

Memorias de Congreso

1er
Congreso
NACIONAL
de
Gerontología



**Vejez, interdisciplina y
calidad de vida**

Pachuca de Soto, Hidalgo, 18 y 19 de Octubre de 2010



Pero esta admirable ampliación del horizonte de la vida exige un tratamiento personal; cuando el hombre, en lugar de morir o de vegetar, ve su vida prolongada, tiene que buscarle contenidos satisfactorios: placer, argumentos, proyectos nuevos, evitación del aburrimiento; principalmente, equilibrio entre los recursos y los proyectos.

Julián Marías
Erudito y filósofo

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Humbeto Veras Godoy

Rector

Gerardo Sosa Castelán

Secretario General

José Luis Antón de la Concha

Director del Instituto de Ciencias de la Salud

Graciela Nava Chapa

Jefa del Área Académica de Medicina

Maribel Pimentel Pérez

Coordinadora de la Licenciatura en Gerontología

© Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Abasolo 600, Centro, Pachuca, Hidalgo, México. CP 42000.

Diseño y maquetación: Mirandeli Bautista Ávila y José Pérez Fernández

Prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por ninguna forma ni por ningún medio, sin el consentimiento previo y por escrito de los editores. Obra registrada en la Dirección General del Derecho de Autor de la Secretaría de Educación Pública.

ISBN: 978-607-00-3527-2

Índice

Prólogo.....19

RESÚMENES DE TRABAJOS ORALES

Ponencia 1.....23

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Cruz Oliva Ana Gabriela¹; González Ruíz Pablo Alonso¹; Hernández Medina Yuvia Idally¹; Ocaña Cipriano Maribel¹, Olvera Hernández Elena Guadalupe¹.

Ponencia 2.....29

BIOÉTICA, GERONTOLOGIA Y MEDICINA ANTIENVEJECIMIENTO

M.C.D. Orlando I. Piña Basulto.

Ponencia 3.....30

CAMBIOS HORMONALES EN EL ADULTO MAYOR

D. en C. Claudia C. Calzada Mendoza.

Ponencia 4.....31

RIESGOS CARDIOVASCULARES EN EL ADULTO MAYOR

D. en C. Ma. Del Carmen Castillo Hernández.

Ponencia 5.....32

MANEJO DIETOTERAPÉUTICO DE LAS ALTERACIONES HORMONALES Y VASCULARES EN EL ANCIANO

L.N. Carlos A. Jiménez Zamarripa.

Ponencia 6.....33

FARMACOTERAPIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS

Domínguez Trejo Claudia Verónica¹, Godínez García Karen Viridiana¹, Hernández de la Cruz Nereida¹, Mayorga Martínez Nazaret¹, Plata Otero Laura¹, Olvera Hernández Elena Guadalupe¹.

Ponencia 7.....40

LA NUTRICIÓN EN PACIENTES MAYORES

Olvera Hernández Elena Guadalupe¹, Chehue Romero Alejandro¹, Reynoso Vásquez Josefina¹, Flores Cerón Telma², Álvarez Chávez Angelina², Almaguer Vargas Georgina¹ y Montejano Rodríguez Ramón¹.

Ponencia 8.....47

EXPERIENCIA EN FORMACION DE NUCLEOS GERONTOLÓGICOS

Blanca Maura Rodríguez González.

Ponencia 9.....49

CALIDAD DE VIDA LABORAL EN EL ADULTO MAYOR

Claudia Helen Montaña Pérez, María del Rosario Trinidad Epifanio.

Ponencia 10.....55

LOS VALORES, UN ELEMENTO EN LOS EJES TRANSVERSALES DEL MODELO CURRICULAR INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Pimentel Pérez Bertha Maribel. Machorro Cabello Miguel Ángel, Valdez Fuentes Verónica.

Ponencia 11.....63

DIFERENTES FORMAS DE EXPERIMENTAR EL TRABAJO, DIFERENTES FORMAS DE EXPERIMENTAR EL DESEMPLEO. UNA APROXIMACIÓN A LA COMPLEJIDAD DE LA JUBILACIÓN Y LA REINSERCIÓN LABORAL EN LA EDAD MADURA

C.D. Ma. Del Rocío Pérez Rosas.

Ponencia 12.....68

ENFERMEDADES Y ALTERACIONES BUCALES FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR

Islas Granillo Horacio.

Ponencia 13.....69

GERONTOLOGÍA, CUIDADOR Y ADULTO MAYOR: SIGNIFICADO PSICOLÓGICO PARA ESTUDIANTES DE LA LIC. EN GERONTOLOGÍA

Heli Jesset Álvarez Hernández, Vera Denisse Suarez Guadarrama, Dora María Martínez Albarrán, Edith Gpe. Martínez Morales.

Ponencia 14.....70

GERONTOTECNOLOGÍA, FILOSOFÍA Y NEOLIBERALISMO

Edgar Jaime Blanco Campero.

Ponencia 15.....85

*IMPACTO DEL TABAQUISMO EN EL ADULTO MAYOR Y BENEFICIOS POR
DEJAR DE FUMAR*

Mtro. Alfonso Atitlán Gil. Área Académica de Nutrición.

Ponencia 16.....127

CONDICIONES LEGALES Y ECONÓMICAS DE LA VEJEZ

José Luis Uriona Hidalgo.

RESÚMENES DE TRABAJOS EN CARTELES

Cartel 1131

EL INSOMNIO Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Norma Enríquez Flores, Luisa Jiménez González, Betsaida Rosado Rovira.

Cartel 2131

CUIDANDO AL CUIDADOR

Mtra. Álvarez Chávez Angelina, Esp. Flores Cerón Telma, Mtra. Olvera Hernández
Elena Guadalupe Olvera Hernández.

Cartel 3132

*UTILIDAD DE LA IMAGEN CARDIOVASCULAR EN LA ESTRATIFICACIÓN
DEL RIESGO Y PRONÓSTICO DEL PACIENTE GERONTOLÓGICO*

Dr. Luis Jiménez Ángeles.

Cartel 4132

ALZHEIMER

Gladis Jazmín Contreras Hernández.

Cartel 5 133

AFASIA DE BROCA

Oscar Roberto Camacho Vite.

Cartel 6 134

PARKINSON

Viviana León Tapia.

Cartel 7 134

SEXUALIDAD EN LA TERCERA EDAD

Ana María Zamora Nájera.

Cartel 8 135

ENVEJECIMIENTO EXITOSO

Luis Gerardo Vargas Bautista.

Cartel 9 136

VÉRTIGO

Julia Analy Salazar Montiel.

Cartel 10 136

DEMENCIA

Adalid Torres González.

Cartel 11 137

FISIOTERAPIA EN OSTEOARTROSIS

Erasmus Bustamante Mar.

Cartel 12 138

DETERIORO COGNITIVO EN LA TERCERA EDAD

Fernández León Rodrigo.

Cartel 13 138

QUE ES UN GERONTOLOGO

Erick Angeles Preciado.

Cartel 14 139

ACTIVIDADES QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL ADULTO MAYOR PARA NO DEPRIMIRSE

Leslie Betzábeth Oliver, Guadalupe Castillo Lozano.

Cartel 15 140

HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA

Gabriela Cornejo Mota. Área académica de Medicina- Gerontología.

Cartel 16 140

MENTALIDAD DE UN ADULTO MAYOR

Paz Rubí Islas Ocadiz. Área Académica de Gerontología.

Cartel 17 141

PROBLEMAS PSICOLOGICOS EN LA VEJEZ

Blanca Isela Hernández Salazar. Área Académica de Gerontología.

Cartel 18 142

SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

Jorge Alan Tolentino Marticorena.

Cartel 19 142

MENOPAUSIA

Hernández Ortiz Luz Silvia.

Cartel 20 143

MITOS Y REALIDADES DE LA VEJEZ

Nayeli de la Cruz Cortés.

Cartel 21 144

EL ROL DEL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA

Dulce Lorena Martínez. Área Académica de Medicina-Gerontología.

Cartel 22144

AUTOESTIMA

Modesto Anaya Godínez.

Cartel 23145

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Aldo Erick Hernández Monroy.

Cartel 24146

DIABETES MELLITUS EN LA VEJEZ

Ana Elena Hernández Torrijos.

Cartel 25147

CUIDADOR ASISTENCIAL DEL ADULTO MAYOR

Olga Lidia Mendoza.

Cartel 26147

TRATAMIENTO PARA LA DESNUTRICION EN EL ADULTO MAYOR

Talía Rea Reyes.

Cartel 27148

MAL DE PARKINSON EN EL ADULTO MAYOR

Ana Estefanía Sánchez Martínez.

Cartel 28148

CROMOSOMA 4 “EL SECRETO DE LA LONGEVIDAD HUMANA

Gerardo Barragán.

Cartel 29149

TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ADULTO MAYOR

Tania Hernández Juárez y Julio Roldan.

Cartel 30150

ABANDONO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

Magnolia Guadalupe Flores Gaspar.

Cartel 31	151
COMORBILIDAD	
Anthony Iván Armenta Carrasco.	
Cartel 32	151
DISCRIMINACION EN LA VEJEZ	
Mariana Rojo Trejo.	
Cartel 33	152
OSTEOPOROSIS EN EL ADULTO MAYOR	
Tania Angeles Urbano.	
Cartel 34	153
PROCESO DE DUELO EN EL ADULTO MAYOR	
Juleth Elizabeth González Centeno.	
Cartel 35	154
RAZONES POR LAS CUALES LOS ADULTOS MAYORES PADECEN POLIFARMACIA Y LOS EFECTOS QUE ÉSTA PROVOCA	
Gabriela Penguelly Cruz.	
Cartel 36	154
FACTORES EN LA ALIMENTACION QUE ESTIMULA EL ESTADO ANIMICO CAUSANDO PLACER Y FELICIDAD EN EL ADULTO MAYOR	
Brenda Ileana Morales Aguirre.	
Cartel 37	155
COMO MANTENER EN BUEN ESTADO EL TEJIDO MAGRO EN ADULTOS MAYORES SALUDABLES	
Jonathan Gerardo Barrera García.	
Cartel 38	156
DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN EL ADULTO MAYOR	
Grecia Nefthalí Navarrete Álvarez.	

Cartel 39	156
<i>NUTRIENTES ESENCIALES EN EL ADULTO MAYOR SIN PATOLOGÍAS</i>	
Erika Venancia Montes Campa.	
Cartel 40	157
<i>RECOMENDACIONES PARA MANTENER UNA LA SALUD ÓSEA EN EL ADULTO MAYOR CON OSTEOPOROSIS</i>	
Gustavo Adán Maruri Vázquez.	
Cartel 41	158
<i>CONSUMO IDEAL DE FIBRA EN LA DIETA DEL ADULTO MAYOR</i>	
Alina Guadalupe Cornejo Hernández.	
Cartel 42	158
<i>ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN ADULTOS MAYORES, COMO CONSECUENCIA DE UNA MALA ALIMENTACIÓN</i>	
Nidia Sarai Martínez Tapia.	
Cartel 43	159
<i>IMPORTANCIA DEL CALCIO EN EL ADULTO MAYOR</i>	
Alma Hernández García.	
Cartel 44	160
<i>HABITOS PARA ENVEJECER CON UNA BUENA SALUD, DIA A DIA DISMINUYENDO PATOLOGIAS</i>	
Debbie López García.	
Cartel 45	161
<i>TERCERA EDAD Y SUS DERECHOS HUMANOS</i>	
Lizbeth Sauza Vázquez.	
Cartel 46	161
<i>ENFERMEDAD DE GOTA EN EL ADULTO MAYOR</i>	
Nadia Cruz López	

Cartel 47	162
<i>TIPOS DE CANCERES QUE PUEDEN DISMINUIR SU INCIDENCIA MEJORÁNDO LA ALIMENTACION DEL PACIENTE</i>	
Elia Lizeth Chapa González	
Cartel 48	162
<i>NUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR</i>	
Alejandra González Amador.	
Cartel 49	163
<i>LA BUENA ALIMENTACION: FUENTE DE UNA BUENA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES</i>	
Vianey Paredes Islas.	
Cartel 50	164
<i>IMPORTANCIA DE ALIMENTOS FUNCIONALES EN LA DIETA DE LOS ADULTOS MAYORES</i>	
Yessica Ibarra Hernández.	
Cartel 51	164
<i>ACTIVIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR</i>	
Carmen Candelaria González Flores.	
Cartel 52	165
<i>ACTIVIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR SIN PATOLOGIAS</i>	
Juan José Chilino Suárez.	
Cartel 53	166
<i>EFFECTOS DE LA COMPAÑÍA FAMILIAR PARA LOS ADULTOS MAYORES</i>	
Laura Almaraz Moctezuma.	
Cartel 54	166
<i>CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ADULTO MAYOR</i>	
Iván García Bautista.	

Cartel 55	167
<i>ARTRITIS REUMATOIDE</i>	
Serrano Monzalvo Mayra.	
Cartel 56	168
<i>BENEFICIOS DE LA AVENA EN LA DIETA DE UN ADULTO MAYOR</i>	
Claudia Arteaga.	
Cartel 57	168
<i>TROMBOSIS VENOSA</i>	
Roxana Aida Herrera Pérez.	
Cartel 58	169
<i>HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA</i>	
Gabriela Cornejo Mota.	
Cartel 59	169
<i>LA DEPRESION Y SUS FACTORES EN CAMPECHE</i>	
M. Espinosa – Morales ¹ , H. Arian Brito Avilez ¹ , L. Antonio Salinas Santos ² , E. de Jesús González Reyes ³ , N. del Rosario Lara Pool ⁴ .	
Cartel 60	170
<i>AUTOESTIMA</i>	
Anaya Godínez Modesto, M. Bertha Maribel Pimentel Pérez.	
Cartel 61	171
<i>PATOLOGIAS URBANAS. UN ENFOQUE DE LA VEJEZ</i>	
Hernández Hernández G, Rodríguez Ibarra Francisco J ¹ , Percastegui Castillo Ana L.A, Cariño Cortés Raquel.	
Cartel 62	172
<i>LA GERONTOLOGÍA PREVENTIVA, UNA VACUNA EMERGENTE PARA LA SOCIEDAD MEXICANA</i>	
Labra Cruz Laura E ¹ , Islas Cruz Esther L., López Hernández Esteban G., Monzalvo Robles Y., Cariño Cortés Raquel.	

- Cartel 63**172
LA EDUCACIÓN INTEGRAL, BASE PARA UNA BUENA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR
Carrasco Álvarez Karina R., García López María del C., Ortiz Aguilar Rosa M., Cariño Cortés Raquel.
- Cartel 64**173
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
Soto Azuara Jesús U, Barrera Aguilar Zoara D, Pérez Ramírez Diego.
- Cartel 65**174
TIPS DE ALIMENTACIÓN Y CONSEJOS PARA EL CUIDADO DE LAS PRÓTESIS TOTALES
Escorza Roldán María Guadalupe, Justúe Esparza Patricia, Islas Ocadiz Iris Sol del Rocío, Quezada Juárez Dulce María, Ramírez Hernández Ana María. Odontología 7^o2.
- Cartel 66**174
ORIENTACION NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR
Karla Guerra.
- Cartel 67**175
NUTRICION RELACIONADO CON EL ALZHEIMER
Karla Angélica Maldonado Zamudio.
- Cartel 68**176
GERONTOLOGÍA VS GERIATRÍA
Sánchez Guzmán José A, Méndez Díaz José A, Cervantes Lango Francisco, Cazares López Liliana, Martínez Lazcano M.
- Cartel 69**177
UNA SANA NUTRICIÓN PARA UNA BUENA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR
García Chávez Brenda A¹, Martínez Olguín Suluay, Velázquez Rodríguez G.
- Cartel 70**177
DUELO EN EL ANCIANO
Edgar Jaime Blanco Campero.

