas como una necesidad del individuo de ser ayudado o apoyado para ajustarse a su medio e interactuar con él. Puede ser analizada desde una aproximación funcional: Ajuste de los individuos a las demandas, en referencia a una serie de áreas que integran la vida cotidiana de las personas en el marco general de una sociedad y en su comunidad cercana.^{2,3}

A pesar de que la atención a enfermos crónicos representa un problema creciente y complejo, que actualmente representan 85% de los servicios otorgados por el IMSS.⁴ Entre las más frecuentes destacan la hipertensión arterial y la diabetes mellitus 2 y en Medicina Familiar representan el 18% del gasto en salud. En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud 2000, informa que casi dos terceras partes de la población presenta sobrepeso (36.2%) y obesidad (23.7%). Sólo 38.4% registró un estado normal.

Así además de parámetros clínicos objetivos, es importante evaluar la dimensión subjetiva, que incluye hábitos, percepciones, creencias y expectativas de salud. Una propuesta de atención alternativa, Pedraza, discute desde la sociedad de la experiencia⁵ como una noción que nombra aquellas sociedades en las cuales en una perspectiva histórica e intercultural, las concepciones de la vida están orientadas por y hacia procesos subjetivos que juegan un papel importante en la construcción del mundo social. La experiencia designa procesos subjetivos entrelazados, vividos por un sujeto constitutivo al cuerpo y la conciencia. Esta sociedad es particularmente llamativa con la disponibilidad del tiempo y los recursos para la satisfacción subjetiva que se experimenta realizando actividades placenteras. Como el movimiento como práctica de bienestar, cuyo fundamento es expresado a través de diversas “tecnologías del yo”. Por ejemplo, a través del ejercicio de movimientos específicos y de una actitud atenta a ellos, estimula la actividad subjetiva. El trabajo corporal,

específicamente, se afecta la cenestesia para despertar la conciencia, el autoconocimiento, la expresión del sí mismo y la autocomprensión. Pues diabéticos, hipertensos obesos, son proscritos porque son marginales para la institución organizada para y por conservación de la vida.⁶ La institución que se hace cargo no del individuo, sino de su mal, objeto aislado, transformado o eliminado por los técnicos consagrados a la defensa de la salud. Como de los desechos, la delincuencia, las dolencias, la vejez.

En resumen, en los problemas de salud pública actual y en escenarios futuros, necesita de la demografía para planificar y programar sus actividades, conocer el volumen de la población y estructura, establecer las coberturas que se pretende y prever su evolución en la vejez, como tiempo determinado. Con un esfuerzo mayor dirigido por acciones interdisciplinarias del equipo de atención protagonista es el de primer nivel, donde el anciano requiere de una caracterización y ordenamiento que pongan en relieve no sólo su magnitud demográfica y los problemas en el contexto general que los aqueja. Entonces la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud y el estado de vulnerabilidad de la fragilidad, debe comenzar por los estados que limitan a la persona en su vida diaria y en sus relaciones con factores de riesgo bucodentales, nutricionales, de actividad física, de relacionamiento y apoyo. De esta forma es posible plantear nuevos escenarios que apuntan a un trabajo integral y la combinación de métodos de trabajo, para la búsqueda de patrones para profundizar los significados presentes en el sujeto que se investiga y del investigador. , Es decir, para hacer posible una eficaz seguridad social y atención integral, que signifiquen opciones que permitan el reconocimiento y ejercicio digno de la actividad de individuos en su vejez. Sin embargo, la investigación que caracterice un envejecimiento satisfactorio y la fragilidad y su atención integral (bio-psico-social individual y comunitaria) sigue pendiente en la agenda de atención a nuestros ancianos en el sector salud.

Bibliografía

- 1 A Ferrer et al. Envejecimiento satisfactorio e indicadores de factores de fragilidad en los mayores de la Comunidad. Estudio Octabaix. Aten Primaria 2014;(9):475-482.
- 2 Sánchez Lasheras T, et al. Impacto de los motivos comunes de consulta en el sentimiento de vitalidad y en el rendimiento físico de personas mayores de 65 años. Aten Primaria. 2005;35(5):246-52
- 3 Mayer M. Las actividades de prevención y cuidados de los pacientes crónicos: un reto sanitario para el siglo XXI Aten Primaria. 2005;35(4):178-84
- 4 IMSS2004. Proceso de Mejora de Medicina Familiar.
- 5 Pedraza Sandra. Derivas estéticas del cuerpo. Desacatos Núm. 30, Mayo-agosto 2009: 75-90.
- 6 De Certeau Michel. La invención de lo cotidiano. 1. Artes de hacer. Universidad Iberoamericana, México, 2000, p.207-214).
- 7 Pública. En: Piedrola Gil, Dominguez M. Cortina P y col. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8ava. edición. Ed. Salvat, España 1988. pp. 54-55.
- 8 Alonso JC, Mena M. Envejecimiento. Un reto adicional, Apuntes para su estudio en América Latina, en: Mario Bronfman y Roberto Castro (coord.). Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. EDAMEX, 1999:441-464

Algunos elementos teóricos para la elaboración de un proyecto de investigación sobre fragilidad

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

Introducción

El síndrome de fragilidad es un cuadro clínico observable en los ancianos, en el que existe un riesgo aumentado de deterioro de la funcionalidad, que aunque asociado a otras entidades patológicas, así como a discapacidad y puede manifestarse de manera independiente (Castell y als. 2010).

El estudio de la fragilidad presenta dos enfoques:

1. Como caracterización clínico-epidemiológica de un fenotipo expresado por: Debilidad muscular, agotamiento, pérdida de peso, lentitud al caminar y bajo nivel de actividad física (Fried, 2001).
2. Como la sumatoria de déficits relacionados con la salud, mediante la cuantificación de: Signos, discapacidades, comorbilidad y datos de laboratorio (Rokwood y Mitnitsky, 2007).

Actualmente, cobra más relevancia la investigación de la fragilidad en adultos mayores, como fenotipo o síndrome clínico-epidemiológico, lo que permite estudiar con mayor precisión sus características de riesgo.

El presente protocolo pretende estudiar la frecuencia de fragilidad y su asociación con diabetes e hipertensión, en adultos mayores, según los criterios de Fried, en una población de usuarios de la clínica de medicina familiar número tres ubicada en un área de estrato popular de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, lo cual nos obliga a buscar criterios prácticos, sencillos y rápidos para detectar fragilidad en el adulto mayor, evidenciando una población demandante de atención, que se ubica en la transición de los períodos prepatogénico y patogénico, lo cual nos ayudaría a efectuar acciones preventivas y políticas de salud más efectivas (García de Alba y cols. 2012).

Salud-enfermedad y fragilidad

El proceso salud-enfermedad (S-E) del ser humano, es un proceso vital, que incluye las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, las cuales son dinámicas en espacio, tiempo y persona. Asimismo, es necesario para promover el bienestar y una armoniosa relación hombre-hombre y hombre-ambiente, manifestadas genética, fenotípica y epigenéticamente a nivel grupal e individual como crecimiento y desarrollo sustentables (García de Alba y Salcedo. 2012)

Por lo tanto, el proceso S-E humano es un proceso complejo que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos y sociales, así como las interacciones que forman parte de la actividad humana (Guerrero, 1996) (Aguirre, 2002).

En el adulto mayor, el proceso S-E puede manifestarse de variadas maneras, siendo el síndrome de fragilidad un relativamente nuevo síndrome geriátrico caracterizado por un estado fisiológico íntimamente relacionado con la edad (Ávila 2007), en el que se encuentra disminución de la reserva homeostática y capacidad disminuida para la adaptación al estrés (Fried, 1999). La declinación funcional se presenta simultáneamente en

reserva homeostática y capacidad disminuida para la adaptación al estrés (Fried, 1999). La declinación funcional se presenta simultáneamente en múltiples órganos y sistemas, con cambios neuromusculares que ocasionan sarcopenia, limitada regulación neuroendocrina e inmunológica, que propicia mayor vulnerabilidad ante el estrés (Buchner, 1992). Este proceso, en caso de no haber una adecuada promoción de salud y prevención de enfermedad, puede evolucionar a la falla funcional progresiva del geronte.

El síndrome de fragilidad en el anciano, está caracterizado por una disminución de la resistencia y funcionalidad orgánica, a consecuencia del acumulativo desgaste, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: Caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte (Guido y Libre, 2004). Diversos autores coinciden en que las manifestaciones clínicas más comunes son una disminución involuntaria del peso corporal, pérdida de resistencia y fuerza muscular, así como trastornos del equilibrio y de la marcha (Fried, 2001) (Ferrucci, 2002) (Ávila, 2007).