Prólogo

La vejez es el último tramo de la existencia humana. En ese período ha brillado, en muchas ocasiones como nunca, el genio del artista, la lucidez del intelectual, la sabiduría, en definitiva, de quienes han recorrido un largo camino de emociones y saberes.

El envejecimiento de la población supone un nuevo escenario económico, cultural, social y asistencial. Es cierto que los ancianos consumen cada más recursos en visitas médicas, ocupación de camas hospitalarias, gastos farmacéuticos, etc... No obstante el uso que hacen de muchos de estos recursos parece ser más racional y adecuado que en la población joven.

La vejez se acompaña de un mayor número de padecimientos que muchas veces coexisten a la vez. Además la expresión de las enfermedades en los ancianos es distinta. Así mismo existe una alta frecuencia de procesos degenerativos como deterioro cognitivo, enfermedades cardiovasculares, cáncer, limitaciones del aparato locomotor. Estos procesos degenerativos establecidos de forma crónica y perenne junto con la presencia de caídas, accidentes o alteraciones de los sentidos de la vista y oído llevan a un final común en muchos ancianos que es la invalidez y la dependencia.

Hay que tener en cuenta sin embargo que envejecer no es lo mismo que enfermar y buenos ejemplos hay de ello en sujetos que consiguen "envejecer con éxito".

Por la estructura y forma de desarrollo de los temas, es un texto práctico, conciso y denso en conocimientos, en el que cualquier profesional de la salud y estudiantes, podrán encontrar cuanto necesiten saber y responder sobre los conocimientos de la gerontología.

RESÚMENES DE TRABAJOS ORALES

ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Cruz Oliva Ana Gabriela¹; González Ruíz Pablo Alonso¹; Hernández Medina Yuvia Idally¹; Ocaña Cipriano Maribel¹, Olvera Hernández Elena Guadalupe¹.

¹Área Académica de Farmacia, Instituto de Ciencias de la Salud, UAEH.

Introducción:

El envejecimiento de la población impone un desafío en el ámbito médico, familiar y social, ya que los adultos mayores requieren especial atención desde el punto de vista clínico, mental, social y funcional.

La atención geriátrica integral, es brindada por geriatras quienes evalúan estas cuatro áreas en el adulto mayor. La cual requiere de esfuerzos coordinados de varios profesionales de la salud que funcionen como un equipo multidisciplinario.

El rol que cumple el farmacéutico en los equipos multidisciplinarios es promover el uso racional de los medicamentos, incluyendo prevenir la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados al anciano, evitar los errores en la medicación que provoquen incumplimiento, falta de efectividad y/o seguridad relacionada con la farmacoterapia, entre otras actividades.

Entre las principales causas de los problemas relacionados con medicamentos (PRM) en el adulto mayor se encuentra la polifarmacia, considerada por la OMS como la administración concomitante de 5 o más medicamentos. En el contexto de pacientes geriátricos hospitalizados, el número mínimo de fármacos utilizados puede variar e incluir más de 10 medicamentos diferentes.

Debido a que el paciente geriátrico está más expuesto a la polifarmacia y con regímenes de administración habitualmente muy complicados, son más frecuentes los errores de medicación.

Un estudio realizado en una sala de un hospital norteamericano demostró que los errores de medicación aumentan significativamente en los pacientes que reciben más de 5 medicamentos.

Asimismo, los errores de medicación potencialmente pueden conducir a un empeoramiento de la salud del paciente, a la no recuperación o a un problema relacionado con medicamento.

Por otro lado, se ha demostrado que la participación de un farmacéutico clínico en el equipo de salud reduce significativamente los errores de medicación y los PRM, aumentan en un 60% los resultados clínicos favorables, además de disminuir los costos de morbilidad y mortalidad por medicamentos.

Objetivos:

Detectar, prevenir y resolver problemas relacionados con medicamentos (PRM) en el paciente geriátrico.

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica en fuentes primarias, secundarias y terciarias, centrándose en los capítulos dedicados a la geriatría, en páginas web relacionadas a farmacia hospitalaria.

El trabajo se estructura en los apartados siguientes:

- Antecedentes de la Atención Farmacéutica

- Definición de Atención Farmacéutica
- Atención Farmacéutica Geriátrica
- El Farmacéutico en la Atención Farmacéutica Geriátrica
- El rol del Farmacéutico.

a. Antecedentes de la Atención Farmacéutica

Los antecedentes más remotos de la atención farmacéutica, traducción libre del término Pharmaceutical Care, se encuentra; En 1975, R. L. Mikeal y cols. Definieron la atención farmacéutica como “La atención que un paciente concreto requiere y recibe que garantiza el uso seguro y racional de los medicamentos”. En 1980, de nuevo Brodie y cols. Consideraron que la atención farmacéutica incluye la determinación de las necesidades de los pacientes. A partir de ese momento el nuevo concepto propuesto comenzó a adquirir relevancia entre los farmacéuticos.

La definición de Hepler y Strand.

La definición surge en el debate de la “Conferencia sobre las instituciones para la practica de farmacia clínica”(conferencia de Hilton Head, 1985). En este evento C. D. Hepler esbozo las líneas maestras de una nueva filosofía profesional farmacéutica, a la que posteriormente denominó Pharmaceutical Care (Atención Farmacéutica).

Hepler en 1987, describió la atención farmacéuticas como “una relación adecuada entre un paciente y un farmacéutico, en la que este último realiza las funciones de control del uso de medicamentos basándose en el conocimiento y en el compromiso respecto en el interés del paciente”. En 1990, Hepler y Strand publicaron un interesante y oportuno artículo en el que establecen las bases definitivas de la misma. Estos autores parten de una reflexión y proponen una definición. La reflexión: “La atención Farmacéutica es aquel componente del ejercicio profesional de la farmacia que comporta una interacción directa del farmacéutico con el paciente con el fin de atender a las necesidades de éste en relación con los medicamentos”. La definición “Atención Farmacéutica es la provisión responsable del tratamiento farmacológico con el propósito de alcanzar unos resultados que mejoren la calidad de vida del paciente”.

Estos resultados son:

- a. Curación de la enfermedad
- b. Eliminación o reducción de la sintomatología del paciente
- c. Interrupción o ralentización del procedimiento patológico
- d. Prevención de una enfermedad o de una sintomatología.

Informe De la Organización Mundial de la Salud.

En 1993, la OMS emitió el siguiente informe acerca de la atención farmacéutica: “la atención farmacéutica es un concepto de práctica profesional en la que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico. Es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente”.

b. Definición de Atención Farmacéutica.

El documento Consenso Sobre Atención Farmacéutica, Ministerio de Sanidad y Consumo (2001).

Atención Farmacéutica. “Atención Farmacéutica es la participación del de un tratamiento farmacoterapéutico, cooperando así con el médico y otros profesionales sanitarios a fin de conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente.

También conlleva la implicación del farmacéutico en actividades que proporcionen buena salud y prevengan las enfermedades.

Elementos que integran la AF

- Dispensación
- Consulta o indicación farmacéutica
- Seguimiento Farmacoterapéutico
- Educación para la salud.

c. Atención Farmacéutica Geriátrica.

La necesidad de una atención farmacéutica especializada, aplicada a los pacientes mayores, es evidente por varias razones:

1. El grupo de mayores representa, en la actualidad, el principal usuario de los servicios asistenciales farmacéuticos.
2. Los factores personales, tales como las características genéticas y conductuales, régimen dietético, enfermedades subyacentes o actuales o actuales, hábitos sociales (tabaco, alcohol), factores ambientales, etc.
3. Suelen ser pacientes polimedicados (riesgo elevado de sufrir problemas relacionados con los medicamentos), debido a la pluripatología presente, con tendencia a la cronicidad y a la aparición de incapacidades.
4. La frecuencia de las reacciones adversas a los medicamentos en los ancianos es bastante mayor que en los adultos, siendo la incidencia superior en la mujer.
5. Son personas que presentan dificultades añadidas en la comprensión de la enfermedad y en el manejo de medicamentos, debido a una autonomía limitada (dificultades audiovisuales, de movimiento, de percepción, etc.).
6. Las peculiaridades fisiológicas y farmacológicas, de la vejez.
7. Un porcentaje elevado depende de terceras personas (familiares, cuidadores) que deben estar informados e implicados en el proceso de utilización de medicamentos, especialmente en la administración de los mismos para evitar el riesgo de incumplimiento.
8. La automedicación, frecuente en el colectivo mayor, debe de ser vigilada, orientada y asistida por el farmacéutico.
9. La necesidad de colaboración con el equipo geriátrico interdisciplinar.
10. La necesidad de implicarse en proyectos de investigación, especialmente los relacionados con el consumo de medicamentos.

d. El Farmacéutico en la Atención Farmacéutica Geriátrica.

El farmacéutico va a ser el encargado de realizar una correcta evaluación de los Problemas Relacionados a los Medicamentos (PRM) en pacientes geriátricos valorando los datos generales del paciente, los medicamentos que está recibiendo o ha consumido, cumplimiento de los tratamientos prescritos, automedicación, análisis complementarios, hábitos tóxicos, alergias o hipersensibilidad a ciertos fármacos y/o alimentos, actividad física y otros factores que modifiquen la relación paciente / medicamento.

En base a ello el farmacéutico puede proporcionar un método de trabajo, para que pueda ser realizado

de forma continua, sistemática y documentada.

El método farmacoterapéutico más empleado es el método Dáder en donde se exponen los problemas de salud que presenta y los medicamentos que utiliza con el fin de identificar los problemas relacionados a medicamentos (PRM) e intervenir con el fin prevenir o resolver los PRM y culmina con la evaluación de los resultados obtenidos.

La Clasificación Dáder sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

Necesidad de que los medicamentos estén indicados:

PRM 1. El paciente no usa los medicamentos que necesita

PRM 2. El paciente usa medicamentos que no necesita.

Necesidad de que los medicamentos sean efectivos:

PRM 3. El paciente usa medicamentos, que estando indicado para su situación, está mal seleccionado.

PRM 4. El paciente usa una dosis, pauta y/o duración inferior a la que necesita de un medicamento correctamente seleccionado.

Necesidad de que los medicamentos sean seguros:

PRM 5. El paciente usa una dosis, pauta y/o duración superior a la que necesita del medicamento correctamente seleccionado.

PRM 6. El paciente usa un medicamento que le provoca una reacción adversa (RAM)

Características del paciente anciano:

- Pluripatología (Patologías que predominan en el paciente anciano)
- Polimedicación. Factores que se asocian:
- N° de diagnósticos al ingreso
- Intervención de varios prescriptores
- Distintos lugares de residencia del paciente

Consecuencias derivadas de la polimedicación:

- Fármacos de baja utilidad terapéutica (UTB)
- Fármacos no indicados (PRM 2)
- Fármacos inapropiados (PRM 3)

Efectos derivados de la polimedicación:

- Reacciones adversas (PRM 6)
- Interacciones
- Incumplimiento terapéutico (PRM 1) (PRM 4) (PRM 5)

Propuesta de soluciones para evitar un consumo excesivo de fármacos:

- Valoración integral de los pacientes
- Garantizar la continuidad entre los distintos niveles asistenciales
- Asegurar una buena adherencia al tratamiento

De acuerdo al método establecido se detectan problemas sobre incumplimiento en su tratamiento los factores varían de acuerdo a las características del paciente, del tratamiento o del diagnóstico.

Respecto al incumplimiento por las características del paciente se debe a la edad y el género en donde se registra un mayor índice de incumplimiento en mujeres geriátricas; respecto al tratamiento farmacológico se debe a una politerapia entre los medicamentos que ocasionan más problemas para los pacientes geriátricos es el grupo de antihipertensivos, psicolepticos, bloqueantes de los canales de calcio, medicamentos para la terapia cardiaca, anticoagulantes y antidiabéticos.

e. El rol del Farmacéutico.

El farmacéutico interviene y realiza un esquema educativo sobre el uso correcto de su medicamento e incluye lo siguiente:

1. Conocer la patología del paciente geriátrico
2. Dar medidas de prevención y/o control de la patología al paciente y a la persona que está a cargo de ella ya sea el familiar que lo cuida o la enfermera.
3. Explicar la razón de la indicación de su medicamento.
4. Objetivos del tratamiento farmacológico.
5. Tratamientos no farmacológicos.
6. Tratamiento farmacológico.
 - a. Nombre comercial y/o genérico del medicamento.
 - b. Indicación y/o acción esperada.
 - c. Indicar la vía de administración, dosis, intervalo, horarios de administración
 - d. Indicaciones de preparación y administración.
 - e. Precauciones al tomar el tratamiento
 - f. Reacciones adversas más frecuentes y conductas a seguir ante dicha situación.
 - g. Interacciones
 - h. Conservación
 - i. ¿Qué debe hacer en caso de que se ha olvidado una dosis?

Conclusión:

La atención farmacéutica surge como una respuesta a una necesidad social, basada en obtener el máximo beneficio de la farmacoterapia del paciente, requisito para una atención sanitaria de calidad.

Esta actividad es llevada de mediante el seguimiento farmacoterapéutico del paciente geriátrico mediante el método de Dáder ya que las actividades del farmacéutico que desempeña con el paciente

geriátrico son:

- 1.- La persona mayor tiene problemas de comunicación, comprensión, atención y memoria lo que incrementa enormemente su tendencia a la ansiedad y confusión. Ello explica también que se cansen pronto de colaborar con el farmacéutico, lo que dificulta la confección de su historia farmacológica o el análisis de sus problemas sociales.
- 2.- Ciertas enfermedades propias de la ancianidad-insuficiencia cardiaca y respiratoria disminuyen la perfusión cerebral, lo que hace descender la oxigenación de las células nerviosas y por ende, provocan alteraciones psíquicas (delirio, confusión, falta de colaboración y depresión)
- 3.- El estrés de una reciente hospitalización puede conducirles a compartimentos psicopatológicos: demencia, crisis de angustia, síndromes confusionales etc.
- 4.- La búsqueda de una adaptación al medio sanitario les puede llevar a conductas agresivas o bien regresivas.
- 5.- La conducta contradictoria es muy común en las personas mayores y más cuando han estado hospitalizados lo que supone una potencial fuente de conflicto en sus relaciones sociales con el personal sanitario incluido el farmacéutico y familiares.
- 6.- La somatización es un fenómeno frecuente, producto de su estrés: dolor de pecho, estreñimiento, pesadez abdominal... en ocasiones enmascara un síndrome depresivo.
- 7.- A muchas personas mayores hospitalizados no les gusta salir del hospital por sentirse mejor atendido que en su domicilio y recibir más afecto que el de los suyos.
- 8.- A menudo las personas mayores pasan largas temporadas en cama; esta situación favorece la formación de contracturas articulares, osteoporosis, hipercalcemia, estreñimiento y problemas respiratorios.
- 9.- La falta de apetito es frecuente en el paciente mayor hospitalizado, se debe a razones muy diversas que conviene identificar: estancia hospitalaria, hipocondría, cáncer, depresión etc.

De acuerdo a ello el farmacéutico toma medidas para educar al apaciente geriátrico así como a la persona que lo cuida.

Bibliografía

- <http://www.proescuela.com/ARCHIVOS%20SISTEMA/AF%20ARCHIVOS/CURSO%20DE%20AF%20SFH/AF%20GERIATRIA.pdf>
- <http://www.unav.es/master/geriatria/>
- Herrera, J., Montero, J.C., (2005). Atención Farmacéutica en Geriatria. Ed. Elsevier, 1ª edición, Madrid España., pag. 4-49
- Herrera, J., (2003). Manual de Farmacia Clínica y Atención Farmacéutica. Ed. Elsevier, 1ª edición, Madrid España., pag 7-15,397.
- Arriola E. (2000). Entorno Sociosanitario. Utilidad de la valoración integral para la asignación de recursos. 9º Curso de Geriatria "Ciudad de San Sebastián".

BIOETICA, GERONTOLOGIA Y MEDICINA ANTIENVEJECIMIENTO

M.C.D. Orlando I. Piña Basulto.

Universidad Mesoamericana de San Agustín, Mérida, Yucatán.

E-mail: gerontologia@umsa.edu.mx

Los temas sobre bioética, gerontología y medicina anti envejecimiento son relativamente recientes en Latinoamérica. En la formación de personal profesionalizado de gerontología es necesario abordar estos temas, sobre todo el de bioética gerontológica, para contraponer a la avalancha de programas, actitudes y tecnologías dirigidas a la creciente población adulta mayor, incluyendo algunas áreas de la medicina, donde el aspecto ético no es un punto clave sino es soslayable. Es un hecho el envejecimiento poblacional, como también lo es el incremento en la demanda de servicios médico-asistenciales, de la pobreza y de la escasez de recursos. A nivel de políticas públicas, la asignación de recursos y de la población a quien va dirigida estos recursos se vuelve un tema bioético. La satisfacción o grado de bienestar no tiene un límite, porque cuando se alcanza equis grado, se aspira a tener uno mejor. Si se abandona el campo bioético, se ahondarán las diferencias entre una gran mayoría de adultos mayores demandantes de servicios básicos sociosanitarios y un pequeño segmento económicamente superior, que demandará productos y servicios “antienvejecimiento”, para quienes las compañías farmacéuticas e incluso las de investigación biotecnológica, destinarán millonarios recursos. No es lo mismo el enfoque de considerar a la SALUD como un derecho humano básico, con el antagónico de considerar a la SALUD como una mercancía más en un mundo de publicidad y consumismo.

CAMBIOS HORMONALES EN EL ADULTO MAYOR

D. en C. Claudia C. Calzada Mendoza.

Escuela Superior de Medicina-Instituto Politécnico Nacional.

Email: ccalzada@ipn.mx

El aumento en la expectativa de vida promueve que la población adulta sea mayor cada día, esto tiene importantes implicaciones en el ámbito de la salud, ya que se presentan patologías que no se observan con frecuencia en otras etapas. Con la edad, los órganos y tejidos sufren alteraciones funcionales, sin embargo, existe un evento puntual que contribuye de manera importante a la calidad de vida en la vejez, esto es el “hipogonadismo debido a la edad” que se presenta tanto en mujeres como en hombres, en cuyos casos se denominan menopausia y andropausia, respectivamente. El hipogonadismo se presenta alrededor de los cincuenta años y se caracteriza por la disminución en la función de las gónadas (ovarios en el caso de la mujeres y testículos en el caso de los hombres), hecho que reduce la producción de hormonas tales como estrógenos y andrógenos, lo que induce alteraciones metabólicas que llevan a enfermedades crónicas.

Son muchas las enfermedades que se observan en la vejez, sin embargo, se pueden analizar cuando se parte del estudio de las primeras alteraciones evidentes que surgen en la menopausia y la andropausia, por ejemplo las mujeres presentan distribución de grasa abdominal tipo androide que lleva a desarrollar resistencia a la insulina, síndrome metabólico, hipertensión, diabetes, osteoporosis y depresión. En cuanto a los hombres, las alteraciones que se observan son debilidad muscular, aumento en el tejido adiposo, osteoporosis, depresión y dislipidemias que incrementan el riesgo de sufrir infartos aún más del que presentan incluso antes de la andropausia. El tratamiento adecuado del hipogonadismo a causa de la edad debe involucrar medidas terapéuticas a diferentes niveles como el nutricional, ambiental y farmacológico, con la finalidad de disminuir la frecuencia e intensidad de las patologías en la tercera edad.

RIESGOS CARDIOVASCULARES EN EL ADULTO MAYOR

D. en C. Ma. Del Carmen Castillo Hernández.
Escuela Superior de Medicina-Instituto Politécnico Nacional.

Email: ccastillohe@yahoo.com.mx

Las enfermedades cardiovasculares en el adulto mayor son la principal causa de morbi-mortalidad, siendo en un inicio mayor el porcentaje en el hombre que en la mujer, sin embargo, esta diferencia se pierde cuando la mujer entra en la menopausia, debido a cambios endocrinos. Además de la influencia hormonal que predispone al adulto mayor a presentar enfermedades cardiovasculares existen otros factores como son el tipo de alimentación que se ha tenido a lo largo de la vida, así como si se realiza de forma cotidiana algún tipo de ejercicio ó el hábito tabáquico, entre otros. De tal manera que podemos observar que los factores predisponentes de las enfermedades cardiovasculares en el adulto mayor son diversos, tales como son el sobrepeso; la activación de sistemas reguladores como el sistema renina-angiotensina-aldosterona y la disfunción endotelial, que dan como resultado la inhibición de la liberación del óxido nítrico, el cuál juega un papel importante en la regulación del efecto contráctil a nivel vascular. Estos cambios entre otros participan en el desarrollo de la hipertensión y sus complicaciones como la enfermedad vascular cerebral y la isquemia cardíaca.

El paciente adulto mayor vive una serie de cambios tanto fisiológicos como emocionales, es importante el que se continúen realizando estudios en donde se valoren todos estos cambios desde el punto de vista molecular, fisiológico y clínico, los cuales nos permitirán conocer con más detalle los procesos fisiopatológicos que va sufriendo el ser humano en el transcurso de los años de vida y con poder brindar una mejor atención al paciente, dándole una mejor terapia farmacológica.

***MANEJO DIETOTERAPÉUTICO DE LAS ALTERACIONES
HORMONALES Y VASCULARES EN EL ANCIANO***

L.N. Carlos A. Jiménez Zamarripa.

Hospital Psiquiátrico “Samuel Ramírez Moreno” Servicios de Atención Psiquiátrica-Secretaría de Salud.

Email: carlosajz@msn.com

El adulto mayor requiere consumir menos kilocalorías que los adultos jóvenes, por lo que se recomienda utilizar las fórmulas de la FAO-OMS o las de Mifflin-St Jeor, ya que no subestiman las necesidades de gasto energético basal en los adultos mayores, asimismo, hay que sumar la actividad física y el efecto termogénico de los alimentos, con esto se obtiene el gasto energético total, lo cual permite observar que a diferencia de los adultos jóvenes, en los ancianos se reduce la cantidad de alimentos consumidos a lo largo del día, siendo importante consumir 3 comidas principales y 2 colaciones, estas últimas de preferencia deben ser ricas en fibra, las cuales pueden obtenerse a base de frutas, verduras o cereales integrales. Para una adecuada calidad de vida, se tiene que promover el uso del “Plato del bien comer”, así como la ingesta de alimentos ricos en calcio (se recomienda consumir 1200mg en el adulto mayor), para evitar descalcificación ósea y para disminuir el riesgo vascular es importante reducir la ingesta de sodio, de grasas saturadas, así como de hidratos de carbono simples, aumentar el consumo de fibra y grasas mono y poliinsaturadas, haciendo énfasis en el consumo de oleaginosas para aporte de dichas grasas, así mismo es relevante promover la actividad física que conlleve a mantener un peso adecuado, pues de acuerdo a la OMS, México tiene el segundo lugar de sobrepeso y obesidad en adultos y en este mismo sentido es preciso tener en cuenta las cifras de desnutrición que según la ENSANUT 2006, indican un crecimiento en dicho problema. Por otra parte, además de la calidad nutricional de la dieta, se debe considerar su consistencia, para adecuarla a los cambios fisiológicos de este grupo etario, así como considerar las costumbres culturales, para no interferir con la aceptación del régimen alimenticio y de esta manera lograr un equilibrio entre las necesidades de la persona y la dieta que consume.

FARMACOTERAPIA EN PACIENTES GERIÁTRICOS

Domínguez Trejo Claudia Verónica¹, Godínez García Karen Viridiana¹, Hernández de la Cruz Nereida¹, Mayorga Martínez Nazaret¹, Plata Otero Laura¹, Olvera Hernández Elena Guadalupe¹.

¹Area Académica de Farmacia, Instituto de Ciencias de la Salud, UAEH

Introducción:

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, esperado de manera ineludible, que se presenta de forma progresivamente gradual con ciertos cambios morfológicos y fisiológicos que son una manifestación del tiempo sobre los seres vivos. Con los adelantos en la atención médica y el mejoramiento de las condiciones de vida es indiscutible que existe un cambio en la pirámide poblacional, ya que actualmente tenemos un estrato constituido por individuos de 65 o más años de edad, llamados «ancianos» o «grupo de la tercera edad»

Cada día la población de ancianos aumenta más que el resto de grupos etarios y continuará en ese sentido durante los siguientes años. Actualmente una de cada 10 personas tiene 60 o más años de edad. Se espera que en el año 2050 la población con individuos mayores de 65 años se cuadruplica y se apreciará que uno de cada cinco sujetos tendrá 60 o más años.

En México, el proceso de envejecimiento fue gradual y lento en el siglo veinte; en 1950 la población sumaba cerca de 27 millones de personas y sólo 4.2% de ellos contaban con 65 años o más. Para 1970 la población se había duplicado a 50.8 millones de habitantes y la población de 65 o más años era de un poco más de dos millones de personas. En el año 2000, 6.8% de la población eran adultos mayores. De acuerdo con las cifras de CONAPO, la sociedad mexicana ha comenzado a crecer, siendo la proporción actual de personas de 65 o más años ligeramente superiores al 5%.

Las especiales características del paciente geriátrico, en el que confluyen por un lado, los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico con declinar paulatino de la funcionalidad de órganos y sistemas, disminución de la reserva funcional y alteración a precario de la homeostasia del organismo, aumentando su vulnerabilidad ante situaciones de estrés o enfermedad y, por otro lado, la especial forma de presentación de la enfermedad en este grupo etario, hace necesaria una sustancial modificación de los modelos de valoración clínica o biológica utilizados tradicionalmente sin distinción de edad.

Una importante proporción de fármacos consumidos por los ancianos son poco eficaces para las indicaciones teóricas a las que están destinados, ya que todavía existen pocos tratamientos curativos de las enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas, siendo la terapéutica normalmente sintomática. Este motivo conduce al uso y consumo de múltiples medicamentos que, debido a las especiales condiciones farmacocinéticas y farmacodinámicas de estos pacientes, producen un elevado número de reacciones adversas, que están en relación directa con el número de fármacos consumidos. Otras consecuencias negativas provocadas por el uso de fármacos son debidas a los cambios fisiológicos y morfológicos que ocurren en el proceso de envejecimiento, y a la pluripatología característica de este grupo de edad.

La terapia con fármacos en el paciente geriátrico se complica por dos mecanismos básicos:

1. Cambios en la farmacodinamia (el efecto de los fármacos en el cuerpo), manifestada como un aumento en la respuesta del fármaco debido a cambios en la sensibilidad a nivel de un receptor

2. Cambios farmacocinéticos (el efecto del cuerpo hacia los fármacos), la cual puede alterar la biodisponibilidad de los fármacos. Estas alteraciones relacionadas con la edad incluyen Alteraciones en la absorción, distribución, biotransformación, unión a proteínas y tejidos, eliminación y cambios en la sensibilidad de los receptores.

Existe una estrecha relación entre la asociación y simultaneidad de enfermedades crónicas en el anciano y el consumo elevado de fármacos. Es importante considerar, que son múltiples los factores que pueden llevarle a consumir varios medicamentos concomitantes, por lo que será necesario evaluar aspectos como, la capacidad funcional, el estado físico, el nivel de salud percibido, el sexo y el nivel socioeconómico y cultural.

Objetivo:

Determinar el consumo de fármacos en el anciano, los factores asociados a la polifarmacia basados en las principales patologías que presenta este grupo de edad.

Materiales y Métodos:

Se realizó una revisión en fuentes terciarias actualizadas, reuniendo información en relación a pacientes geriátricos, sus principales patologías y su terapia farmacológica. Las fuentes secundarias fueron distintas páginas web como Secretaria de Salud, COFEPRIS, Medline utilizando las siguientes palabras clave: paciente geriátrico, patologías en ancianos, fármacos en ancianos, terapia farmacológica en paciente geriátrico.

El documento se estructura de la siguiente forma:

- Patologías que predominan en el paciente anciano (Pluripatología y polimedicación)
- Factores que se asocian a la Polimedicación.
- Propuesta de soluciones para evitar el consumo excesivo de medicamentos.
- Fármacos Inadecuados.
- Efectos derivados del consumo excesivo de medicamentos (Reacciones Adversas)

a. Patologías que predominan en el paciente anciano (Pluripatología y Polimedicación)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como anciano a toda persona con 60 o más años de edad. El envejecimiento comienza a los 30 años cuando se inician cambios biológicos celulares en todo el organismo. El envejecimiento fisiológico provoca una declinación lineal en las reservas orgánicas y sistemas de homeostasis, especialmente en los sistemas cardíaco, pulmonar y renal. Estos cambios relacionados con la edad son afectados por muchas variables que incluyen causas genéticas, estilos de vida, actividad física y enfermedades coexistentes. Existe evidencia convincente que un estilo de vida saludable atenúa la atrofia ósea muscular y otros cambios en los sistemas orgánicos que se observan comúnmente en los ancianos.

Los efectos anatómicos y fisiológicos que se producen presentan un conjunto de características y desafíos en su tratamiento muy diferentes a las que encontramos en los jóvenes o adultos medios: hipotermia, deshidratación, problemas electrolíticos, cambios de volumen por pérdidas en terceros espacios, funciones renal y cardíacas disminuidas y variaciones farmacodinámicas son puntos que llegan ser importantes en la planificación del cuidado para el adulto mayor, la presencia de enfermedades crónicas que deben estabilizarse para llevar al cabo la intervención propuesta requiere de preparaciones más complejas ya sean médicas, quirúrgicas y de enfermería.

La mayoría de las patologías crónicas se desarrollan en las personas de los setenta o más años. Aunque cuentan con diversos factores de riesgo, la mortalidad postoperatoria es bastante baja porque

tenemos mayor conocimiento sobre el envejecimiento y mejores técnicas quirúrgicas, anestésicas y de monitorización. En el pasado la cirugía geriátrica fue considerada como un gran reto lleno de enormes riesgos.

En México los resultados clínicos relevantes como enfermedad, discapacidad y muerte tienden a concentrarse de manera creciente en los adultos mayores y se deben a padecimientos no transmisibles, ya que de acuerdo a las estimaciones de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones; y de ellas 53% son en los mayores de 65 años. El descenso de la mortalidad general, que pasó de 16 defunciones por 1,000 habitantes en 1950 a 4.4 por 1,000 en 2005, produjo un importante incremento de la esperanza de vida, que pasó de 49.6 años en 1950 a 78 años en las mujeres y 73 años en los hombres en el momento actual.

Después de los 65 años de edad las tasas de mortalidad se incrementan de manera importante (4,697 por 100,000 habitantes). Las muertes en este grupo de edad se deben sobre todo a diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades hipertensivas y tumores.

Aunque las causas de muerte son semejantes en hombres y mujeres, el riesgo de morir por diabetes es mayor en las mujeres, al igual que por enfermedades hipertensivas, mientras que el riesgo de morir por enfermedades isquémicas del corazón, EPOC y cirrosis es mayor en los hombres. Es probable que estas diferencias se deban a diferencias en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaquismo, mucho más marcadas en las generaciones que hoy tienen 65 años y más.