Desde el punto de vista epidemiológico, de la interacción Ambiente-Huésped-Agente provienen los factores que influyen en la salud y en el comportamiento del adulto mayor, donde destacan los siguientes aspectos:

- **Sociales:** El género, la escolaridad, la ocupación, los estilos de vida, situación de pareja, nivel socioeconómico.
- **Demográficos:** La edad, el sexo, estado civil, lugar de residencia.
- **Biológicos:** La carga genética, el metabolismo de los macro y micro elementos, el estado del aparato cardiovascular y el estrés oxidativo.
- **Psicológicos:** Los conocimientos, las conductas y el estado de ánimo.
- **Culturales:** Las creencias y expectativas de vida, entre otros (San Martín. 1992).

Hoy en día, contamos con una cantidad limitada de estudios e investigaciones respecto a fragilidad como una entidad clínica asociada a la diabetes y la hipertensión arterial, sin embargo, dado que es un tema complejo, da mucho por investigar, puesto que incluye múltiples situaciones de riesgo que de manera aislada y juntas se potencializan, complicando su atención médico-sanitaria toda vez que guardan una estrecha relación con la discapacidad y el incremento de la morbilidad y la mortalidad (Carrasco, 2007). Razones por las cuales este tema, cada vez toma más importancia, sobre todo por el incremento evidenciado en las encuestas de salud realizadas en nuestro país (ENSA 2000, y ENSANUT 2006, RENAHTA), donde la diabetes mellitus, la hipertensión y la obesidad (Aguilar y cols. 2003), (Olaiz y cols, 2006) (Rosas y cols, 2005).

Por ejemplo en una población seleccionada como la que asiste al Servicio de Geriatría del Hospital General de México, el síndrome de fragilidad incide en el 11.9% de los casos atendidos y ocupa el noveno lugar como causa de egreso hospitalario, asociado a un incremento en la morbilidad y la mortalidad, señalándose que no es reconocido a tiempo y porque no se otorga un tratamiento adecuado (Hospital General de México. O.D.).

En suma, un estudio como este presenta como propósitos:

- **A nivel Institucional:** Ofrecer conocimiento estratégico para la promoción de salud y prevención de la fragilidad en el adulto mayor.
- **A nivel disciplinar:** Aplicar metodologías sencillas y prácticas con posibilidades de replicación.
- **A nivel personal:** Desarrollar la competencia de investigación de la relación fragilidad-vejez en los recursos humanos formados por la U.I.S.E.S.S.

Planteamiento del problema

La prevalencia del síndrome de fragilidad en el adulto mayor está poco estudiada en nuestro medio, sin embargo en España, las cifras que se reportan, de acuerdo a los criterios de Fried van de 8.3% (Jurschick.2011) a 10.3% (8.1% en varones y 11.9% en mujeres) (Castell.2010).

En Monterrey, Yépez (2010), se reportó mediante otra escala, la de Edmonton, aplicada a pacientes hipertensos y diabéticos que el 45.7% fueron frágiles severos.

En nuestro medio un estudio exploratorio en derechohabientes mayores de 60 años, reveló una frecuencia de fragilidad 7% (García de Alba y Barrera. 2011). Por otra parte, se ha observado un fenómeno de envejecimiento en la población derechohabiente en las unidades de atención en el sector salud, ejemplo de ello es la población usuaria de una de las mayores unidades de medicina familiar de Guadalajara, la UMF 3, la población de adultos mayores es de 21%, lo cual va de acuerdo a las predicciones en base al fenómeno de la transición demográfica, donde se espera que esta cifra se incremente, provocando que uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años (Secretaría de Salud, 2000) (INEGI.2010), situación que repercutirá en la atención y en la morbilidad, duplicando el número de pacientes crónicos, la consultas, urgencias y hospitalización a pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial, padecimientos que actualmente ocupan los principales lugares como motivos de atención en consulta de primer nivel, con el consecuente impacto económico negativo para una atención médica sustentable.

Por otra parte, conjugando las diferentes definiciones, podemos decir que el síndrome de fragilidad es una entidad clínica caracterizada por implicar un riesgo (¿aditivo o multiplicativo?) de padecer otros problemas y/o deteriorar la salud, derivado tanto de factores internos como externos, estando así en peligro la vida. El conocimiento más amplio del síndrome de fragilidad tendría un impacto tal en la comunidad y podría influir en gran medida en la identificación y prevención de su presencia como problema de salud pública (Macías, 2001).

Bibliografía

- Aguilar Salinas y cols. Characteristics of the patients with type 2 diabetes in Mexico for ENSA (Encuesta de Salud) Group.2000. Diabetes Care 2003;26: 2021-2026
- Aguirre del Busto R, Macías M. Una vez más sobre el proceso salud-enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. Rev Hum Méd. 2002; 2(1): 2.
- Ávila J, Aguilar S. El síndrome de fragilidad en el adulto mayor. Antología salud del anciano, parte 2. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM. 2007, 7p.
- Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. Clin Geriatr Med. 1992; 8(1): 1-18.
- Carrasco, Marcela. Fragilidad: un Síndrome geriátrico en evolución. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad de Chile. 2007, 10p.
- Castell Alcalá MV, Otero Puime A, Sánchez Santos MT, Garrido Barral A, González Montalvo JI, Zunzunegui MV. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. Atención Primaria. 2010; 42(10):520-527.
- ENSANUT 2006. Encuesta Nacional de Salud 2006. www.salud.gob.mx.
- Ferrucci L, Cavazzini C, Corsi A, Bartali B, Russo CR, Lauretani F et als. Biomarkers of frailty in older persons. J Endocrinol Invest. 2002; 25: 10-15.
- Fried L, Waston J. Frailty and failure to thrive. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. McGraw-Hill Health Professions Division. Nueva York. 4a ed. 1999: 1387-1402.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci.2001; 56: M 146-56.
- García de Alba G JE y Barrera Padilla I B., Síndrome de Fragilidad ¿Un estado crónico de la vida? Boletín UISESS. 2011. Año 12, No 2: 8-10.
- García de Alba García JE, y cols. "Intervención nutricia: factor determinante para reversión de intolerancia a la glucosa en personas obesas". Aceptado para publicación en: Archivos de Ciencia. 2012.
- García de Alba García JE y Salcedo Rocha A. L Unidad 2: El proceso salud-enfermedad dentro del marco del modelo de historia Natural y Social de la enfermedad y sus niveles de prevención. En Martínez y Martínez: La Salud y Enfermedad del Niño y del Adolescente". 7ª Edición. El Manual Moderno. México. 2012 (en prensa).
- Gregerman R I y Katz Ms. La Diabetes Mellitus en el anciano. En: Organización Panamericana de la Salud. La Atención de Ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación científica No 546. Washington. D C. 1994: 107-120.
- Guido L, Libre J. Fragilidad en el adulto mayor. Un primer acercamiento. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004;20(4):20-25.
- INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. En: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español../estadisticas/2010/edad14.doc.
- Jurchick Gutierrez P, Escobar Bravo Ma, Nuin Orrio C, Botigüé T. Criterios de Fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. Atención Primaria. 2011; 43(4):190-196.
- Macías M, Saavedra R, et al. El estilo de pensamiento y las revoluciones científicas en la medicina. Filosofía, salud y sociedad. La Habana, Cuba. Ed. Ecimed. 2001.
- Martínez Huedo MA, Lopez de Andrés A, Hernandez Barrera V, Palacios Ceña D, Carrasco Garrido P, Martinez Hernandez M. Trends in the prevalence of physical and functional disability among Spanish elderly suffering diabetes. 2000-2007. Diabetes Research and Clinical Practice (2011), doi:10.10106/j.diabetes. 2011.07.024
- Olaiz G y cols. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. México. 2006.
- Rockwood K, Mitnitsky A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007; 62:722-727.
- Rosas Peralta M, y cols. .Re encuesta nacional de hipertensión (RENAHTA): consolidación mexicana de factores de riesgo cardiovascular. Cohorte de seguimiento. Archivos de Cardiología de México.2005. 75(1):1-14.
- San Martín H. Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas. La Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V. México. 1992:14-26
- Sesión Conjunta de la Academia Mexica de Cirugía y el Instituto de Geriátria. Participan: Luis Miguel Gutiérrez Robledo, José Francisco González y Enrique Vargas Salado. Martes 23 de Agosto de 2011. México D.F. Edificio de las Academias. CMN Siglo XXI.
- Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohman C, Beck JC. Risk factor and functional status decline in community living elderly people: a systematic literature review. Soc Sci Med. 1999; 48: 445-469.
- Villagordoa J. Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2007; 15(1): 27-31.
- Yepez Montemayor JA, Galván Gutiérrez JA. Acondicionamiento físico en pacientes geriátricos con síndrome de fragilidad. Rev Mex Med Fis Rehab. 2010; 22(3): 77-82

Ensayo

¿Cómo podemos evitar o aplazar el síndrome de fragilidad en pacientes diabéticos y llevarlo a tener un envejecimiento satisfactorio?