En la actualidad los mayores de 65 años representan el 19% de la población, pero son los principales consumidores de fármacos, siendo responsables de aproximadamente un 80% del gasto farmacéutico, y es previsible que en un futuro estas cifras se incrementen notablemente. Es decir, existe un elevado consumo de fármacos en los ancianos, con una media que oscila entre 4.5 y 8 fármacos por persona y día. La polifarmacia, definida como el consumo diario de tres o más fármacos, afecta a más de un tercio de los ancianos. Supone un mayor riesgo de utilización de medicaciones inadecuadas, de interacciones y de reacciones adversas a medicamentos (RAM), y es un factor de riesgo para la mortalidad del paciente geriátrico.

Además de lo anterior, los cambios en la farmacocinética y farmacodinamia debidos al envejecimiento contribuyen a que las RAM sean mucho más frecuentes en ancianos que en adultos jóvenes, como lo muestra la siguiente tabla.

Parámetro	Efecto por la edad	Implicaciones clínicas
Absorción	Poco afectada	Interacciones fármaco-fármaco
Distribución	↑cociente grasa/agua ↓albúmina	<ul style="list-style-type: none"> Fármacos liposolubles (benzodiazepinas) mayor volumen de distribución y tiempo acción más prolongado. Fármacos hidrosolubles (paracetamol, digoxina...), con volumen de distribución más pequeño, mayor riesgo de toxicidad. ↑efecto de fármacos que se unen a proteínas.
Metabolismo	↓masa y flujo sanguíneo hepático ↓metabolismo de fármacos	<ul style="list-style-type: none"> Fármacos con metabolismo por oxidación más afectados: diazepam, fenitoína, antidepresivos, verapamil. El metabolismo por conjugación no se ve afectado (loracepam, oxacepam...)
Excreción	↓tasa de filtración glomerular	<ul style="list-style-type: none"> Uso de fórmulas de estimación de filtrado glomerular. La creatinina sérica no es buen indicador de función renal. Ajustes de dosificación en fármacos de excreción renal (muchos antibióticos, digoxina...).
Farmacodinamia	Menos predecible Alteración en la sensibilidad y número de receptores Efectos más intensos	<ul style="list-style-type: none"> Morfina: efecto prolongado Benzodiazepinas: mayor sedación ↓sensibilidad receptores beta adrenérgicos

El paciente anciano además puede padecer los llamados síndromes geriátricos que engloban los siguientes procesos:

- Deterioro cognitivo (demencia): Entre sus causas se encuentran la hipertensión, la diabetes, alguna infección no tratada y algunos fármacos como los antidepresivos tricíclicos y antihistamínicos (evitar fármacos con propiedades anticolinérgicas)
- Trastorno depresivo: Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina constituyen el tratamiento de primera elección. Otros fármacos utilizados como los inhibidores de la amino oxidasa o el litio, pueden interactuar con otros medicamentos o alimentos.
- Inestabilidad y caídas: hay que controlar medicamentos que pueden producir hipotensión como hipnóticos, ansiolíticos, hipotensores, betabloqueantes, hipoglucemiantes, antidepresivos, neurolépticos, diuréticos.
- Estado confusional agudo (delirio): proceso que afecta al 15-20% de los ancianos hospitalizados, predominando en los de mayor edad y con afectación del estado cognitivo. En este proceso están implicados diversos fármacos como hipnóticos, sedantes, benzodiazepinas de larga duración (diazepam, cloracepato); barbitúricos y alcohol, medicamentos con propiedades anticolinérgicas (antidepresivos tricíclicos, oxibutina, atropina, butilescopolamina, meperidina), bloqueantes de receptores H2, fenitoína a altas dosis, fármacos antiparkinsonianos y diuréticos que producen alteraciones electrolíticas.
- Estreñimiento: entre las causas iatrogénicas se encuentran el uso continuo de laxantes, opioides, antidepresivos tricíclicos, fármacos antiparkinsonianos, agentes anticolinérgicos, diuréticos, hierro, antiácidos, antagonistas del calcio.
- Incontinencia fecal.

- Síndrome de inmovilidad y úlceras por presión
- Incontinencia urinaria
- Malnutrición

Dentro de las principales causas de hospitalización se encuentran: insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, neumonías, reagudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fracturas de cadera, infecciones, episodios adversos a fármacos y enfermedades neoplásicas. En su conjunto, los procesos cardiovasculares son las principales patologías predominantes en el anciano.

En consonancia, los fármacos más utilizados son los antihipertensivos y los diuréticos. Un 51,2% de la población recibe terapia cardiovascular, un 42% antiulcerosos y 41,3% psicofármacos.

En atención primaria los principios activos más consumidos son: enalapril, paracetamol, omeprazol.

Junto a la presencia de estas enfermedades, hay que añadir aspectos sociales tan importantes como son la situación de soledad, el aislamiento, penuria económica, incapacidad física y mental que presentan una enorme interrelación con los procesos clínicos.

b. Factores que se asocian a la Polimedicación

En ocasiones, no existe un uso racional en los fármacos más frecuentemente utilizados.

1. Entre las posibles causas se encuentran:
2. Número de diagnósticos al ingreso. El paciente anciano tiene mayor prevalencia de enfermedades crónicas.
3. La intervención de muchos prescriptores provoca frecuentemente la duplicidad de tratamientos. La mayor utilización de los servicios sanitarios y la falta de tiempo en la consulta, hacen que en ocasiones, cada facultativo prescriba sin tener en cuenta las patologías de base del paciente o los tratamientos previos. En resumen, se pierde el enfoque global del enfermo y se producen un uso ineficiente de recursos sanitarios: “cada fármaco es el resultado de actos médicos aislados”
4. En ocasiones, las personas mayores pasan temporadas con distintos familiares. En estos casos, tienen una historia abierta en cada lugar de residencia, lo que hace complicado un buen control de la farmacoterapia.
5. Uso de medicación no adecuada per sé: los sedantes y los fármacos con efectos anticolinérgicos están desaconsejados por consenso y son un ejemplo claro. De hecho, estos fármacos reducen habilidades funcionales de los pacientes; las benzodiacepinas están relacionadas con peores resultados en test de memoria con caídas y fracturas de cadera, así como con una reducción del estatus funcional.

c. Propuesta de soluciones para evitar el consumo excesivo de medicamentos.

La prescripción inadecuada en los pacientes de edad es un problema mucho más complejo que la simple polifarmacia y que se puede desglosar en los siguientes puntos:

Aspectos generales para mejorar la prescripción en pacientes geriátricos

- a. Revisar periódicamente el régimen terapéutico.
- b. Comprobar el grado de cumplimentación.
- c. Valorar la aparición de efectos adversos ante la introducción de nuevos fármacos a fin de evitar el efecto cascada, es decir interpretar como nuevas patologías la aparición de síntomas

debidos a fármacos que a su vez serán tratados con nuevos fármacos: neurolépticos- síntomas extrapiramidales-tratamiento con anticolinérgicos- aparición de nuevos síntomas.

d. Favorecer la comunicación entre los diferentes servicios implicados (especializada/ atención primaria/hospital) en la atención del paciente para evitar errores en la prescripción: duplicidad de tratamiento, dosis, etc.

d. Fármacos Inadecuados.

Se define como aquel fármaco que es potencialmente lesivo o siendo adecuado, se ha prescrito a dosis o tiempo excesivo (ej: fluoxetina, digoxina), pudiéndose evitar su utilización. Puede ser inadecuado por la edad, por aumento de la toxicidad (ej: aumento de la sedación con el uso de psicofármacos), o por las patologías de base que presenta el paciente (uso de betabloqueantes en pacientes asmáticos)

Los principales fármacos implicados son los psicotropos: neurolépticos, antidepresivos e hipnóticos; seguidos de los analgésicos y la digoxina.

Diversos estudios indican que en torno al 27% de los pacientes geriátricos reciben al menos un medicamento inapropiado, proporción que alcanza hasta un 33% en residencias.

e. Efectos derivados del consumo excesivo de medicamentos (Reacciones Adversas)

La proporción de episodios adversos a medicamentos en pacientes polimedicados con 6 o más fármacos, es de un 27%, comparada con el 10% si el paciente toma 1 sólo medicamento.

Entre el 50-70% de los episodios adversos son evitables. Las principales causas de los episodios adversos son una inadecuada monitorización de la terapia, dosis inapropiadas, mal cumplimiento del tratamiento, interacciones medicamentosas y contraindicaciones.

Las reacciones adversas más frecuentes son: Agitación, depresión, deterioro cognitivo, síndromes extrapiramidales, confusión, ataxia, caídas, hipotensión postural, problemas urinarios y estreñimiento. Las consecuencias son múltiples: malnutrición, inmovilidad, fracturas de cadera, etc.

Los fármacos que producen con más frecuencia reacciones adversas son los cardiovasculares (48%) para insuficiencia renal y las alteraciones iónicas, y los psicofármacos (27,8%)

Las reacciones más graves son las producidas por antibióticos y anticoagulantes orales.

Es necesario recordar la profilaxis con antiulcerosos en pacientes mayores de 65 años en tratamiento continuado con AINEs

Algunas de las reacciones adversas asociadas a fármacos son:

- Intoxicaciones digitálicas.
- Tos por IECAs
- Hemorragia digestiva por AINEs
- Hemorragia digestiva por anticoagulantes
- Hipotensión por diuréticos.
- Retención urinaria por anticolinérgicos
- Hipertiroidismo secundario a amiodarona
- Broncoespasmo por beta-bloqueantes
- Parkinsonismo secundario a neurolépticos
- Síndrome confusional asociado a opiáceos y diuréticos (hiponatremia)

Conclusiones:

El manejo farmacológico del paciente anciano es dificultado por factores relacionados a la edad:

Cambios fisiológicos, y muy especialmente en sus funciones hepáticas y renales, y la presencia de varias enfermedades, que requieren la combinación terapéutica de varios medicamentos; resultando está en un aumento de las interacciones medicamentosas y de sus efectos secundarios. Sin embargo, los medicamentos ejercen beneficios similares tanto en el paciente geriátrico como el joven y estos deberán ser empleados para las mismas indicaciones. Menos problemas resultarían si el médico recuerda que; El conocimiento farmacocinética y farmacodinámico de los medicamentos empleados en el paciente geriátrico es fundamental, las dosis de carga y mantenimiento del paciente geriátrico debe ser menores y con intervalos mayores. La monoterapia en el paciente geriátrico debe ser siempre de elección sobre la polifarmacia. Cuando múltiples medicamentos sean necesarios, un monitoreo frecuente y cuidadoso del paciente deberá realizarse hasta optimizar la terapia y minimizar sus efectos indeseables.

Bibliografía

- Laredo L.M, Vargas E, y Moreno A. (2005). Utilización de fármacos en geriatría. En: Velázquez. Farmacología Básica y Clínica. 17ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A. p.1115-1119.
- Dr. Castellanos-Olivares, Antonio. (2010). Características epidemiológicas de los pacientes geriátricos sometidos a procedimientos anestésicos quirúrgicos en una Unidad Médica de Alta Especialidad. ANESTESIA EN PACIENTE SENIL Vol. 33. Supl. 1, Abril-Junio pp S88-S92 Revista médica de anestesiología [disponible en: www.medigraphic.org.mx]
- Blasco F, Martínez López de Letona J, Pérez Maestu R, Villares P, Ponce J. (2004). Estudio piloto sobre el consumo de fármacos en ancianos que ingresan en un hospital. An Med Intern. 21:69-71.
- Armijo J.A, Benítez J. (2005). Factores fisiológicos que condicionan la respuesta a los fármacos. IV. Utilización de los fármacos en el anciano. En: Flórez J. Farmacología Humana. 4ª edición. Editorial Masson S.A., p. 131-134.
- Pardo C, Sagalés M. (2003). Atención Farmacéutica y paciente geriátrico. Boletín Informativo sobre medicamentos-Noticias farmacoterapéuticas. N° 34. Enero-Abril 2003.
- Francés I. (2000). Terapéutica farmacológica en el anciano: cambios en la administración y efecto de los fármacos. Envejecimiento y enfermedad. XIX curso de actualización para postgrados. Facultad de Farmacia. Universidad de Navarra. Junio 2000.
- Tomas MT, Centelles F, Valeo C, Alcalá H y col. (1999). Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. Atención Primaria; 23:121-126.
- Alcalde P, Dapena MD, Nieto MD, Fontecha BJ. (2001). Ingreso hospitalario atribuible a efectos adversos a medicamentos. Revista Española Geriatría y Gerontología 36:340-344.
- Vargas E, Tamargo J. (2007) Aspectos farmacológicos de la utilización de fármacos en el anciano. 5ª unidad didáctica. Grandes Síndromes Geriátricos. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1999). Uso de medicamentos en la tercera edad. Situación en España. Madrid: EDIS.

LA NUTRICIÓN EN PACIENTES MAYORES

Olvera Hernández Elena Guadalupe¹, Chehue Romero Alejandro¹, Reynoso Vásquez Josefina¹, Flores Cerón Telma², Álvarez Chávez Angelina², Almaguer Vargas Georgina¹ y Montejano Rodríguez Ramón¹.

¹Área Académica de Farmacia, Instituto de Ciencias de la Salud, UAEH. ²Área Académica de Enfermería, Instituto de Ciencias de la Salud, UAEH.

Introducción:

Con el incremento de la esperanza de vida, el deseo de mantener una buena salud, funcionalidad y una máxima calidad de vida en edades avanzadas constituye una prioridad en personas mayores. Aunque la genética es una determinante en la calidad de vida, existen otros factores extrínsecos en la calidad de vida del anciano entre los que cabe destacar la alimentación.

La dieta y el estado nutricional tienen gran influencia particularmente en la prevención o tratamiento de diversas enfermedades que afectan a este grupo, esto es debido por un lado, a que las necesidades de algunos nutrientes pueden ser mayores en etapas anteriores y, por otro, a su menor capacidad para regular todos los procesos relacionados con la ingesta de alimentos como consecuencia del progresivo deterioro de casi todas las funciones biológicas y la prevalencia de las enfermedades crónico degenerativas.

Diversos estudios han puesto de manifiesto el riesgo de ingesta inadecuada y malnutrición proteica energética, aumentando la vulnerabilidad a otras enfermedades.

Objetivo:

Revisión de los principales condicionantes estado nutricional en el anciano, de la importancia de la capacidad funcional física, psíquica y social y su repercusión en el estado nutricional.

Materiales y Métodos:

Revisión de fuentes terciarias actualizadas centrándonos en los capítulos dedicados a la Geriátrica, Fuentes secundarias: páginas web relacionadas a Farmacia Hospitalaria, utilizando las siguientes palabras clave: geriátrica, paciente anciano, nutrición, atención farmacéutica. Medline utilizando las siguientes palabras clave: elderly, pharmaceutical care, geriatrics, drug use, intervention strategies, nourishment.

El trabajo se estructura en los apartados siguientes:

- A. Proceso de envejecimiento y cambios en la composición corporal
- B. Alteraciones que influyen en las necesidades de energía
- C. Evaluación del estado nutricional del adulto mayor
- D. Requerimientos nutricionales
- E. Comportamiento alimentario y riesgos nutricionales
- F. Patologías y deficiencias nutricionales que influyen en el estado nutricional
- G. Dieta adecuada y planeación de una dieta

Resultados y Discusión:

A. Proceso de envejecimiento y cambios en la composición corporal

El envejecimiento es un proceso normal que se inicia con la concepción y termina con la muerte. Se puede distinguir un primer proceso evolutivo que se culmina con la madurez y un segundo proceso de involución que se identifica con el de envejecimiento. Una vez que el organismo llega a la madurez fisiológica, los procesos anabólicos exceden a los catabólicos, el índice catabólico o los cambios degenerativos son mayores que el índice anabólico de regeneración celular.

El envejecimiento se caracteriza por una pérdida progresiva de la masa corporal magra, disminución de la masa celular activa, del consumo de oxígeno, de la tasa basal a nivel general y celular, del agua corporal, de la función renal, de la actividad enzimática y hormonal, así como de la respuesta inmune. Aún se discute si alguno de estos cambios son el resultado final inevitable de fenómenos programados genéticamente o de influencias ambientales prolongados.

B. Alteraciones que influyen en las necesidades de energía

El envejecimiento puede producirse a velocidad variable dependiendo de varios factores entre ellos la nutrición. Aunque ningún tipo de alimento logra retardar el proceso, es innegable que la nutrición en su conjunto influye en la longevidad. Dado que la buena nutrición y la buena salud son inseparables, los efectos de una dieta defectuosa aparecen tarde o temprano.

Los cambios en sistemas y órganos que afectan a la población y que están más relacionados con la nutrición son: disminución en la percepción por los sentidos, lo que puede conllevar a una disminución en la ingesta debido a la menor sensibilidad al olor y sabor; hay pérdidas del número de papilas gustativas, así como de la percepción de los sabores salados y dulces. Los problemas dentales disminuyen la habilidad de masticar los alimentos y la disminución en la visión hacen a la comida menos placentera.

Durante el proceso de envejecimiento ocurren cambios en el aparato gastrointestinal que afectan a la capacidad de digestión y absorción de los alimentos. Por ejemplo la hipoclorhidria o interacciones de los medicamentos, ampliamente usados a esta edad, pueden provocar problemas de mala absorción. Cambios en la función renal pueden afectar al balance ingesta/excreción de nitrógeno, agua y electrolitos. En este periodo se produce una sustitución progresiva de la masa magra por grasa y tejido conjuntivo. Hay una mayor distribución de grasa en el tronco y alrededor de vísceras. La pérdida de opioides endógenos y los efectos exagerados de la colecistoquinina, ambos relacionados con la respuesta del apetito normal, pueden contribuir a la anorexia que a menudo se observa en personas ancianas.

Por último la disminución del metabolismo basal conlleva a una disminución de las necesidades energéticas.

Los procesos antioxidativos se hacen más lentos, los cambios en la secreción de hormonas tienen efectos pronunciados sobre la nutrición celular y la respuesta al estrés.

Las variaciones que ocurren en los hábitos de vida con el paso del tiempo tienden al sedentarismo lo que contribuye también a reducir el consumo energético por actividad física.

C. Evaluación del estado nutricional del adulto mayor

A continuación se determinan los métodos y propósitos de cada uno.

I.- Antropométrico, se utiliza para determinar y controlar el peso corporal para detectar cambios de peso.

- Peso, se utiliza para determinar la composición corporal, especialmente grasa y el agua corporales.

- Estatura/Altura de rodilla, para determinar la distribución de grasa corporal para evaluar el riesgo de ciertos cuadros crónicos específicos.
- Circunferencias
- Pliegues
- Impedancia bioeléctrica

II.- Bioquímico es usado para determinar y controlar el riesgo nutricional para ciertos cuadros crónicos específicos, como la Cardiopatía.

Niveles de colesterol. Para determinar y controlar el nivel de las ingestas dietéticas recientes de nutrientes específicos.

- Estado de folato
- Estado de hierro, se emplea para determinar y controlar las reservas de los nutrientes.
- Estado de las proteínas, para obtener medidas funcionales de la idoneidad o deficiencia nutricional.
- Confirmar o refutar los diagnósticos nutricionales basados en otras medidas de evaluación.
- Determinar la función inmune.

III.-Clínico, se emplea para determinar la presencia de signos o síntomas diagnósticos de deficiencia o toxicidad nutricional.

- Estado funcional. Para evaluar y controlar la salud dental.
- Estado cognitivo, para determinar si los signos o síntomas indicativos de problemas nutricionales se revierten mediante la intervención nutricional.
- Salud oral
- Uso de medicamentos

IV.- Dietético, se utiliza para obtener la ingesta real de comida y bebidas para determinar la calidad de la dieta

- Ingesta de alimentos, se emplea para controlar los patrones de consumo de alimentos y bebidas para determinar la calidad de la dieta.
- Ingesta de alimentos y bebidas, se emplea para controlar los patrones de consumo de alimentos de individuos o grupos para identificar los cambios y tendencias a lo largo del tiempo.
- Preferencias alimentarias la Seguridad/inseguridad alimentaria, para determinar el uso de suplementos y su efecto sobre la ingesta de nutrientes, así como para mayores ingestas en instituciones.
- Uso de suplementos

D. Requerimientos nutricionales

Energía: Los requerimientos de energía suelen disminuir, dos tercios de la reducción se debe a menor actividad física y el resto a disminución del metabolismo basal. Los requerimientos recomendados (RDA) para este grupo de personas son: 2300 Kcal para los varones y 1800 para las mujeres, se ha observado que ingesta menores de 1500 kcal por día presentan problemas de salud.

Proteínas: El consumo de proteína se relaciona con la necesidad de energía y aunque esta última tiende a disminuir con la edad, la recomendación de proteína continúa siendo de 0.8 -1 g/kg/d. En el anciano enfermo las necesidades de proteína aumentan en relación con la gravedad y duración de las

enfermedades. Las infecciones Gastro-Intestinales y cambios metabólicos por enfermedades crónicas pueden reducir la eficiencia en la utilización del nitrógeno de la dieta. El estrés físico y psicológico pueden también originar un equilibrio nitrogenado negativo.

Hidratos De Carbono: Una disminución de la tolerancia a la glucosa torna a los ancianos más susceptibles a la hipoglucemia e hiperglucemia temporal. La sensibilidad a la insulina mejora si se reduce el uso de azúcares simples y aumenta la cantidad de carbohidratos complejos y de fibra soluble en la dieta. Con frecuencia la disminución de la secreción de lactasa origina intolerancia a los productos lácteos. Se recomienda que se consuman HCO de 55 a 60 % de la energía total.

Lípidos: En los varones los valores séricos de colesterol tienden a llegar al máximo durante la edad madura y a posteriormente disminuyen ligeramente, en tanto que en la mujer continúa su aumento con la edad. La disminución de la grasa total de la dieta, en especial de las grasas saturadas y del colesterol, puede disminuir los valores sanguíneos de lípidos y el riesgo subsecuente de cardiopatía.

La cantidad recomendada de grasa de la dieta es de no más del 30 % del total de kilocalorías diarias, lo que apoya también los conceptos de control de peso y la prevención del cáncer.

Fibra. El consumo de fibra presenta una función importante en la regulación mecánica digestiva. Además, diversos estudios le otorgan un gran papel en la prevención de enfermedades cardíacas, diabetes o cáncer de colon. La alimentación occidental suele ser deficitaria en fibra, por tanto, se debe potenciar la ingestión de pan integral, verdura, fruta y salvado, ya que contienen gran cantidad de celulosa, que es el principal componente de la fibra dietética.

Paralelamente, debemos recomendar la ingestión de líquidos con el fin de evitar el riesgo de obstrucción intestinal. Se ha de tener presente, de igual modo, que el exceso de fibra puede dificultar la absorción de calcio y hierro, minerales muy importantes en las necesidades del anciano.

Los minerales constituyen un grupo amplio que, si bien no suministran energía al organismo, tienen importantes funciones reguladoras y plásticas. Forman parte de los huesos, dientes, enzimas y hormonas.

Vitaminas. Son sustancias orgánicas necesarias para el buen funcionamiento del organismo. El organismo no puede sintetizar la mayoría de las vitaminas, por lo que deben ser ingeridas con la dieta.

Las vitaminas no tienen valor energético propio y son activas a bajas dosis. El déficit vitamínico en edades avanzadas es más grave que en los adultos o en los jóvenes. Hay muchos factores que favorecen la hipovitaminosis, como la administración de antibióticos, muy frecuente en los grupos de edad avanzada.

E. Comportamiento alimentario y riesgos nutricios

El riesgo en los ancianos deriva del consumo inadecuado de los siguientes nutrientes: proteínas, riboflavina, folato, vitamina B12, vitamina B6, vitamina C, zinc y carotenoides, como luteína y la xantina.

Las variaciones de hábitos y estilo de vida que ponen en riesgo el estado nutricional son los siguientes: factores socioeconómicos, afecciones físicas y mentales.

Exton-Smith reconoce alteraciones PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

Alteraciones Primarias

- a. Ignorancia de la necesidad de recibir
- b. Restricción en la variedad de alimentos una dieta equilibrada
- c. Aislamiento social
- d. Alteración de las funciones.

Alteraciones Secundarias

- a. Mala absorción
- b. Alcoholismo
- c. Uso de medicamentos
- d. Sedentarismo

F. Patologías y deficiencias nutricias que influyen en el estado nutricional

Al evaluar los componentes de la dieta del anciano es necesario considerar algunos factores, tal vez menos destacados en otras edades, pero relevantes en esta etapa de la vida.

Obesidad.- Existe una elevada frecuencia de obesidad entre la población adulta y se diagnostica tomando un punto de corte del Índice de Masa Corporal (IMC) > de 27.8 para el hombre y 27.3 o más para la mujer

El sobrepeso aumenta con el envejecimiento, predomina entre las mujeres y es más frecuente en individuos que viven en la pobreza.

En la edad avanzada la obesidad es un fenómeno casi exclusivo del sexo femenino, se ha observado que la mayoría de los casos de obesidad en la mujer se encuentra en la post-menopausia. Los hombres obesos desde la juventud rara vez alcanzan la edad avanzada.

Osteoporosis.- Cuando la disminución de la masa esquelética conduce a una insuficiencia mecánica, ocurren fracturas espontáneas frecuentemente en cadera y muñecas que es la principal manifestación clínica de osteopenia. Se calcula que una tercera parte de las mujeres post-menopáusicas sufren de osteoporosis y que una de cada cinco sufren fractura de cadera por compresión vertebral. Hasta los 80 años las mujeres se afectan 4 veces más que los hombres, después de esta edad, la frecuencia de osteoporosis es igual en ambos sexos. Por una razón desconocida, las personas de raza negra son menos susceptibles a este padecimiento que los blancos

Osteomalacia.- Este padecimiento es favorecido por un déficit en la hidroxilación de la vitamina D a nivel renal, baja ingestión de la vitamina, alta incidencia de esteatorrea y el frecuente confinamiento sin exposición a la luz solar de las personas de avanzada edad.

Deficiencia De Zinc.- Es frecuente que las persona de edad avanzada no ingieran la cantidad de zinc necesaria. Esta deficiencia se asocia con hipogeusia, mala cicatrización de las heridas y deterioro de la respuesta inmune

Deficiencia De Folatos Y Vitamina B12 Y Hierro.- Se observan estas deficiencias con frecuencia en ancianos alojados en asilos, de manera particular en aquellos con deterioro de las funciones mentales y en los alcohólicos.

La anemia por deficiencia de hierro es otro problema en las personas de edad avanzada que puede ocasionar el deterioro nutricional. Este padecimiento puede estar relacionado a una ingestión dietética inadecuada o muy frecuentemente a la pérdida sanguínea por vía GI, probabilidad que debe investigarse.

Deficiencia De Tiamina.- Se presenta en los ancianos que habitan asilos y sobre todo en los que consumen alcohol en exceso.

Alteraciones Mentales.- El funcionamiento cerebral está relacionado en forma estrecha con el estado nutricional; son evidentes sus alteraciones cuando existe carencia de folatos, vitamina B12 o tiamina. Es probable que la ingestión de lecitina, triptofano o la tiroxina modulen en alguna medida la síntesis de neurotransmisores, aspectos aún en investigación.

G. Dieta adecuada y planeación de una dieta

Una dieta adecuada para los ancianos debe atender los problemas y necesidades personales de cada individuo. El plan básico de cuatro alimentos al día constituye un punto de partida, si alguno de los alimentos no son de los preferidos para la persona o bien tolerado conviene hacer intercambios.

Para darle mayor atractivo y sabor a los platillos han de prepararse en forma atractiva, con frecuencia apetecen los platillos preparados en caldo y la carne cortada en trozos pequeños.

Las necesidades energéticas disminuyen y las necesidades de otros nutrimentos es igual al de un adulto joven por lo tanto se escogerán alimentos de alta calidad nutritiva, siempre que sea posible. Se restringirá el sodio de la dieta porque un exceso podría ocasionar retención de líquidos y por consecuencia un aumento de la presión sanguínea, en cuanto a los suplementos vitamínicos y de minerales algunas personas los usan porque creen que éstos les proporcionan energía, otros los usan para prevenir enfermedades.

Si un paciente está llevando una dieta adecuada para su edad no es necesario prescribir suplementos vitamínicos a menos que la dieta que observa no sea la adecuada, como en el caso de las personas que no pueden comer todo tipo de alimentos.

Es importante para este grupo de personas que exista un ambiente propicio para la ingestión de alimentos para favorecer la creación de hábitos de alimentación adecuada.

La identificación del deterioro y la intervención nutricia temprana pueden evitar algunas de las complicaciones de desnutrición y disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor

Conclusiones:

De todo lo anteriormente expuesto se puede concluir que una buena alimentación acompañada de un programa regular de ejercicio físico, acorde a su estado de salud, tendría efectos beneficiosos en la salud de la población anciana. Pero a la hora de programar una dieta para este colectivo no debemos olvidar que la alimentación en esta edad no solo ha de ser un medio para nutrirlos, sino que en determinadas circunstancias este acto de ingerir alimentos será el modo de proporcionarles placer, entretenerlos y mostrarles que siguen siendo útiles a la sociedad.

Las principales limitaciones que pudieran incidir sobre una alimentación normal a esta edad serían la presencia de alguna enfermedad metabólica, la disminución de la capacidad renal para excretar sustancias nitrogenadas, restricción de algunos electrolitos por problemas cardiovasculares y dificultades en el área digestiva en el proceso asimilativo. Salvadas estas limitaciones y en ausencia de alguna patología específica la alimentación del anciano de ser sencilla, variada, de fácil digestibilidad, pobre en condimentos fuertes y que proporcione suficientes residuos.