González Ruiz Brenda Elizabeth.

Médico cirujano y partero, Universidad de Guadalajara.

Recibido: 31/ Marzo / 2015

Aprobado: 20 / Abril / 2015

El aumento de la esperanza de vida y el descenso de mortalidad caracterizan un importante cambio en el envejecimiento de la población, con un crecimiento continuo del grupo de mayor edad. Actualmente, según estadísticas del INEGI (2014), el monto de personas arriba de 60 años es mas de 11.7 millones, lo que representa 9.7% de la población total mexicana; muchos teniendo padecimientos crónicos, entre los que destacan la diabetes mellitus, según ENSANUT (2012) con una prevalencia del 9.2% (3).

La fragilidad es una patología, la cual es diagnosticada en personas de la tercera edad, se puede definir como un síndrome multifactorial con disminución de la capacidad adaptativa del individuo para compensar de manera efectiva factores estresantes que lo hacen vulnerable, poniendo en riesgo la dependencia funcional, siendo diagnosticado mediante los criterios de Ensrud, la cual se basa en: Pérdida de peso de 5% o mayor en los últimos 3 años, inhabilidad para levantarse de una silla 5 veces de una silla sin el empleo de brazos, pobre energía; de acuerdo a los criterios se clasifican en: Paciente robusto, prefrágil y frágil (1). La sarcopenia se integra como eje principal de la fragilidad, ya que en la pérdida de la masa muscular se identifican diversos factores, los genéticos, el déficit de hormonas sexuales que va acompañado de una actividad de mediadores inflamatorias.

Hoy en día, los pacientes diabéticos son diagnosticados con fragilidad como patología secundaria, según investigaciones ástas confluyen en varios puntos tanto a nivel molecular como en el contexto clínico:

Factor	Envejecimiento	Diabetes mellitus
Placas motoras	↓	↓
IGF-1	↓	↓
Factor de mecanocrecimiento	↓	Desconocido
Testosterona	↓	↓
Citocinas proinflamatorias	↑	↑
Creatina/amino ácidos ramificados	↓	↓
Actividad física	↓	↓

Siendo el eje principal para estas dos patologías: La insulina es importante de la funcionalidad muscular, promueve la captura de glucosa y el metabolismo intracelular de la misma, según estudios la resistencia a la insulina se asocia a un nivel de fuerza menor en mujeres ancianas no diabéticas independientemente del estado funcional (3).

Teniendo intervenciones específicas podríamos retrasar el declive relacionado con la edad y prolongar la vida libre de discapacidad. Para

esto se tiene que identificar a los pacientes con factores de riesgo para sufrir síndrome de fragilidad en los que se encuentran: Edad avanzada, comorbilidad, polifarmacia, desnutrición, pérdida ponderal, ingresos hospitalarios frecuentes, síndrome de caídas (2). Teniendo identificados estos aspectos se tienen que tomar manos a la obra, evaluándolo de manera interdisciplinaria abarcando el aspecto físico, emocional, psicológico y social; además de aplicar medidas preventivas (1):

- Se recomienda actividad física de 30 a 60 minutos al día, en sesiones de 10 minutos cada una, con un total de 150 a 300 minutos a la semana, para mantener resistencia, equilibrio y flexibilidad; éstas no tienen que exigir un estrés ortopédico, como caminar, ejercicio acuático, bicicleta. La intensidad y duración de la actividad física debe ser individualizada de acuerdo a las capacidades físicas de cada paciente y de ser posible supervisada por un profesional en rehabilitación o fisioterapeuta.
- El uso de vitamina D con una dosis 400-800 UI, ya que existe una asociación entre ésta y disminución de la masa muscular, fuerza muscular e incremento de caídas.
- Dieta de acuerdo a sus necesidades nutrimentales para evitar la pérdida de peso.
- Disminuir la polifarmacia, los efectos secundarios derivados del tratamiento de diabetes mellitus aumenta el riesgo de presentar síndromes geriátricos como: Riesgo de caídas, fractura de cadera, incontinencia urinaria, dolor crónico y depresión. Debe de evaluarse siempre la necesidad de continuar o suspender los fármacos en función de sus indicaciones actuales, contraindicaciones y potenciales interacciones con el resto de fármacos.

De esta manera, podremos lograr un envejecimiento satisfactorio, que se ha definido cuantitativamente como el estado óptimo de un proceso continuo de adaptación según el mantenimiento de una buena funcionalidad, buena capacidad cognitiva en sujetos que viven en la comunidad (4).

Bibliografía

1. Guías de práctica clínica, Diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en el adulto mayor vulnerable (2013). México: Secretaría de Salud, 19-21.
2. Navarrete Reyes AP, Ávila Funes JA (2010). Diabetes mellitus y el síndrome de fragilidad en el anciano. Revista de Investigación Clínica, vol. 62, 327-332.
3. Jiménez Corona A, Rojas Martínez R, Villalpando S, Aguilar Salinas C. (2012). Diabetes mellitus: La urgente necesidad de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control. Encuesta Nacional de Salud y nutrición, 1-7.
4. Borges L, Menezes R. (2011). Definition and markers of frailty: a systematic review of literature. Clinical Gerontology , vol 10, 90- 111.

Autocuidado, una estrategia de atención al síndrome de fragilidad

Lizza Giovany Vela Montalvo.

Lic. en Enfermería, Universidad de Guadalajara.

Recibido: 31/ Marzo / 2015

Aprobado: 20 / Abril / 2015

Envejecer es un proceso de deterioro caracterizado por una vulnerabilidad aumentada y una viabilidad disminuida que se da en el tiempo y que progresivamente disminuye la reserva fisiológica¹. Este proceso por sí sólo ya es algo complejo, pues es el paso de la juventud e independencia a un estado de dependencia parcial o total (en algunos casos), aunado a ellos el alto impacto que han tenido las enfermedades crónico degenerativas hacen de esta etapa algo más complejo.

El síndrome de fragilidad es una combinación del proceso de envejecimiento natural y una variedad de problemas médicos. Su reconocimiento es sumamente importante y debe ser buscado en el contexto de la valoración geriátrica integral². Inicialmente existe dificultad en su diferenciación con el envejecimiento natural, pues no es exactamente una enfermedad sino un estado intermedio entre el estar sano y estar enfermo. Sin embargo, si no existe intervención oportuna causan un deterioro clínico continuo, con bajo índice de recuperación y presagio de muerte.

Ya hablando del manejo específico de la fragilidad, tenemos que diferenciar entre las medidas de prevención y las medidas para intentar revertir el proceso que lleva a estos pacientes a ser más vulnerables. La prevención es más costo efectivo que el tratamiento farmacológico y debe ser la primera línea de acción⁴.

Un estilo de vida saludable agrega años a nuestra vida y pone vida a nuestros años³, de aquí la importancia de modificar ciertos hábitos que podrían en un futuro deteriorar nuestro estado de salud.

Cada uno de nosotros debemos tener la mayor responsabilidad de nuestra salud. Es primordial contar con una mayor implicación de los pacientes, que deben ser los responsables en última instancia de buscar y utilizar los medios para prevenir enfermedades acudiendo a las fuentes adecuadas.

Se han establecido una serie de intervenciones de soporte. Estas medidas incluyen mejorar las condiciones ambientales que puedan acelerar la manifestación de fragilidad, mejorar la nutrición con suplementación, prescripción regular de ejercicios.

La alimentación, debe ser suficiente para mantener o conseguir un peso saludable; variada, pues comer un poco de muchos alimentos evita la carencia de nutrientes; equilibrada para comer todos los días alimentos de todos los grupos; segura para no correr riesgos y elegir alimentos de origen seguro, con atención al envasado correcto e íntegro.

Realizar actividad física: Hacer ejercicio, adecuado a la edad y a la condición física de cada uno, de forma regular. Cualquier actividad cuenta, como subir escaleras en vez de en ascensor. Se aconseja una hora diaria de ejercicio al menos cinco días a la semana.

Evitar el consumo de drogas y alcohol: Dejar el tabaco y alcohol, debido a que su consumo es la causa evitable más importante de enfermedad y muerte en nuestro país. Evitar los espacios contaminados por el humo del tabaco, ya que el tabaquismo pasivo es causa de diversas enfermedades.

Ninguna droga es saludable.

No Automedicarse: La medicación siempre debe ser bajo la supervisión de un sanitario cualificado y acompañado de un estilo de vida saludable.

Tener una actitud positiva: Tomarse las cosas con calma y evitar el estrés, descansar lo suficiente.

Buscar un sentido a la vida, una pasión, un propósito, una ilusión que nos impulse a levantarnos todos los días.

Apoyo familiar: Es bueno saber que no estamos solos, la familia es un pilar importante pues acompaña, guía e incluso puede en ciertos momentos alentar a cambios de vida que a la larga mejorarán el estado de salud.