- Además se tiene que valorar una serie de factores importantes que la propia alimentación como son:
- Respetar los hábitos alimenticios adquiridos a lo largo de la vida, a no ser que exista una razón nutricional o la existencia de una patología que lo justifique.
- Grado de actividad y posibilidad de mantenerla en algún nivel. Esto facilita la evacuación, los niveles de calcio y proteínas y ayuda a abrir el apetito.
- Tener en cuenta la digestibilidad de los alimentos para mejorar la capacidad de absorción de los nutrientes.
- Es necesario vigilar el sobrepeso y si es obeso intentar frenar la obesidad.
- Debe mantenerse el apetito para hacer una ingestión adecuada. Se deben buscar alicientes para estimularlo como ofreciendo menús variados, presentación atractiva, comer en compañía, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Podrabsky M, Nutrición y envejecimiento En: Mahan K L, Arlin M T Krause Nutrición y dietoterapia 10ª. México D.F.: Interamericana Mc. Graw-Hill, 2001:313-331 Smiciklas-wraight; Envejecimiento En: Conocimientos Actuales en Nutrición 6ª. OPS Isle. E.U.A., 1991: 385-91.
- Darnton-Hill I. Psychosocial Aspects of Nutrition and Aging. Nutrition review 1992, 50:476-479.
- Chernoff R, Lipschitz D. A. Nutrition and Aging En Shils M E and Young V R, Modern Nutrition in Helath and Disease 9ª. Philadelphia: Lea and Febiger, 2002: 997-1008
- Albarrán Echeverría S. Evaluación del estado metabólico. En Nutrición en geriatría. Abbot. Laboratories México 1999: 10-11
- Russell M. Micronutrients of the elderly. Nutrition Review 1992 ;50:476-79.
- Recomendaciones nutricionales para los ancianos. Nutritional Recommendations for the elderly.
- Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores “grupo de trabajo “Salud Publica “ en la Sociedad Española de Nutrición G. Arbones, A. Carbajal, B. Gonzalvo, M. González-Gross, M. Joyanes, I. Marquez_lobes, Ma. L. Martín, A. Martínez, P. Montero, C. Núñez, I Puigdueta, J. Quer, M. Rivero, Ma. A Rosete, F.J. Sánchez-Muniz y Ma. P. Vaquero. Nutr. Hosp. (2003) XVIII (3) 109-137 Issn =212-1611 Coden Nuhoeq S.V.R.318
- La nutrición en el anciano MÓNICA PÉREZ RÍOSa y ALBERTO RUANO RAVIÑAb VOL 22 NÚM 5 MAYO 2003 OFFARM
- De Groot CP, Enzi G, Matthys C, Moreiras O, Roszkowski W, Schroll M. Ten year changes in anthropometric characteristics of elderly Europeans. J Nutr Health Aging 2002;6(1):4-8. 2. Ribera JM. Nutritional problems in nursing homes with special reference to Spain. J Nutr Health Aging 2002; 6(1):84-90.
- Casimiro C, García de Lorenzo A, Usan L. Evaluation of nutritional risk in ambulatory elderly patients. Nutr Hosp 2001; 16(3):97-103.
- Hernández A, Royo R, Martínez ML, Grana J, López A, Morales MM. Malnutrition prevalence in institutionalized elderly people in Valencia Community, Spain. Med Clin 2001;117(8):289-94.
- Ramón JM, Subira C. Prevalence of malnutrition in the elderly Spanish population. Med Clin 2001; 117(20): 766-70.
- Padro L, Benacer R, Foix S, Maestre E, Murillo S, Sanvicens E, Somoza D, Ngo J, Cervera P. Assessment of dietary adequacy for an elderly population based on a Mediterranean model. J Nutr Health Aging 2002;6(1):31-3.
- The Spanish geriatric oral health research group. Oral Health issues of Spanish adults aged 65 and over. Int Dent J 2001; 51(3):228-34.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Keep fit for life. Meeting the nutritional needs of older persons. OMS, 2002. Tabla de composición de alimentos. Novartis Consumer Health. 6ª ed. 2000.
- Análisis de la ingesta dietética y calidad nutricional en ancianos no institucionalizados de las Islas Baleares Dora Romaguera, Isabel Llompart^{1,2}, Teresa Bonnín¹, Antoni Pons, Biescas, Josep A. Tur Marí^{1,2} Rev Esp Nutr Comunitaria 2004;10(4):168-177
- La adecuada nutrición en el anciano, una prioridad en el ámbito sociosanitario, JORNADA 16 de abril de 2010 Medical Economics 10 www.medeco.es
- TENDENCIAS ACTUALES EN LA VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL ANCIANO Fabiola Becerra Bulla¹ Rev Fac Med Univ Nac Colomb 2006 Vol. 54 No. 4 283-289.

EXPERIENCIA EN FORMACION DE NUCLEOS GERONTOLÓGICOS

Blanca Maura Rodríguez González.

Promotora para el Desarrollo Integral Gerontológico Formada como promotora por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM.

Email: blanca_631130@hotmail.com

Promotor de salud gerontológica podrá ser toda persona interesada en el cuidado de los ancianos que asuma la responsabilidad de ejercer el conocimiento adquirido de manera permanente, sin intereses de tipo político, religioso o económico. El perfil del Promotor, resalta la necesidad de su formación académica y de su actualización, asimismo se revisa el concepto de salud bajo el enfoque integral. Considerando aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En este sentido, se resalta que el concepto de salud no se debe limitar al aspecto físico, sino que debe abarcar el desarrollo integral gerontológico, procurando el máximo bienestar objetivo y subjetivo, considerando los recursos potenciales del individuo, la familia, la comunidad y la sociedad. Promoviendo el autocuidado que es el comportamiento razonado con fundamento teórico que le permite decidir y actuar en la prevención, diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Autoayuda es el comportamiento solidario razonado que adopta un grupo de individuos que comparte problemas similares y está de ventajas y compromisos adquiridos, al aceptar voluntariamente ser parte del mismo. Autogestión son las acciones que lleva a cabo un individuo o grupo de autoayuda, de manera autónoma y anticipada, para alcanzar en forma óptima y eficiente, considerando los elementos y mecanismos de las redes de apoyo formal e informal. Redes de apoyo social son todos los elementos formales e informales que potencialmente pueden apoyar al adulto mayor en su bienestar bio-psico-social. El promotor de salud gerontológica debe coordinar y distribuir las responsabilidades de los programas y metas a corto plazo que establezca el grupo, evitando ser sólo el gestor de las necesidades de los integrantes del grupo.

En febrero del 2006, me forme como promotora para el desarrollo integral gerontológico en FES Zaragoza, de la UNAM en coordinación con la Fundación Hidalguense, AC.

En estos 5 años de replicar los conocimientos con adultos mayores formando núcleos gerontológicos en comunidades del estado de Hidalgo, ha sido muy saludable y satisfactorio mantenerme y mantener activos a cada uno de los integrantes, motivándolos a seguir modificando estilos de vida saludables y sobre todo recuperar su funcionalidad Física, mental y social.

La formación de Núcleos Gerontológicos es de suma importancia ya que estos grupos de ayuda mutua se refieren a la participación grupal en la que los integrantes brindan un apo solidario permanente, con el fin de alcanzar el mayor bienestar posible.

Características de un núcleo gerontológico: -Compartir los mismos intereses o problemática;- Decisión personal de ingresar al grupo sin presiones externas;-Actitud solidaria;-Tolerancia;-Disposición al cambio de comportamiento;-Disposición para asumir responsabilidades;-Constancia;-Establecer metas a corto plazo;-Participación activa;-Liderazgo compartido;-Enmarcar las acciones en un programa;- Conocimientos actualizados de las redes de apoyo social;-Formar grupos reducidos;-Capacitación permanente.

Considerando lo anterior, la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma de México (FES Zaragoza, UNAM), desde 1990 ha desarrollado un modelo de atención comunitaria de núcleos gerontológicos versátil, para que pudiera ser adaptado a las condiciones comunitarias del área rural y urbana, con el fin de que la población y en particular los adultos mayores funcionales, participen activamente en los programas de promoción de salud gerontológica.

Todo esto dentro del marco de la Gerontología que es la Ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en el ámbito biológico, psicológico y social.

Con el objetivo primordial de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social de los adultos mayores.

Logrando la adopción de estilos de vida saludables para lograr una mejor calidad de vida y una vejez digna, saludable y productiva.

Esta labor no ha sido fácil la he podido lograr con respaldo y apoyo incondicional de la FES Zaragoza de la UNAM, de la Fundación Hidalguense, A.C., de la Universidad Autónoma de Hidalgo, de Instituciones Públicas y Privadas.

CALIDAD DE VIDA LABORAL EN EL ADULTO MAYOR

Claudia Helen Montaña Pérez, María del Rosario Trinidad Epifanio.

Licenciatura en Psicología de la UAEH.

INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida en el Trabajo puede tener varios significados, pero en los últimos años se ha consolidado como una filosofía de trabajo en las organizaciones participativas. Esto vinculado al aumento de la esperanza de vida en las sociedades avanzadas como consecuencia de la estabilidad y el bienestar alcanzado, ha ocasionado un cambio radical en las pirámides demográficas, produciéndose una transformación global.

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida. La calidad de vida se define como un estado de bienestar; sin embargo esta noción tomará diferentes énfasis, según el contexto del cual parte su valoración.

Hoy en día también se habla de una calidad de vida en ámbitos laborales, esto es porque las organizaciones se han vuelto más competitivas, se vive la ola de las empresas de calidad, de empresas eficientes, en todas ellas, los trabajadores juegan un rol importantísimo, por lo que la calidad de vida laboral juega un papel importante para tener éxito en la gestión de hoy.

Este estudio surge porque pesar de los avances que han surgido del tema, se ha olvidado al adulto mayor y la labor que desarrolla dentro de las organizaciones como empleado de esta. Por lo cual es conveniente identificar los elementos que intervienen en la construcción de la calidad de vida laboral en dicha población y encontrar posibilidades de mejora hacia esta.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar los componentes que están presentes en el ámbito laboral de los adultos mayores que tienen mayor impacto en el nivel de calidad de vida que presentan los trabajadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar las condiciones de trabajo referentes al ambiente físico en donde los adultos mayores, desarrollan sus actividades laborales.
- Identificar elementos correspondientes a la precariedad laboral que estén presentes, en relación al trabajador considerado adulto mayor.
- Analizar los factores que intervienen en las relaciones psicosociales del adulto mayor al realizar sus actividades correspondientes a su puesto de trabajo.

Pregunta de investigación

Por lo anterior expuesto es que se decidió elucidar ¿cuáles son los componentes que están presentes

en el ámbito laboral de los adultos mayores que tienen mayor impacto en el nivel de calidad de vida que presentan?

¿Cuáles son los componentes del ambiente físico de mayor impacto, que influyen en la calidad de vida del Adulto Mayor?

¿Cuáles son los elementos que se les brinda a los trabajadores adultos mayores en relación a la precariedad laboral?

¿Cuales son los factores psicosociales presentes en el trabajador adulto mayor dentro de su área de trabajo, que contribuyen a un óptimo desarrollo de la calidad de vida laboral?

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de casos, exploratorio, transversal, cualitativo

En la presente investigación, se ha elegido este tipo de estudio, ya que es el que mas se adapta a los objetivos y a la población misma con la que se cuenta. Se trata de profundizar en una población formada por 5 personas en la que se requiere observación y estudio del curso del día de estas, así como análisis y reflexión. Todo esto por un tiempo determinado, en el cual se pretende lograr lo objetivos.

Enfoque Teórico:

El enfoque teórico de este estudio se basa en los aportes de la psicología organizacional así como de la gerontología.

Calidad de Vida

La calidad vida (CV) se ha convertido, en los últimos años, en uno de los conceptos más utilizados tanto por los planificadores sociales como por los distintos profesionales de las ciencias ambientales, sociales y de la salud; y entre ellos, los psicólogos. La calidad de vida, cuenta con una serie de características ampliamente aceptadas: que tiene que partir necesariamente de una conceptualización teórica, ser multidimensional, contener una operacionalización de sus componentes y proceso riguroso de validación. Aquí partimos de la consideración objetivo-subjetiva de la calidad de vida por lo que consideramos que habrán de ser incorporados tanto aspectos objetivos como subjetivos en la definición operativa de la calidad de vida. Es decir, serán tenidos en cuenta, tanto la apreciación y valoraciones de los sujetos sobre los distintos ingredientes de calidad de vida como los aspectos objetivos de esas mismas dimensiones (Fernández, 2003). Por lo que podríamos definir Calidad de vida como un conjunto amplio de condiciones materiales y espirituales, que determinan el bienestar efectivo de las personas, sus posibilidades y perspectivas individuales, y su lugar en la sociedad (Palomino. B, 2006).

Existen variados criterios técnicos, éticos y subjetivos para analizar y alcanzar un consenso sobre qué es calidad de vida, siempre sin perder de vista que para cada grupo humano, cultura, lugar o época, este concepto puede ser diferente. En las antiguas civilizaciones, se asociaba al cuidado de la salud personal, luego se centró en la preocupación por la salud e higiene pública y con posterioridad, se extendió a los cambios humanos y laborales. (Guerrero. C et al, 2007). La calidad de vida de las personas se relaciona también con la posibilidad de tomar sus propias decisiones, organizar su vida y relacionarse con el resto de los individuos y cosas que constituyen su entorno (González. R et al, 2007)

Aunque en los últimos años se diga que el término de Calidad de Vida, se ha puesto de moda, lo cierto es que en América Latina no se ha estudiado de forma completa (González. R et al, 2007), ni abarcando en profundidad ninguno de los 2 grandes aspectos en la que puede ser dividida, y mucho menos se han llevado a cabo programas que la lleven a la practica. También se ha segregado a diversos sectores de la población, dentro de los cuales destacan los Adultos Mayores. Aunque la calidad de vida cualquiera que sea el contexto de referencia mantiene aspectos comunes, comparativamente con otros grupos de

sujetos, la calidad de vida en personas mayores tiene un perfil específico en el que no intervienen factores importantes en otros grupos de edad, por ejemplo, referidos al trabajo y donde existen otros idiosincráticos que tiene que ver con el mantenimiento de las habilidades funcionales o de auto cuidado. Las personas mayores conforman un grupo de edad protegido. Independientemente de cualquier estereotipo en torno a la vejez, las acciones -sanitarias, económicas y psicosociales que se emprenden con el fin de atender a este grupo de edad tienen como objetivo global el incremento de la calidad de vida de las personas mayores. Así, la medida de la calidad de vida en la vejez será un objetivo prioritario de cualquier plan de atención a las personas mayores (Fernández, B, 1999).

Ahora que se tiene en claro, que el ser humano para poseer un buen nivel de Calidad de Vida, no importando la edad que se tenga, debe estar satisfecho en diferentes aspectos de su vida nos centraremos en 2 aspectos importantes como lo son la calidad de vida laboral y su relación con el adulto mayor. Pues se ha observado que dentro de la población Mexicana son sectores muy poco estudiados, los cuales han tenido como consecuencia el que dicha población no desarrolle sus potencialidades al máximo y por ende sufra de una discriminación en ambientes laborales. Para lo cual empezaremos definiendo lo que es Calidad de Vida Laboral.

Calidad de Vida Laboral

La preocupación por la calidad de la vida en el trabajo (CVL) cobra un especial interés en la década de los años 70 en los EE.UU parten de la necesidad de humanizar el entorno de trabajo prestando especial atención al desarrollo del factor humano y a la mejora de su calidad de vida. (Almudena.S 2002)

La CVL es un concepto amplio y heterogéneo debido a la riqueza y pluralidad de temas estrechamente vinculados con el mundo del trabajo (González. R et al, 2007); Su estudio se ha venido abordando básicamente bajo dos grandes perspectivas teórico-metodológicas: la calidad de vida del entorno de trabajo y la perspectiva de la CVL psicológica. Estas depende de todos aquellos elementos constitutivos del medio ambiente de trabajo (condiciones ambientales, organización del trabajo, contenido del puesto, horarios, salario, salud y seguridad laboral, ritmo de trabajo, etc.), La dimensión subjetiva se refiere al conjunto de percepciones y experiencias laborales que, de manera individual y colectiva, originan realidades laborales características dentro de un mismo contexto organizacional. (Almudena.S 2002). Por lo que podemos deducir que es un concepto multidimensional que se basa en la satisfacción, a través del empleo de una amplia gama de necesidades personales, ubicándolo como la clave para la realización personal, familiar y social, y como medio para preservar la economía y la salud (González. R et al, 2007).

La calidad de vida entonces, se relaciona con la vida creativa del hombre y abarca todos sus factores vitales como: el trabajo, la religión, la cultura, el deporte, el tiempo libre, entre otros (González. L, 2000), La actividad laboral del hombre es un proceso social que está dirigida al cumplimiento de una función y se regula por su conciencia. Estos son rasgos esenciales, distintivos y predominantes; sin embargo, la actividad del hombre se dirige también a satisfacer las necesidades orgánicas y puramente individuales de manera socialmente condicionada (Guerrero. C et al, 2007). El empleo significa la vía más corriente de realización personal y de integración en el grupo de amigos, y facilita la mejor forma de administración del ocio. Para conseguir un grado aceptable de Calidad de Vida hay que sumar lo conseguido en la familia, los amigos, los estudios, el ocio y el trabajo (González. R et al, 2007).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha planteado en los últimos años la importancia de la elevación de la calidad de vida de las personas en la medida en que el espacio de trabajo no es un ambiente aislado del resto de la sociedad; lo que en el ocurre es fundamental para la limitación o el desarrollo pleno de las potencialidades e intereses de las personas. Es por lo anteriormente mencionado, que el trabajo desarrolla un papel fundamental en el desarrollo de la calidad de vida laboral principalmente en los adultos mayores, pues les proporciona ese grado de satisfacción y complemento a sus vidas.

VEJEZ

La vejez ha sido motivo de preocupación en diferentes épocas históricas y en diversas culturas, y en la actualidad es tema recurrente en los medios de comunicación y en el lenguaje de los políticos. La razón resulta sencilla: la prolongación de la edad media, la mayor expectativa de vida, hace que se haya incrementado notablemente el número de personas mayores en el total de la población. En consecuencia, existe un elevado número de ancianos que vota, consume y exige sus derechos, tomando conciencia de su relevancia y poder (De Pedro. S, 2006). Pero, por otra parte, el aumento de la esperanza de vida y las bajas tasas de natalidad determinaran un cambio significativo en la estructura de edades de la población a favor de su envejecimiento, con el consiguiente incremento de trabajadores de alta calificación y experiencia en la edad de jubilación (González. L, 2000).

Hoy en día podemos percatarnos de que el adulto mayor participa en diversos ámbitos de lo social, el adulto mayor es capaz de desarrollarse en el ámbito laboral de manera efectiva. Participa en diversas actividades propias de determinada organización. Sin embargo aun hay que lidiar con diversos aspectos negativos que no contribuyen a una buena calidad de vida laboral.

La vejez es una etapa de la vida y el envejecimiento es un proceso que ocurre a lo largo de la vida. Ambos objetos de conocimiento son multidisciplinarios puesto que el ser humano es una realidad bio-psico-social (6). El envejecimiento es una pérdida progresiva de energía de adaptación del individuo al medio, que mina, inexorablemente, con la muerte (Alcazar. H, 2010). Puede observarse, que en cuanto a dicha adaptación, el adulto mayor que aun labora en alguna institución, tiene diversas dificultades en este proceso, así como impedimentos relacionados con el contexto.

El envejecimiento cursa con pérdida de funciones previas, con cambios en el rol a desplegar con los familiares, en sus relaciones laborales y comunitarias, y, no raramente, con reducción de las mismas (De Pedro. S, 2006). El sujeto senescente, al estar en un ambiente laboral, igualmente lleva consigo implicaciones familiares o personales; todo esto aunado a un contexto de trabajo que dará como resultado la calidad y bienestar que este tenga al desempeñar su cargo, igualmente influye en la satisfacción de algunas necesidades como lo son la autonomía e independencia, el sentirse productivo.

La vejez se expresa como una ausencia de juventud; se tiende a estudiarla sólo en términos de pérdidas, no subrayando los aspectos positivos ni enfocándola como una vejez productiva. Lo que siente el mayor al envejecer está muy influido por lo que la sociedad le transmite, de forma que le condiciona para una determinada conducta que termina siendo acorde con el papel que de él se espera. Los ancianos a menudo discrepan acerca de cómo se sienten y de cómo es la imagen que la sociedad tiene de ellos. En los medios de comunicación se muestran pocas imágenes positivas. Los anunciantes y trabajadores del marketing se centran en la franja joven y eso repercute en películas, series de televisión o publicidad (De Pedro. S, 2006).

Todo lo anterior puede observarse, en todo momento. Dentro de una empresa u organización; el simple hecho de que al contratar, específicamente personal que no cubra la característica de Adulto Mayor, habla de la percepción que tiene la sociedad. La idea que se tiene como organización acerca de habilidades y capacidades de esta parte de la población. Irremediamente muchas de estas aun se centran en aspectos negativos.

Este prejuicio se refleja en el lenguaje, en comentarios irónicos, chistes, humor y en las historias que se relatan (Palmore, 1971). Se manifiesta en las conductas y en las expresiones verbales, y produce estereotipos negativos. (De Pedro. S, 2006). El hecho de llamar o poner sobrenombres a las personas, tales como “amargados” o aburridos da cuenta de lo anterior. Igualmente en ocasiones el Adulto Mayor que labora en alguna organización, posee un puesto en cual no tiene demasiado contacto con las personas que requieren servicios de esta empresa. Tal vez para cuidar una supuesta imagen, o porque se cree que se requieren de ciertas habilidades para el trato con la gente, que el Adulto Mayor ya no posee. Para todo ello se prefiere que las personas jóvenes sean la imagen de alguna empresa.

Otra forma es con el exceso de protección, con actitudes paternalistas, o no permitiendo al anciano

su autonomía ni tomar sus propias decisiones. Ellos pueden sufrirlo íntimamente y, en casos, tratar de disimular su edad con cirugía plástica, con vestidos juveniles o conductas inadecuadas que rozan lo patético (De Pedro. S, 2006).

Los ancianos suelen desplegar una vida social reducida, con menos encuentros interpersonales. A veces, los contactos escasos tienen que ver con las dificultades de desplazamiento. Con la edad se reavivan y refuerzan las relaciones entre hermanos. Para muchos viejos, tan valiosa como la buena salud, es tener buenas relaciones sociales y, en cualquier caso, siempre resulta positiva la máxima implicación en el grupo (De Pedro. S, 2006).

A lo largo de la Historia se mimetiza el proceso de que las sociedades más hedonistas o que cultivan más la belleza, como en la antigua Grecia o en el Renacimiento, menosprecian a los ancianos y a su asociada decadencia. Las sociedades regidas por un ideal estético más abstracto los tienen en mayor consideración, como en aquellas impregnadas por determinadas filosofías de Extremo Oriente.

Debido a su fragilidad física, en general se les acepta mejor en sociedades más civilizadas. La edad se asocia a experiencia y conocimiento, pero también a pérdida de belleza y agilidad, con diferencias entre los mayores que se mantienen activos y los que no. Cada sociedad, en suma, tiene un modelo de anciano y los juzga según sus principios (De Pedro. S, 2006).

A manera de conclusión nos podemos dar cuenta de que a pesar de que en un futuro, la población de Adulto Mayores aumentara, aun no estamos preparados para que ocurra esto, pues no contamos con programas diseñados exclusivamente para poseer un nivel de calidad de vida laboral satisfactorio, que nos permita integrarnos plenamente a nuestra sociedad y seguirnos desarrollando como personas funcionales.

Aun somos espectadores de discriminación e injusticias hacia nuestros Adultos Mayores, porque no se tiene esa conciencia de que a esa edad todavía poseen capacidades, que nosotros como sociedad los limitamos a llevar a cabo. Por eso es importante generar Programas en los cuales se considere a los Adultos Mayores como seres activos, con grandes capacidades y con experiencias para poder desarrollarnos plenamente como personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcazar Montenegro, 2010 Heberto. La vejez y su tratamiento. , México: Instituto Politécnico Nacional, p 3.
- <http://site.ebrary.com/lib/uaehsp/Doc?id=10378601&ppg=11>
- Fernández Ballesteros, R. (1999) Calidad de Vida en la Vejez. Intervención Psicosocial. Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida. Vol. 2 (2) 22 páginas. España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; p 1.
- Fernández-Ballesteros, Rocío. 2009 La psicología de la vejez, España: Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid; p 10.
- <http://site.ebrary.com/lib/uaehsp/Doc?id=10294211&ppg=11>
- González, Baltazar. Raquel; Hidalgo Santacruz, Gustavo; Salazar Estrada, José. (2008). Calidad de Vida en el Trabajo: Un Término de Moda con Problemas de Conceptualización. Vol.001. Universidad Veracruzana, Xalapa México. p 115-123.
- González. Rodríguez Lázaro. (2000). Calidad de Vida Laboral. III Conferencia Internacional La obra de Carlos Marx y los desafíos del Siglo XXI. Universidad de la Habana.
- Guerrero Pupo, Julio; Cañedo Andalia, Rubén; Rubio Rodríguez, Samara. (2007) Calidad de vida y trabajo. Algunas consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina. Cuba: Scielo Cuba., p 2.
- <http://site.ebrary.com/lib/uaehsp/Doc?id=10179529&ppg=2>
- Palomino Villavicencio, Bertha; López Pardo, Gustavo. (2006) Reflexiones sobre la calidad de vida y el desarrollo. México: Red Región y Sociedad., p 3.
- <http://site.ebrary.com/lib/uaehsp/Doc?id=10148904&ppg=3>
- Serna de Pedro, 2006 Inmaculada. La vejez desconocida. , España: Ediciones Díaz de Santos. p 12,14,23,67,68,74,75,80,81,82,84,90,91, 110,111, 116.

- <http://site.ebrary.com/lib/uahsp/Doc?id=10140311&ppg=12>

LOS VALORES, UN ELEMENTO EN LOS EJES TRANSVERSALES DEL MODELO CURRICULAR INTEGRAL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Pimentel Pérez Bertha Maribel. Machorro Cabello Miguel Ángel, Valdez Fuentes Verónica.

Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Resumen

En este artículo se han enunciado los ejes transversales propuestos en el Modelo Curricular Integral (UAEH, 2007) que buscan promover la formación integral del estudiante universitario. Se hace el señalamiento de la incorporación del eje transversal Educación para la Salud, y como dichos ejes se proponen desarrollar valores en los estudiantes de nivel licenciatura, lo cual queda plasmado en el diseño de la Licenciatura en Gerontología, que forma parte de la oferta educativa del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Palabras clave: Modelo Curricular Integral, formación integral, ejes transversales, valores.

La Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, haciendo una interpretación de las declaraciones y recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, como la Unesco, la OCDE y la ANUIES, y con respeto a ordenamientos jurídicos como el artículo 3°. Constitucional, la Ley General de Educación y la legislación universitaria (UAEH), asume el compromiso y los retos que exige el fomento a la calidad educativa.

Y en el año 2006, en nuestra universidad se instaló su academia institucional para la reforma del nivel superior. Ello trajo consigo el diseño del Modelo Educativo de dicha institución, con la participación de autoridades y personal docente, el cual busca responder a las exigencias y retos que enfrentan las instituciones que brindan educación superior. El proyecto de reforma de la universidad es un proyecto a corto, mediano y largo plazo.

El Modelo Educativo presenta seis dimensiones, por la necesidad de articular en una sola base los objetos del conocimiento que conforman la esencia y el quehacer de esta Institución Educativa. Las cuales son la filosófica, la pedagógica, la sociológica, la jurídica, la política y la operativa.

La dimensión filosófica es el punto de partida, ella sirve de referencia a las concepciones humanísticas de la razón de ser y el rumbo de la educación, en ella se plantea el hecho de promover los valores en cada estudiante, de tal suerte que cada uno construya su propio esquema de valores y saberes. En ella se conciben los principios de verdad y justicia, equidad.

En la dimensión pedagógica se establece la importancia de clarificar que la enseñanza está centrada en el estudiantado, de tal suerte que los currícula han de estar centrados en el aprendizaje, potenciando el “aprendizaje significativo”, en ella se establece el cambio de roles del estudiante como un sujeto activo, responsable de su aprendizaje, en donde el docente se ha de convertir en un “coordinador”, “facilitador”, en donde los dispositivos pedagógicos serán diseñados y adaptados de acuerdo a las características del estudiantado. En donde intervienen además la escuela, la familia, la sociedad, entre otros. Todo ello para promover una educación integral, tocando las esferas cognitiva, afectiva y psicomotora, en donde los conocimientos a promover sean los del ámbito científico, humanístico y tecnológico, todo ello articulado en los currícula, con el propósito de “aprender a aprender”, “aprender a hacer”, “aprender a ser” y “aprender

a convivir”.

La dimensión sociológica se hace patente el carácter de universidad pública de nuestra institución y del compromiso y la responsabilidad social que tiene con el estudiantado a su ingreso y con la sociedad cuando éstos egresan. En dicha dimensión se expresa la intencionalidad de la institución de interactuar y cooperar al interior de la misma, así como con su entorno. De ser sí se cumplirá con el “aprender a convivir”, uno de los pilares de la educación, según la UNESCO.

En la dimensión jurídica se establece la necesidad de promover la cultura de respeto a la legislación universitaria, el fomentar la cultura de la legalidad y regular las funciones sustantivas de nuestra universidad.

La dimensión política establece la capacidad directiva de la institución para generar las políticas que orientarán el quehacer de la institución y que serán fundamentales para la instrumentación del Modelo Educativo.

Es necesario para “la instrumentación del Modelo Educativo”, el orientar el trabajo de las instancias que conforman la comunidad institucional y ello está planteado en la Dimensión Operativa. En el PIDE, y es el Plan de Desarrollo Institucional 2006-2010, en el eje estratégico I, en el cual se materializa este apartado del quehacer institucional.

Sin embargo el Modelo Educativo orienta las acciones en forma general, pero se hace necesario para la instrumentación del Modelo Educativo, diseñar el Modelo Curricular Integral UAEH (UAEH, Modelo Curricular Integral UAEH, 2007), cuyo objetivo general es establecer los referentes teóricos y metodológicos par la operatividad de aquél, incorporando las tendencias de innovación curricular y calidad de la educación a nivel estatal, nacional e internacional. Estableciendo en uno de sus objetivos específicos desarrollar la formación integral en los ámbitos “científico, tecnológico y humanista, así como las competencias genéricas y específicas del egresado que den respuesta a las necesidades del contexto estatal, nacional e internacional”.

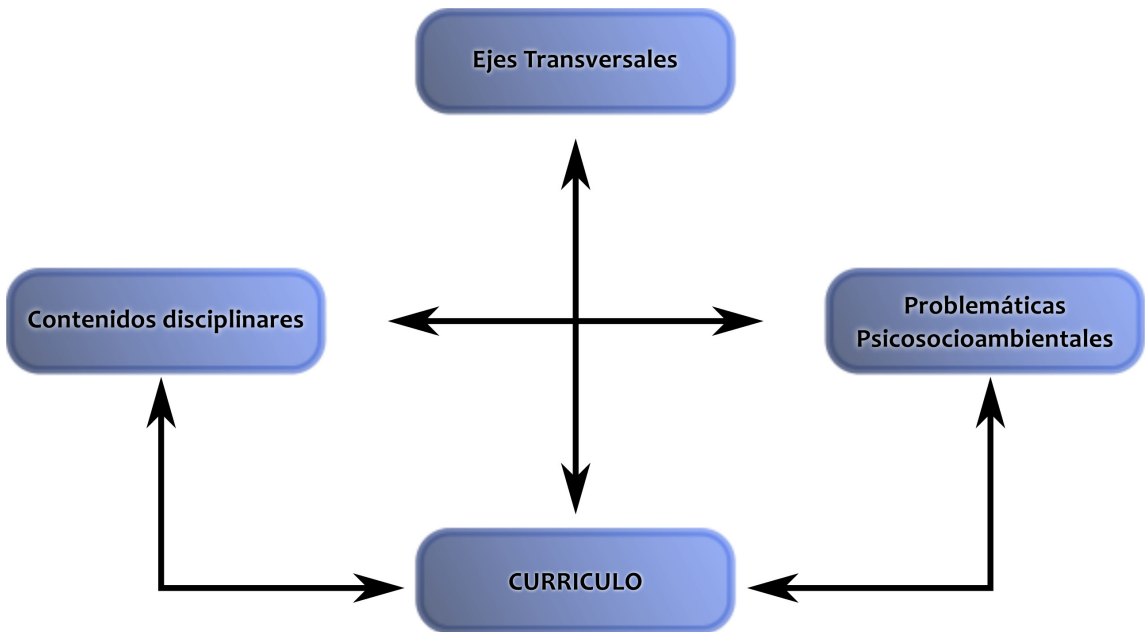
El Modelo Curricular Integral (MCI) se entiende como la síntesis de elementos culturales e intenciones justificadas (conocimientos, valores, costumbres, creencias, hábitos, finalidades) (UAEH, Modelo Curricular Integral UAEH, 2007) (pág. 10), que conforman una propuesta educativa, la cual no es el resultado de un mandato, ni una decisión unilateral, sino que ha sido concebida e impulsada por diversos grupos, y que pretenden ser una guía para el quehacer académico en el contexto educativo en que se desarrolla.