La esencia del autocuidado es el control del individuo sobre su salud, el empoderamiento, un derecho de todas las personas, que debe fomentarse al máximo hasta el final de la vida.

El desafío en la sociedad actual es que el individuo pase de una actitud pasiva, de receptor de cuidados, a una activa o proactiva, de búsqueda de bienestar y de responsabilidad sobre su propia salud.

De la misma forma que el proverbio africano dice “para educar a un niño es necesaria toda una tribu”, para fomentar el autocuidado de las personas es necesaria la implicación de toda la sociedad.

Bibliografía

- 1-Chávez Jiménez, H. (2003) Fragilidad un nuevo síndrome geriátrico. Revista Diagnóstico, vol 42 (4) Perú.
- 2-Caste Blanco, E., V. Albert Cuñat. (2002) ¿Quiénes son ancianos frágiles - ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara. Medicina General; 45: 443-459
- 3-Lopera Nelson, A. (2008) Métodos de trabajo de la fuerza en el adulto mayor. Práctica Pedagógica. Universidad de Antioquia. Instituto Universitario de Actividad Física. Colombia.
- 4- Fuentes Jiménez L., Cordero Guillén M., Cruz Toscano M., Navarro Calderón L. (2014) Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Fragilidad, Guía de Práctica Clínica. IMSS 479-11. México. Consultado el 30 de marzo en la página http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/479_GPC_SxndromeFragilidad/GRR_sindrome_de_fragilidad.pdf

Promoción de la salud, factor clave contra la fragilidad

Sandra Selene Murillo Guzmán.

Lic. en enfermería, Universidad de Guadalajara.

Recibido: 31/ Marzo / 2015

Aprobado: 20 / Abril / 2015

“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

(Nola J. Pender)

Introducción

En la actualidad, resulta un hecho comprobado que a medida que aumenta la expectativa de vida, aumentan los índices de fragilidad y la prevalencia de enfermedades crónicas, aspectos que acompañan el último trecho de la vida. Por lo tanto, es de esperarse que una gran parte de los adultos mayores sean frágiles y padezcan, además, enfermedades crónicas.

La relación entre fragilidad y enfermedades crónicas es compleja, pues las segundas pueden contribuir como factor causal o precipitante del síndrome frágil, a la vez que éste puede condicionar mayor vulnerabilidad y complicaciones en los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas de base. (1)

La fragilidad se constituye en un síndrome multidimensional, involucrando una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales en el transcurso de la vida individual, que culmina en un estado de mayor vulnerabilidad, asociado a un mayor riesgo de que se produzcan desórdenes clínicos adversos como delirio, deterioro funcional, movilidad perjudicada, caídas, aislamiento social, aumento de la mortalidad y hospitalización. (2)

La atención al paciente adulto mayor debe estar centrada en un manejo integral y continuado de su salud que va desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con el propósito de mejorar su calidad de vida que está íntimamente relacionado con su capacidad funcional.

El objetivo principal de los programas de atención a los adultos mayores debe estar enfocado a mantener y mejorar su calidad de vida, previniendo la aparición de enfermedades físicas y mentales y sus secuelas, manteniendo un grado de autonomía que les permita la integración social.

La meta es prevenir la fragilidad y la dependencia evitables.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería, según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud.

Desarrollo

El número de personas que en el mundo rebasa la barrera de los 60 años aumentó en el siglo XX, de 400 millones en la década de 1950, a 700 millones en la década de 1990, de esta manera, se estima que para el año 2025 existirán alrededor de 1,200 millones de adultos mayores.

También se ha incrementado el grupo de los “muy viejos”, es decir, los mayores de 80 años, los cuales en los próximos 30 años constituirán 30% de los adultos mayores en los países desarrollados y 12% en los países en vías de desarrollo. (4)

Si el hecho de envejecer no es ninguna enfermedad y no debemos asociar vejez con dependencia y fragilidad, es bien cierto, no obstante, que va acompañado de un aumento de incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas cardiovasculares, diabetes, enfermedades de Alzheimer y otras afecciones de salud mental relacionadas con el envejecimiento.

Existen diversas definiciones de fragilidad, pero una que puede indicarnos en forma clara y sencilla su real significado es: “Síndrome caracterizado por la disminución de la reserva funcional, resultando en un incremento de la vulnerabilidad de la persona y de una inadecuada respuesta a todo tipo de estrés”.

Los componentes importantes de este síndrome son: La disminución de la masa magra corporal (o tejidos libres de grasa, agua, órganos viscerales y principalmente hueso y músculo), de la resistencia muscular, del balance o equilibrio, de la coordinación, de la flexibilidad, de la postura, de la marcha y de la actividad física, lo cual trae como consecuencia: Discapacidad, daños, caídas y fracturas, dependencia, aumento de la morbi-mortalidad general, institucionalización y hospitalizaciones frecuentes. (3)

La disminución de la fuerza, la sensación de cansancio, la pérdida de peso involuntaria, el enlentecimiento y la inactividad parecen ser las manifestaciones dominantes, a la vez que varios equipos de investigadores y clínicos añaden el aislamiento social y las condiciones comórbidas, entre las que se incluyen el deterioro cognitivo y la depresión.

Evaluar las necesidades individuales de salud de las personas que son frágiles requiere la evaluación de su cognición, función, movilidad, equilibrio y circunstancias sociales, además de comprender sus problemas médicos, pues la fragilidad tiene implicaciones importantes para las necesidades de cuidados de los adultos mayores con este síndrome.

Es importante establecer un procedimiento de cuidados multidisciplinar, basado en la evidencia científica, que sirva para detectar y prevenir el riesgo de fragilidad y que recopile objetivos e intervenciones generales que sirvan de guía para retrasar dicho proceso.

Además de que prevenir la fragilidad en el anciano implica promocionar el envejecimiento activo, poniendo énfasis en la promoción de la salud y en las medidas preventivas como medio para retrasar la aparición de la enfermedad, la dependencia y mejorar la calidad de vida en la vejez.

La población en situación de fragilidad es la que de forma preferente debe de estar controlada por el personal de enfermería, ya que tienen una serie de problemas derivados de su patología que son competencia del personal de enfermería.

La concepción de la salud en la perspectiva de Nola J. Pender, en su modelo de prevención de la salud, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

Es importante promover los estilos de vida y los hábitos saludables en edades tempranas, para que cuando se llegue a la vejez la pérdida de autonomía y dependencia sean mínimas y exista menor vulnerabilidad en los adultos mayores.

Conclusiones

Se ha comprobado que la detección temprana de la fragilidad y el empleo oportuno de técnicas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras pueden modificar positivamente la discapacidad y la falta de autonomía en el adulto mayor.

Una evaluación integral y un diagnóstico oportuno permitiría al profesional dirigir el cuidado, posibilitando una asistencia de enfermería enfocada en las necesidades del adulto mayor.

Aunque una barrera para la caracterización de estos pacientes sería la inexistencia de instrumentos y criterios estandarizados para evaluar el síndrome de fragilidad en personas adultas mayores.

Es trabajo de enfermería que los pacientes y sus cuidadores sean corresponsables en su proceso de atención.

La responsabilidad compartida del paciente debería concretarse en una estrategia clara de fomento del autocuidado y prevención, ya que la mayoría del tiempo es el propio paciente el que realiza el automanejo de su enfermedad.

La pérdida de autonomía y los desórdenes clínicos pueden prevenirse si los profesionales de la salud no tendemos a asociar de forma natural la edad con la fragilidad y la debilidad.

Bibliografía

1. Romero, A. (2011). Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores. *Medicina interna de México*, 27(5), 455-462.
2. Oliveira, D. R., Bettinelli, L. A., Pasqualotti, A., Corso, D., Brock, F., & Erdmann, A. L. (2013). Prevalencia de síndrome de fragilidad en los adultos mayores de una institución hospitalaria. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*, 21(4), 08.
3. Montenegro, E. P. Fragilidad en los adultos mayores. *Geriatría y Gerontología*.
4. González, D. R., & González, A. (2012). Fragilidad: prevalencia, características sociodemográficas y de salud, y asociación con calidad de vida en adultos mayores. *Aten Fam*, 19(1), 1-6.
5. Rodríguez Borrego Ma A. La Ancianidad en las publicaciones periódicas enfermeras: Rol y Nursing edición española, de 1997 a 2000. *Rev. Enfermería Global*, n° 10, mayo. 2007. Acceso en: <http://revistas.um.es/eglobal>
6. Quiroz, C. O. A., & Flores, R. G. (2013). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 291-300.
7. Rodríguez Díaz, M. T., Pérez-Marfil, M. N., & Cruz-Quintana, F. (2014). Propuesta de plan estandarizado de cuidados para prevenir la dependencia y la fragilidad. *Gerokomos*, 25(4), 137-143.
8. Contel, J. C., Muntané, B., & Camp, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria*, 44(2), 107-113.
9. Lesende, I. M. (2013). Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. *Tendencia necesitada de hechos. Atención Primaria*, 45(4), 181-183.



Prevención desde la psicología social comunitaria para la fragilidad

Susana de la Rosa Hernández.

Lic. Psicología, Universidad de Guadalajara.

Recibido: 31/ Marzo / 2015

Aprobado: 20 / Abril / 2015

Tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo se está produciendo un envejecimiento progresivo de la población, debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad. Al igual que en el resto de la población, pero con mayor relevancia en la adultez mayor, la salud depende no sólo de la presencia o ausencia de enfermedad objetivable, sino también de la capacidad del sujeto y de su entorno social, para adaptarse a los acontecimientos vitales que puedan ocurrirle (Yábar-Palacios, C., 2009).

La condición de fragilidad es inherente al grupo de la adultez mayor y consiste en una situación de riesgo de desarrollar, empeorar o perpetuar efectos adversos para su salud debido a la disminución de su reserva fisiológica; todo lo cual se relaciona con mayor riesgo de evolucionar hacia la discapacidad y la dependencia y en última instancia, hacia la muerte.

Se considera que los/as adultos/as mayores frágiles son aquellos que por sus condiciones biológicas, psicológicas, sociales o funcionales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad. Los principales factores son un compendio de problemas derivados del envejecimiento biológico, alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades, enfermedades agudas o crónicas, factores de riesgo en cuanto a abusos (estilos de vida, factores sociales, factores económicos) y factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad, déficit nutricionales). La fragilidad ha estado determinada, esencialmente, por los diferentes contextos en los cuales se desarrolla el Adulto Mayor y aunque existe un complejo de patologías y factores asociados a fragilidad, como son los sociales, económicos y familiares, no todos participan en la misma medida (Alonso Galbán, P., et. al., 2009).

En el mundo actual resulta un hecho comprobado que a medida que aumenta la expectativa de vida, aumentan los índices de fragilidad y la prevalencia de enfermedades crónicas, aspectos que acompañan el último trecho de la vida (Romero-Cabrera A. J., 2011).

En México, en el año 2000, se reportaron 217,084 defunciones en mayores de 65 años. Las causas de las mismas fueron las enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, neoplasias y enfermedad cerebrovascular. En 2001, las defunciones aumentaron a 224,068 en el mismo grupo de edad, cuyas causas principales de mortalidad en general fueron las enfermedades cardíacas, los tumores malignos, la diabetes mellitus, los accidentes, las enfermedades hepáticas y cerebrovascular que, en su conjunto, representaban 60% de los decesos. La esperanza de vida en México ha aumentado y junto con ella la prevalencia de las enfermedades crónicas, las cuales constituyen un problema de salud; aumentan los gastos en los servicios médicos y peor aún, provocan una mala calidad de vida en los adultos mayores de 65 años. Por lo tanto, es necesario conocer las enfermedades crónicas e incidir tempranamente en ellas (Barrantes-Monge, M. et. al., 2007).

La disminución de la fuerza, la sensación de cansancio, la pérdida de peso involuntaria, el enlentecimiento y la inactividad parecen ser las manifestaciones dominantes, a la vez que varios equipos de investigadores y clínicos añaden el aislamiento social y las condiciones comórbidas, entre las que se incluyen el deterioro cognitivo y la depresión (Romero-Cabrera A. J., 2011).

El estado de necesidad que desarrollan los/as ancianos/as frágiles en las actividades básicas e instrumentales de su vida diaria, se menciona que es así por la actividad física disminuida y la lentitud en la marcha, así como la asociación a riesgo nutricional, pues la desnutrición en pacientes de edad avanzada es consecuencia de la enfermedad, pero también porque dichos pacientes sufren deficiencias de micronutrientes (vitamina B12, ácido fólico) que pueden perjudicar su salud (Ferrer, A., et. al., 2014).

La pregunta que es importante resaltemos en este apartado es, ¿qué podemos realizar para prevenir la fragilidad, así como las enfermedades crónicas?

La fragilidad y enfermedades crónicas (principalmente la diabetes mellitus II e hipertensión, que son las más frecuentes en nuestro país), se pueden evitar proporcionando mayor fuerza a la promoción y prevención de su salud, también es importante recordar que en nuestro mundo “contemporáneo y avanzado” parece ser que el ser “viejito/a” no agrada y no se abren espacios (o se abren pocos espacios) en donde ellos/as también convivan y disfruten de su vida en todos los rubros: individual, social, sexual, educativo, etc.; pues después de ser jubilados/as o de ya “ver crecer a su familia”, en nuestra cultura, pareciera que después de ello ya no tienen nada más en qué ocuparse y también hay que transformar cultural, política y educativamente esta perspectiva, ya que en una convivencia comunitaria la adultez mayor puede apoyar bastante.

Desde la perspectiva de la psicología las propuestas son amplias y parten principalmente desde espacios que se puedan proporcionar dentro de la misma comunidad a la que pertenece cada uno de los/as adultos/as mayores. Para ello es esencial proporcionar propuestas desde la metodología de la psicología social comunitaria (Montero, M., 2006):

Creación o toma de un espacio(s) particular(es) en cada una de las diversas colonias, barrios y comunidades donde se puedan realizar actividades y propuestas de promoción y prevención de salud.

Organización en los que se brinden talleres de intereses ocupacionales acordados e implementados por las mismas personas adultas mayores, así como integrantes de otras edades que deseen participar (jugar ajedrez, realización de lecturas, pintura, carpintería, etc.).

Julio César García Martínez.

Lic. Nutrición, Universidad UNIVER plantel Zamora.

Realización de un cronograma en conjunto para acomodar horarios para realización de ejercicio físico, charlas referentes a alimentos adecuados, charlas y dinámicas grupales referentes a temas de salud, temas cotidianos, grupales y de organización de los grupos, de talleres ocupacionales.

Juntas para planear transformaciones en la comunidad, barrio o colonia, ya sea limpiando, reparando o pintando algún lugar en particular.

Proporcionar siempre en este espacio la propuesta de trabajar desde una perspectiva multidisciplinaria en cuanto a la atención de los/as profesionales que acompañen.

Nombramiento de promotores/as de la misma comunidad para que los cronogramas acordados se cumplan por ellos/as mismas. Al inicio se brinda el acompañamiento del personal profesional, pero con el objetivo de poco a poco irse retirando para que la comunidad se haga cargo y las visitas del equipo profesional sean una vez al mes (por ejemplo).

Todo lo anterior con un interés para el apoyo y aumento del bienestar en la salud mental y social también, así como para respetar la fuerza y organización de las propias comunidades.

El objetivo de la asistencia a la adultez mayor está centrado en una atención integral y continuada de su salud que va desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación temprana, con el propósito universal de mejorar su calidad de vida.

Bibliografía

- Alonso Galbán, P., et. al. (2009) Diagnóstico de fragilidad en adultos mayores de una comunidad urbana. Revista Cubana de Salud Pública, Vol.35, No. 2, págs. 1-14. La Habana, Cuba.
- Barrantes-Monge, M. et. al. (2007) Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública México; 49 suplemento 4: S459-S466. México.
- Ferrer, A., et. al. (2014) Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidad en los mayores de la comunidad. Estudio Octabaix. Revista Atención Primaria, Vol. 46, No. 9, págs. 475-482. Elsevier, España.
- Montero, M. (2006). Hacer para transformar: el método de la Psicología Comunitaria. Paidós: Argentina.
- Romero-Cabrera A. J. (2011) Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores. Medicina Interna Mexicana, Vol.27, No. 5, págs. 455-462. México.
- Yábar-Palacios, C. (2009) Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de una hospital de Chimbote. Revista Peruana de Epidemiología, Vol. 13, No. 3, págs. 1-8. Chimbote, Perú.

El término fragilidad ha evolucionado a lo largo del tiempo, conceptualizándolo como “riesgo” de morir, de perder funciones, de enfermedades crónico degenerativas, asociado a debilidad, caídas, desnutrición. Distintas definiciones han incluido aspectos físicos, cognitivos y psicosociales. La fragilidad es un concepto relativamente nuevo, el cual describe a un síndrome, producto de la disminución en la reserva homeostática y de la resistencia el individuo frente al estrés (como una enfermedad aguda, una cirugía o la administración de quimioterapia). La fragilidad incrementa la vulnerabilidad de los individuos para muchos efectos deletéreos, tales como el riesgo del miedo a caerse, de inmovilidad, de fractura de cadera y de muerte. Además, las personas frágiles utilizan con más frecuencia todos los servicios de salud. (1)

La fragilidad es parte de un continuo asociado a la edad avanzada y que actúa, sobre el plano biológico, en la deficiencia de diversos sistemas: Endocrino, cardiovascular, músculo-esquelético, inmunológico y nervioso. Para la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad corresponde a una reducción, parcial o total, de la capacidad de llevar a cabo una actividad de la forma o en los límites considerados como normales para el ser humano (OMS 1993). Los problemas que llevan a la discapacidad son múltiples, tales como el deterioro cognitivo, la depresión, la comorbilidad, el aislamiento social o las actividades. (2)

También se consideran enfermedades crónicas degenerativas causales como diabetes mellitus, hipertensión diastólica, ACV, cáncer y EPOC. Por último, se asoció discapacidad a fragilidad haciendo hincapié en la superposición de los conceptos discapacidad/fragilidad, dejando en claro que no son sinónimos, ni son completamente excluyentes.

Se concluye que la fragilidad es un síndrome multifactorial y que la detección de grupos de riesgo constituye el desafío de futuras investigaciones. (3)

El estado nutricional en relación con el síndrome de fragilidad

El estado nutricional es el resultado del balance de la ingesta de nutrientes y del gasto calórico proteico para cubrir las necesidades fisiológicas óptimas. Teniendo que adaptar un plan alimenticio para cada persona cubriendo sus nutrientes apropiados y especificando los alimentos aptos para cada patología de la persona. Ya que en esta etapa, el apetito, así como la cantidad de alimentos ingeridos, tienden a declinar, por lo que debe tenerse especial cuidado de entregar una dieta balanceada y atractiva que aporte una nutrición equilibrada y saludable. Cuando los adultos mayores incorporan dietas saludables pueden revertirse o retrasarse muchos de los cambios asociados a la fragilidad en el adulto mayor, asegurando de este modo que muchos de ellos puedan continuar viviendo en forma independiente y disfrutando de una buena calidad de vida, que les permita compartir activamente dentro de la familia y de la comunidad. (4)

Ensayo

Beneficios de la actividad física en personas de la tercera edad

Recibido: 31/ Marzo / 2015

Aprobado: 20 / Abril / 2015

Seudy Nereyda Girón Velasco.

Lic. Nutrición, Universidad UNIVER plantel Zamora.

Cambios corporales en la fragilidad del adulto mayor

El proceso de la fragilidad en el adulto mayor se suele acompañar de una reducción significativa de la actividad física que contribuye aún más a la pérdida de la masa muscular.

Por ello, es muy importante que los adultos mayores aumenten su actividad física. Ésta tiene innumerables beneficios, tales como aumentar el apetito y por ello la ingesta de alimentos. Este cambio se traducirá en una mayor ingesta nutrientes, como proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales y otros componentes saludables presentes en los alimentos, especialmente en frutas, verduras y leguminosas, que beneficiarán su estado de salud. (5)

Bibliografía

1. Rockwood K. 2005 What would make a definition of frailty successful? Age Ageing. 34(5):432-4.
2. Ortiz P. Nutrición. En: Varela L. Principios de Geriátría y Gerontología. Segunda Edición. Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.p 501-511.
3. Gálvez M. Demografía del envejecimiento: La transición demográfica. En: Varela L. Principios de Geriátría y Gerontología. Segunda Edición. Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.p. 25-32.
4. Avila-Funes, J. A. and E. J. Garcia-Mayo. 2004. "(The Benefits of Doing Exercise in the Elderly)". Gac Med Mex 140(4):431-6.
5. Franco Álvarez, N, Ávila Funes, JA, Ruíz Arregui, L, Gutiérrez Robledo, LM. 2007. Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: Análisis secundario del estudio Salud, Bienes y Envejecimiento (SABE) en México. Rev Panam Salud Pública; 22 (6): 369-75.

Ubicación de la U.I.S.E.S.S.



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

Este síndrome define aquellos adultos que presentan alta vulnerabilidad y riesgo incrementado de sufrir problemas de salud mediados por factores internos o externos que ponen en peligro su vida, la cual son más frecuentes determinadas enfermedades como cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Puede definirse como la suma de todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. (1)

La fragilidad se encuentra asociada a cambios en la reserva fisiológica de cada órgano y sistema del cuerpo humano. Estos cambios se afectan negativamente si se encuentran asociados con mala nutrición, sedentarismo, deficientes redes sociales y familiares, problemas cognitivos y control inadecuado de enfermedades crónicas. El adulto mayor puede desarrollar un estado de vulnerabilidad o fragilidad que incrementa el riesgo de sufrir discapacidad y dependencia si se ve expuesto a un evento estresante como una enfermedad aguda o crónica descompensada. (3)

¿Qué representa esa etapa para programas de salud?

Para el sector salud, el envejecimiento es prioritario. Todo un programa de atención al adulto mayor se generó a partir del plan nacional de salud en el año 2000, con lo cual se espera reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 65 años de edad. (1)

Repercusiones de una persona sedentaria

La pérdida de movilidad resultante de la pérdida muscular "predice mayor discapacidad física y mortalidad, asociada a una peor calidad de vida, mayor soporte social y cuidados de salud". Ahora bien, la revisión de los impactos de condiciones del sistema muscular, como la sarcopenia, conducen a la identificación de indicadores de la disminución de la masa muscular en la población adulta mayor, al respecto se ha demostrado que existe una relación directa entre la fuerza muscular de las pantorrillas, la capacidad y velocidad de marcha y "también entre la musculatura extensora del muslo y la capacidad de levantarse de una silla, subir escaleras o la velocidad de la marcha". Por todo esto, "los adultos mayores con sarcopenia y debilidad en las extremidades inferiores tienen dificultad para realizar todas estas tareas y por lo tanto tienen un mayor riesgo de dependencia, envejecimiento, los cambios metabólicos, fisiológicos e incapacidad." (3)

Importancia de la actividad física en la fragilidad

El entrenamiento físico es utilizado como una forma de prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, debido a que puede mejorar la función cardíaca, modificar favorablemente los factores de riesgo coronario, disminuir la incidencia de infarto y reducir de manera general la mortalidad cardiovascular y menos probabilidad de padecer DM.

Fragilidad integral en mujeres añosas

Recibido: 23 / Abril / 2015

Aprobado: 28 / Abril / 2015

Dr. León Felipe García Machuca.

Doctorante en Ciencias Sociomédicas, Universidad de Guadalajara.

Estos aspectos contribuyen a la fragilización del individuo, entendida ésta como una condición que se encuentra con frecuencia y genera una morbilidad y mortalidad importantes. La alimentación, el estado nutricional y la actividad física que realiza cada individuo influyen en la evolución de la fragilización, la malnutrición por lo tanto puede ser el origen o la consecuencia de la misma.

Si bien es verdad que la práctica física o el ejercicio físico no es un seguro contra el envejecimiento, hay evidencias que éste ofrece la garantía de un proceso en mejores condiciones. Un buen estado de forma física, por su acción beneficiosa sobre el cuerpo y la mente, mejora las condiciones de vida en la vejez. (4)

El ejercicio físico, contribuye entre otros aspectos al mejoramiento de la masa muscular, de la estabilidad, de la resistencia cardiorrespiratoria y en general al mantenimiento de la independencia y autonomía del adulto mayor, manteniéndose estables algunas condiciones físicas como la flexibilidad, la coordinación y la agilidad. El ejercicio físico en los adultos mayores es una de las alternativas concretas para mantener el bienestar físico y aún mental, diversos estudios muestran cómo el ejercicio físico contribuye a retardar el declive fisiológico de los sistemas corporales durante el proceso de envejecimiento, reduce el riesgo de caídas y lesiones por caídas. (4)

¡Actívatelo! :



Bibliografía

1. Villagordoa Mesa J, Enero-marzo 2009. Revista de Endocrinología y Nutrición. Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. Vol. 15, No. 1. Pp 27-31.
2. Quintero Cruz y José Armando V. Aceptado en octubre 1 de 2012. Efectos del ejercicio físico en la condición física funcional y la estabilidad en adultos mayores. Vol. 3. Pp 57-72.
3. Mariano Montaña A. Aceptado con modificaciones: 15 de junio del 2010. Fragilidad y otros síndromes geriátricos. Vol. V, número 2-2010: 66-78.
4. Arnaldo Rodríguez L, Reyes Hernández M. Corsalud, 2010. Beneficios del ejercicio físico en el adulto mayor con enfermedades asociadas. Vol;2(2):102-108, Colombia.

Introducción

El envejecimiento de la población en los países desarrollados o en vías de desarrollo ha llevado a incrementar la fragilidad ósea, especialmente en las mujeres. (1)

Con el incremento de la expectativa de vida se ha concluido que la mujer actual con 50 años de edad su expectativa de vida será de por lo menos 31 años más. (1)

Las fracturas óseas, especialmente de cadera, son un problema de salud en las mujeres mayores de 50 años, convirtiéndose en no sólo en un problema para la misma mujer, sino que también causa una alta en los costos de salud pública. (2)

El rango de mortalidad después de una fractura ósea está alrededor del 10-35% y se ha establecido que sólo el 50% de los individuos que ha sufrido una fractura ósea serán capaces de restablecer sus actividades diarias. (2)

Se han establecido modelos matemáticos que combinan factores de riesgo clínicos y medidas para la medición de la densidad ósea que se han usado en distintos países para estimar el riesgo de fracturas óseas, para así planear la estrategia terapéutica para cada individuo. 3

Factores de riesgo asociados con una alta prevalencia de fracturas incluyen la edad del paciente, antecedentes hereditarios, menopausia precoz en mujeres, un estilo de vida sedentario, una pobre calidad de vida, una alta ingesta de fósforo, diabetes, uso de benzodiazepinas y caídas cotidianas. (4)

El conocimiento de los riesgos asociados con la fragilidad es importante para formular planes de salud pública en países vastos como México, como para también mejorar los tipos de tratamiento. (5)

La asesoría de la capacidad funcional ha sido usada para predecir los riesgos de padecer osteoporosis y fracturas. (6)

Desarrollo

Los factores asociados con las caídas fueron el mantener el balance al caminar, el consumo de alcohol y cataratas. La administración de algún tipo de tratamiento para la menopausia y el tener seguro de vida estuvieron asociados con una baja prevalencia en las caídas. (7)

La asesoría de la capacidad funcional ha sido usada para predecir los riesgos de tener osteoporosis y fracturas asociadas a la fragilidad. Se ha encontrado una asociación entre una alta prevalencia de fracturas y la

falta de ejercicio semanal, dificultades para empujar muebles o hacer el quehacer de la casa y la inhabilidad de subir escaleras de ponerse en cuclillas o de arrodillarse. (7)

Las mujeres tienen más alto riesgo de desarrollar osteoporosis. Otros factores asociados en mujeres finlandesas incluyeron el mantener el balance en un pie por más de 10 segundos, la fuerza al apretar y la dificultad de caminar 100 metros. (8)

Finalmente, se han identificado sólo dos variables importantes: Un tiempo más largo entre la menopausia y la osteoporosis. Se encontró una pérdida de hueso del 10.5% en la columna, 5.3% en el cuello femoral y 7.7% a través del cuerpo completo durante los primeros 5-7 años después de la menopausia. Aunque estas pérdidas se deben también al proceso natural del envejecimiento, concentraciones bajas de estrógenos en suero, junto con el desbalance entre la formación y reabsorción fueron pensadas responsables de dos tercios de la pérdida de hueso. (8)

La densitometría ósea puede ser de gran importancia al identificar mujeres que son candidatas a sufrir fracturas debido a la fragilidad ósea, especialmente a aquellas con un historial precoz de la menopausia. (8)

Más de la mitad de mujeres añosas que mantienen una fragilidad de fractura no tienen osteoporosis según los criterios de densidad mineral ósea (BMD), de la Organización Mundial de la Salud (WHO). (9)

Se ha definido a la osteoporosis como un desorden esquelético caracterizado por una fuerza de hueso comprometida que predispone a la fractura y a la fragilidad. Esta definición incorpora tres importantes factores:

- Baja densidad ósea.
- Compromiso de la calidad de hueso y fuerza.
- Riesgo de fractura.

La medición del BMD en el tamizaje para osteoporosis ha probado ser una medida eficaz en exámenes clínicos. Sin embargo, el usar este criterio no siempre es coincide, ya que la mitad de las mujeres de 70 años que sufren fracturas debido a la fragilidad no presentan osteoporosis. (9)

Existen muchos otros factores aparte de los ya mencionados incluidos una visión pobre. (10)

Conclusión

El conocer y estar conscientes de conceptos tales como la discapacidad, la vulnerabilidad y la fragilidad intervienen en el envejecimiento. Existen diversos estudios que han intentado encontrar modelos biológicos que llevarían a un envejecimiento sin tanta fragilidad.

Agregar apartados en la consulta dirigidos a detectar fragilidades cognoscitivas y de funcionalidad podría mejorar intervenciones posteriores hacia un envejecimiento más satisfactorio.

Promover la actividad física es relevante ya que multiplica el riesgo al envejecimiento con fragilidad y a la debilidad muscular.

Bibliografía

1. FRAX: WHO Fracture Risk Assessment Tool [Internet]. Calculation tool [cited 2013 May 7]. Available from: <<http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=55>>.
2. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento – O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por entrevistas telefônicas (VIGITEL). 2008 [citado 2013 Feb 14]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/167_Q2008.pdf>
4. Guralnik JM, Fried LP, Simonsick EM, Kasper JD, Lafferty ME, editors. The women's health and aging study: health and social characteristics of older women with disability. Bethesda: National Institute on Aging; 1995. (NIH Pub. No. 95-4009).
5. Altman DG. Practical statistics for medical research. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC; 1999.
6. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol. 2003;3:21.
7. Baim S, Leslie WD. Assessment of fracture risk. Curr Osteoporos Rep. 2012;10(1):28-41.
8. National Osteoporosis Foundation. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2010.
9. Baccaro LF, Machado VSS, Costa-Paiva L, Sousa MH, Osis MJ, Pinto-Neto AM. Treatment for menopausal symptoms and having health insurance were associated with a lower prevalence of falls among Brazilian women. Maturitas. 2013;75(4):367-72.
10. Baccaro LF, Machado VSS, Costa-Paiva L, Souza MH, Osis MJ, Pinto-Neto AM. Factors associated with osteoporosis in Brazilian women: a population-based household survey. Arch Osteoporos. 2013;8(1-2):138.

Una reflexión sobre la dimensión fenomenológica de la fragilidad en la diabetes mellitus tipo 2 y ausencia dentaria total o parcial

Dr. Edgar Arturo Flores Larios.

Doctorante en Ciencias Sociomédicas, Universidad de Guadalajara.

Recibido: 23 / Abril / 2015

Aprobado: 28 / Abril / 2015

Es conocido el problema que representa actualmente la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), sólo basta observar cifras epidemiológicas nacionales para darse cuenta de la magnitud del problema 5, 12, incluso existen cifras oficiales acerca de la pérdida dentaria en las personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, debido a la facilidad con la que el índice epidemiológico CPO * es aplicado en la población mexicana¹³. No obstante, las acciones acerca del control y prevención de la pérdida prematura de piezas dentales relacionada con las enfermedades crónicas no contagiosas más frecuentes en nuestro país es prácticamente nula.

Las personas que viven con DM2 son informadas acerca de las precauciones alimenticias y metabólicas derivadas de su condición, pero pocas veces son incluidas temáticas en torno a la salud bucal, ya que por un lado existe la recomendación de “comer bien”, pero pocas veces son inspeccionadas las herramientas para el bien comer: Los dientes.

La persona con DM2 y ausencia dental vive con fragilidad y por lo tanto tiene mayores dificultades para conseguir una estabilidad en la salud bucal, la explicación biológica específica obedece a la carga oxidativa que representa estados pro-inflamatorios dentro de la cavidad bucal, lo que conduce al pronto deterioro en los tejidos de soporte bucales, a esta condición se le conoce como “enfermedad periodontal” o “periodontitis” y que es la causa más frecuente de pérdida dentaria en el diabético 7, 10.

No obstante son pocas las personas que viven en esta condición, las que conocen la relación bidireccional que resulta entre la salud-enfermedad bucal y el control glicémico o metabólico; las enfermedades bucales, en especial las relacionadas con los tejidos de soporte dentario han demostrado tener repercusiones sistémicas a nivel oxidativo molecular, lo que supone un descontrol metabólico generado por tener una salud bucal descuidada, lo cual acelera la pérdida de piezas dentales 7, 10.

Otro factor muy importante es la dimensión “persona”⁴ o “individuo”, ya que hasta este momento sólo se ha hablado de una tercera persona, es decir “un paciente con DM2”, “una persona con ausencia dentaria”. Cuando se pone nombre y apellido a esta persona genérica o “paciente”, la situación cambia radicalmente, la comprensión de la enfermedad se convierte en una comprensión del padecimiento de “alguien”, de la historia de ese “alguien”, de las experiencias y vivencias de una persona, que nos hacen comprender miedos esperanzas y sobre todo sufrimientos.

La biomedicina se ha ocupado de entender esta dimensión en lo que hoy conocemos bajo el nombre de calidad de vida¹¹, en donde se intenta conocer a través de cúmulos multi-causales la subjetividad de un “paciente” inerte y sin rostro que arroja datos numéricos-estadísticos de una dimensión cualitativa, dejando un gran hueco en la visión completa de la salud, entendiendo esta última como un proceso bio-psico-social en

equilibrio. Sin embargo, no debemos despreciar los conocimientos estadísticos y causales que hasta ahora ha proporcionado la biomedicina, ya que sin ellos sería imposible pensar que fenómenos como el que se describe en las primeras líneas de este escrito sean un problema “real”, sentido y observado al menos por las autoridades sanitarias, que en su noble labor se preocupan por llevar salud al colectivo, ahora sólo falta pensar si estos problemas sanitarios son realmente problemas de la gente y en específico son problema de las “personas”.

Llevar la problemática de la subjetividad al terreno biomédico y específicamente dentro de disciplinas como la odontología es delicado, las ideas actuales enfocadas al avance técnico-clínico y tecnológico⁸ empanan la mayoría de las tendencias referentes a salud-enfermedad que se manifiestan en el sistema estomatológico, la boca al ser observada desde el punto de vista mecánico es el ideal, sobre todo cuando se tratan de resolver problemas derivados de una disciplina casi 100% manual y que incluso en la mayoría de los casos es relacionada con actos operatorios, sin embargo el avance en la disciplina en términos de prevención o intercepción de problemáticas complejas relacionadas con los estilos de vida aún está en proceso.

Los estudios cualitativos con enfoque fenomenológico-hermenéutico¹⁴ han mostrado ser un medio eficaz para obtener información con una visión “desde las personas”, donde los protagonistas son capaces de revivir experiencias trascendentes que los han llevado a actuar en torno a su salud bucal o sistémica y al mismo tiempo conforman el acervo de sentido común que de manera dinámica y dialéctica nutren las acciones y las llenan de sentidos y significados, lo cual hace que practicas esperadas por las autoridades sanitarias y enfocadas en los llamados: “Estilos de vida saludables”⁹ sean realizadas o reconocidas por los individuos aquí mencionados.

Diversos autores provenientes de las ciencias sociales dan luz a esta línea teórica en la disciplina socio-médica, tendencias macro-sociales como la de P. Bourdieu en su obra “La distinción” (1988)² trascienden en el abordaje de la relación entre las estructuras sociales y los actores que viven dentro de ellas de acuerdo a condiciones enclausurantes. Dentro de esta obra existe una pertinencia teórica para nuestro objeto de estudio contenida en la categoría habitus que permite explicar la disposición ante la acción de los actores sociales, que en términos de la biomedicina bien podría entenderse como modo de vida, estilo de vida saludable o simplemente estilo de vida.

Otros autores como Goffman (1981)⁴, Berger y Luckmann (1968)¹, Agnes Heller (1971)⁶ y Harold Garfinkel (2006)³ explican con teorías meso-sociales la interacción del individuo con otros individuos, escenarios, sistemas y momentos productivos y reproductivos que permiten la conformación y acción del mundo pragmático (práctico-

irreflexivo, pero cambiante) inmediato donde se conforma el sentido común lo cual otorga un sentido a la realidad percibida por los individuos dentro de un colectivo.

El hablar de teorías sociales en temas de salud implica tomarlas como herramientas de trabajo en la conformación del fenómeno estudiado que como ya vimos no sólo se forma de la identidad biológica y psíquica, sino que convive con una dimensión social que otorga identidad, sentido, significado y disposición ante la acción, estas categorías juegan un papel importante para la biomedicina en la comprensión de la fragilidad como una consecuencia de enfermedades crónicas como la DM2, la hipertensión arterial y la obesidad, que en la actualidad representan un problema para la salud pública, debido a la creciente incidencia y el descontrol generalizado de las mismas.

Si es posible comprender cómo se padece y se sufre la DM2, así como la ausencia dentaria, será posible conocer y caracterizar: ¿Por qué las personas no comen los alimentos sugeridos por el personal sanitario?, ¿por qué las personas prefieren alimentos blandos ricos en hidratos de carbono?, ¿cuáles son los alimentos que son imposibles de consumir por estas personas?, ¿en cuáles escenarios la ausencia dentaria representa un problema constante para el control y tratamiento de la DM2?, ¿ante quiénes representa la ausencia dentaria un problema y cómo interactúa esta situación al padecer DM2?, ¿las personas que padecen DM2 y ausencia dentaria realmente sufren su condición?, ¿es un problema real para las personas que padecen DM2 y ausencia dentaria el no poder seguir las recomendaciones alimenticias?, ¿la autoestima se ve decaída debido a la ausencia dentaria total o parcial y esto juega un rol en el control y tratamiento de la DM2?

Bibliografía

1. Berger P & Luckmann T. (1968). La construcción social de la realidad. Editorial Amorrortu Buenos Aires.
2. Bourdieu P. (1988). La distinción. Criterio y bases sociales del gusto. Madrid España.
3. Garfinkel, H. (2006). Estudios en etnometodología (Vol. 52). Anthropos Editorial.
4. Goffman, E. (1981). La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu.
5. Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus in Mexico: Status of the epidemic. Salud pública de México, 55, s129-s136.
6. Hóller A (1971) sociología de la vida cotidiana. Ediciones península. Barcelona España.
7. Lindhe J.: 2009; Lang Niklaus; "Periodontología clínica e implantología odontológica"; Editorial Médica Panamericana; Argentina; 2009.
8. Navarro V (1978); "La medicina bajo el capitalismo"; Editorial Crítica, Barcelona, España; ISBN: 84-7423-064-0
9. Pardo López J (2011); El muy nombrado estilo de vida: Pero, ¿cuál es realmente su significado?; Cuadernos de nutrición: México, Vol. 34, número: 4, págs. 124-130.

10. Ponte, E., Tabaj, D., Maglione, M., & Melato, M. (2001). Diabetes mellitus and oral disease. Acta diabetológica, 38(2), 57-62.
11. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería, 9(2), 09-21.
12. SSA: (2010) http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LA_SALUD_BUCAL_EN_MEXICO_2010.pdf, consultado 13/nov 2014.
13. SSA: (2013) http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_bol1_2013.pdf consultado 13/jun/2014
14. Von Martens A (2010), Carvajal JC, Leighon Y, Von Martens MI, Pinto L ; Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno; Revista Clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral, Vol. 3: 27-33: Chile.
15. Índice CPO (Piezas cariadas, perdidas y obturadas) desarrollado por Klein, Palmer y Knutson (1935), creado para conocer la incidencia de caries presente y pasada, originalmente en niños, hoy aplicado en población general por la OMS y las instituciones de salud más importantes en nuestro país.

Noticias

Damos la bienvenida a nuestros nuevos pasantes:

- Brenda Elizabeth González Ruiz - Lic. Médico Cirujano y Partero.
- Lizza Giovany Vela Montalvo- Lic. Enfermería.
- Susana De la Rosa Hernández.- Lic. Psicología.
- Seudy Nereyda Girón Velasco- Lic. Nutrición.

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



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

Puedes escribirnos a los siguientes correos electrónicos:
Dr. Javier E. García de Alba García (Jefe de la U.I.S.E.S.S.)
javier.garciaal@imss.gob.mx
Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha (Investigadora U.I.S.E.S.S.)
analeticia.salcedo@imss.gob.mx

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

- IMBIOMED
- DIALNET
- LATINDEX
- BENSON COLLECTION OF UNIVERSITY OF TEXAS LIBRARIES
- YAKULT.

ISSN y Certificados en trámite



Editora del Boletín

Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha

Editor Asociado

Dr. Javier Eduardo García de Alba García

Versión Electrónica

Martha Angélica Gallardo García

Consejeros Eméritos

Dr. Jorge Alonso Sánchez

Dr. Alejandro Bravo Cuellar

Dr. Luis Vargas Guadarrama

Consejo Editorial

Dra. Adriana Balderas Peña

Dra. Lourdes Ramírez Dueñas

Dra. Blanca Ramírez Hernández

Dra. Yesenia Peña Sánchez

Dra. Blanca Miriam Torres Mendoza

Dra. Refugio Torres Vitela

Comité Editorial Internacional

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

Dra. Raminta Danylatute, Univ. of Wrigth

Dr. David Hayes Bautista, UCLA

Dra. Susan C. Weller, Univ. of Texas

Directorio

Instituto Mexicano del Seguro Social

Director General

Lic. José Antonio González Anaya

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Javier Dávila Torres

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

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Coordinador de Educación en Salud

Dr. Salvador Cázares Queralto

Coordinador de Investigación Médica

Dr. Fabio Salamanca Gómez

Directorio

Delegación Jalisco del I.M.S.S.

Delegado Estatal

Dr. Marcelo Castillero Manzano

Jefe de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Cisneros Sandoval

Enc. Coordinación de Planeación y Enlace

Dra. Elsa Armida Gutiérrez Román

Jefe de la Unidad de Investigación Social,

Epidemiológica y de Servicios de Salud.

Dr. Javier E. García de Alba García

Agradecimientos:

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



www.yakult.mx

Corrección

Hugo Enrique González Reyes

Diseño Gráfico

Oscar Gregorio Gómez Vázquez

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

Por una sociedad más sana



Distribuidora Yakult Guadalajara S.A. de C.V.