Y serán los ejes transversales, entendidos en nuestra universidad “como conocimientos generales de carácter universal que son transferibles a situaciones nuevas con el fin de que los actores del proceso aprendizaje-enseñanza sean capaces de orientarse de modo racional y autónomo en las diversas situaciones que le generen conflicto de valores y ante las cuales ha de asumir posturas y tomar decisiones de las que se hagan responsables” (Modelo Curricular Integral; 2007), los que permitirán integrar esta gama compleja de aspectos.

Los ejes transversales que nacen de esta IES, obedecen a la problemática social del mundo contemporáneo, son avalados por diversos estudios y derivan en las áreas académicas, son de carácter interdisciplinario y de ellos se deriva el perfil profesional que considera las tendencias de evolución del contexto y las que afectan la formación, condiciones de la situación de trabajo o de la práctica de la profesión; deben ser el marco para ubicar e incorporar conocimientos, habilidades complejas de pensamiento, metodologías, dominio instrumental, entre otros, que giran en torno a los valores; vistos todos ellos en la generación de las competencias. (UAEH, Modelo Curricular Integral UAEH, 2007) .

Pero ahora la complejidad es aplicar lo diseñado, y para el caso de este trabajo, señalaremos como ejemplo, el diseño del Programa Educativo (PE) de Licenciatura en Gerontología, programa de carácter interdisciplinario. En éste, se integraron los tres ejes del MCI, Educación para la igualdad, Educación integral y Educación para la vida activa (UAEH, Modelo Curricular Integral UAEH, 2007), así como el diseñado por el Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH, denominado Educación para la Salud.

Lo podemos esquematizar así.



Los ejes del Modelo Curricular Integral, que son comunes a todos los Programas Educativos de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo son:

1. Educación para la igualdad: Eje transversal que propicia la valoración y respeto por la interculturalidad y garantiza la igualdad de oportunidades por género, edad y condición social, con base en la Declaración Universal de Derechos Humanos, que a la letra dice: “toda persona tiene derecho a la educación y que el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos... y hacer accesible a todos, en condiciones de igualdad total y según la capacidad de cada uno, la enseñanza superior...”.

2. Educación integral: Eje transversal que desarrolla la personalidad del ser humano de forma equilibrada, considerándolo como un ser complejo (biopsicosocial), por lo que cada parte que lo constituye crece y evoluciona armoniosa y proporcionadamente para alcanzar su plenitud, considerando las potencialidades del individuo para desarrollar sus capacidades. Parte del convencimiento de que el ser humano mientras está vivo puede y quiere crecer, así como aprender más. El objetivo de la educación integral es desarrollar habilidades, capacidades, valores, actitudes y aptitudes intra e interpersonales que le permitan a los actores educativos interactuar en diversas situaciones.

3. Educación para la vida activa: Eje transversal que promueve el desarrollo capacidades emprendedoras y creativas para identificar, plantear y resolver problemas en los diversos sectores, implica invertir en los avances de la ciencia y la creación de tecnología en condiciones apropiadas para la consolidación del estudiante como profesional en los planos local, estatal, nacional e internacional.

Y el que se genera a partir de las especificidades de las Ciencias de la Salud es:

4. Educación para la salud: Este eje tributa al proceso de formación y de responsabilidad del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, realice actividades y hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al alumno y prepararlo para que poco a poco adopte un estilo de vida lo más sano posible y conductas positivas de salud.

Lo plasmado en dichos ejes, se integra a lo largo de la licenciatura, a través del análisis de problemáticas como educación para la salud, valores humanos, ecología, medio ambiente, entre otros, vinculándolas a los diversos contenidos disciplinares abordados en las asignaturas que integran los núcleos de formación, ejes temáticos y los campos problemáticos.

El **Núcleo Básico** integra asignaturas institucionales como Aprender a aprender, Fundamentos de la Metodología de la Investigación, México Multicultural y Desarrollo Sustentable y medio ambiente, así como las asignaturas disciplinares, entre las que se encuentran Antecedentes y paradigmas de la gerontología, Contexto sociodemográfico y cultural de la vejez, Calidad de vida y envejecimiento activo y Sujeto gerontológico: una lectura desde la filosofía, la moral, y la bioética.

El **Núcleo de Formación Profesional** incluye asignaturas disciplinares, y tiene como base los tres ejes temáticos de relaciones socioafectivas del adulto mayor, el sujeto senescente y los grupos, así como el de atención de la salud mental del adulto mayor en las instituciones. Este núcleo facilita al alumno la formación interdisciplinaria y las bases de la Gerontología, brindándole el primero y segundo nivel de las competencias genéricas y específicas.

El **Núcleo Terminal y de Integración** tiene como objetivo proporcionar al estudiante de Gerontología los conocimientos, habilidades, actitudes y valores relacionados con el envejecimiento activo y la calidad de vida, de ahí que las asignaturas que lo integran le facilitan alcanzar el tercer nivel de la competencia de “Fomento de habilidades para el envejecimiento activo”. Forma parte de la flexibilidad curricular al proporcionar al estudiante la posibilidad de elegir entre la gama de asignaturas optativas.

El núcleo complementario incluye los programas institucionales de Inglés, Arte y Cultura, Estilos de vida Saludables, así como el servicio social que al quedar integrado en el octavo semestre tiene la ventaja de facilitar al estudiante la orientación y guía docente, a fin de hacer de este espacio un área de oportunidad formativa y experiencial. Asimismo se incluyen el programa para el desarrollo de proyectos productivos en el área de la salud, talleres y clubes, cuya finalidad es fortalecer la formación integral del estudiantado.

Ahora bien, los ejes temáticos que mencionamos con antelación, articulan los contenidos de los campos problemáticos e integran las competencias, así como los rasgos y especificidades de los ejes transversales.



Después de haber señalado en forma general la estructura del PE de Licenciatura en Gerontología, es menester señalar que el diseño de éste es el resultado del trabajo colegiado de funcionarios y directores; de los profesores de tiempo completo y profesores por asignatura, quienes integraron el comité de diseño; así como de la asesoría del personal de la Coordinación de la División de Docencia. Quienes en sesiones interminables, no libres del debate, lograron acuerdos respecto de los elementos a contener en dicho programa.

Señalamos con antelación que el promover los valores es una tarea que permea el programa de Gerontología, el cual queda explicitado en el área de formación integral, pues si bien es cierto que se exige a las universidades la formación de profesionales competentes, también lo es que posean formación en el área de los valores y en su propio desarrollo personal; esto es todavía una demanda mayor en el área gerontológica, por lo que el objetivo general de esta área es desarrollar en el futuro gerontólogo una

actitud de servicio constante y un desarrollo humano equilibrado y armónico, con un alto compromiso social, a fin de proporcionar al adulto mayor un servicio profesional de alta calidad enmarcado en el humanismo a partir del desarrollo de los valores universitarios.

Pues si algo está en el centro de la licenciatura en Gerontología es el fomento de la calidad de vida del adulto mayor, lo cual no se podría lograr si se descuida la propia calidad de vida del estudiante; por ello, el área de formación integral tiene como objetivo específico incluir y fomentar asignaturas y programas institucionales orientados a brindar a los educandos los elementos de formación y desarrollo personal, a fin de lograr una adaptación crítica y propositiva desarrollando su locus interno y atendiendo sus valores personales y profesionales. (UAEH, Programa Educativo de Licenciatura en Gerontología, 2009).

De tal suerte que no lo ven como algo ajeno a ellos, y al incorporarlo a su vida y a su desarrollo personal, entonces lo pueden brindar a las personas a quienes les brinden un servicio profesional.

Los aspectos señalados con antelación, potenciarán el cubrir el perfil de egreso de licenciatura en Gerontología, en el que se señala: “El egresado del programa educativo de Gerontología evalúa, planea, atiende y da seguimiento a los aspectos biopsicosociales de la población adulta mayor retomando la perspectiva del ciclo vital con un enfoque interdisciplinar de análisis, reflexión y comprensión de los fundamentos teórico-epistemológicos que le permiten intervenir, investigar y crear diversas estrategias mediante el diagnóstico, selección, adaptación, diseño y aplicación de modelos, técnicas, métodos y procedimientos, sobre el viejo, la vejez y el envejecimiento, así como el fomento de un envejecimiento saludable, con un alto compromiso bioético, social y humanista” (consultar en el Anexo II el Perfil de Egreso por conocimientos, habilidades y valores).

Ahora bien, sabemos que no en todos los casos se le da relevancia al compromiso bioético, social y humanista del gerontólogo, pues como lo señala Bermejo (Bermejo Higuera, 2007)(pág. 30), “... son pocos los problemas éticos relacionados con los mayores que son objeto de estudio, se diría a riesgo de ser políticamente incorrecto, que la bioética se ocupa –quizás a la sombra de la medicina- de “casos realmente interesantes”, donde la gerontología ocuparía un lugar marginal”.

Señala además que no es común encontrar comités de bioética asistencial en las denominadas residencias para mayores, no menos interesante resulta el comentario que hace acerca de que es una rareza encontrar expertos en bioética que se especialicen en problemas éticos asociados al envejecimiento y los conflictos que pueden aparecer en esta etapa de la vida. Además de que en la formación médica, enfermería y de los auxiliares o cuidadores, no es común que cuenten con esa formación, que en el mejor de los casos reciben algunas indicaciones sobre la ética de cuidar.

Si a ello sumamos que en un momento histórico como el que vivimos, en el cual el avance tecnológico, las dinámicas economicistas, la escasez de recursos, de las miradas negativas de la vejez, el no contar con políticas públicas orientadas a generar programas o proyectos que permitan a los adultos mayores ser parte del sector productivo, y que los conciben como una carga no solo para la familia, sino para el Estado, conllevan el riesgo de cosificar al sujeto, por ello en el PE de Gerontología, se apunta a que los egresados de éste, fomenten el envejecimiento saludable, partiendo de la interiorización de los valores promovidos durante el proceso de su formación profesional en la licenciatura, y que ha de cultivar a lo largo de su vida y ejercicio profesional, pues dicho proceso no culmina en la licenciatura.

Visto así, en dicho PE, se promueve una formación integral, que como egresados desarrollen una mirada del adulto mayor, que no parta de cómo la sociedad ha instituido al “viejo, la vejez y el envejecimiento” desde enfoques negativos, desde el enfoque del cuidador, entre otros, sino que a partir de su formación como licenciado o licenciada en Gerontología cuente con los conocimientos, habilidades, las competencias, los valores que en un primer momento le permitan “mirar al viejo, la vejez y el envejecimiento” en su complejidad, para entender lo fundamental del abordaje interdisciplinar de éstos temas y sus implicaciones, para a partir de ello generar las alternativas de solución que los adultos mayores estamos exigiendo, aquéllas que las sociedades del siglo XXI necesitan, las que nos permitan gozar de un envejecimiento activo, y vivir con calidad. Retos, todos ellos para los estudiosos de la Gerontología.

Lo anterior no sólo exige conocimientos disciplinares, sino promover el desarrollo de Valores, que

tributen a la formación integral de los egresados en la licenciatura en Gerontología, para contar con elementos para el manejo pertinente de los procesos de duelo, de los sentimientos de frustración, para promover la salud, los estilos de vida saludable, que fomente el envejecimiento saludable. Todo ello se aborda con deferentes temas y estrategias en la licenciatura.

Tal es el caso del área de formación integral está conformada por tres asignaturas institucionales que son aprender a aprender, México Multicultural y desarrollo sustentable, tres programas institucionales como son Inglés (seis niveles), Desarrollo de estilos de vida Saludable: Estrategias de prevención de adicciones, Activación física, Talleres con temas de Salud mental, prevención de accidentes, y una actividad común a todos los programas del Instituto de Ciencias de la Salud, desarrollo empresarial para el profesional de la salud, clubes de ajedrez, campismo, entre otros. ,

Así como incluir actividades específicas por Áreas de Formación Interdisciplinarias

Modalidad por Áreas de Formación Interdisciplinarias

Ejes Transversales	Rasgos	Especificidades	Áreas de Formación Interdisciplinarias	Estrategias para abordar la especificidad
<p>EDUCACIÓN PARA LA SALUD</p> <p>Proceso de formación y de responsabilidad del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, realice actividades y hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al alumno y prepararlo para que poco a poco adopte un estilo de vida lo más sano posible y conductas positivas de salud.</p>	<p>Calidad de vida</p>	<p>Fomentar la calidad de vida a través de contenidos del proceso salud enfermedad, la promoción del autocuidado y estilos de vida saludable.</p>	<p>Evaluación Gerontológica</p> <p>Intervención Gerontológica</p> <p>Investigación Gerontológica</p>	<p>Incluir las especificidades del eje en las actividades de tipo actitudinal-valórico de las competencias a través de las asignaturas de las AFI correspondientes a la columna anterior</p>
	<p>Ínter y Transdisciplina</p>	<p>Capacidad para el desarrollo de conductas promotoras de la salud, mediante un proceso formativo ínter y transdisciplinar que impacte en su autocuidado y en el bienestar y calidad de vida de la sociedad.</p>		

Además de las señaladas, por ejemplo, en la Tabla de Competencias Específicas del Programa Educativo en Gerontología

Sabedores de que no es suficiente el diseño, sino el llevar a la práctica lo plasmado en éste, será el trabajo colegiado de los profesores, el diseñar las actividades integradoras lo que potenciará la operacionalización del mismo en los términos planteados en aquel. Así entonces, se organizaron academias horizontales y estarán integradas por los profesores que impartan las asignaturas en cada semestre. Se planteó la existencia de la academia curricular, conformada por los integrantes del comité de diseño y cuya finalidad

es revisar, analizar, organizar y actualizar los contenidos y componentes del programa, de forma dis, inter y transdisciplinar, teniendo como referencia las propuestas de las academias horizontales y de formación

Competencia	Verbo	Objeto	Condición	Niveles y dimensiones de la competencia	Proceso cognitivo	Indicador	Parámetros de Observación
<p>Descripción</p> <p>2. Acompañamiento psicogerontológico</p> <p>Es el conocimiento y aplicación de los fundamentos teóricos, y modelos de evaluación e intervención de la psicogerontología, desde una perspectiva dinámica-humanista, para prevención, y atención de los problemas psicosociales del adulto mayor.</p>	Acción	<p>Conocimiento o habilidad que se refleja</p> <p>Las teorías y modelos de la psicogerontología en las áreas diagnóstica, de atención e intervención</p>	<p>Indicador con el que se va a medir</p> <p>A fin de detectar los principales problemas de salud mental del adulto mayor y proporcionar orientación y acompañamiento.</p>	<p>Nivel 3</p> <p>Dimensiones:</p> <p>a) Profundización</p> <p>Anticipa, planifica y diseña de manera creativa respuestas y soluciones a situaciones complejas</p> <p>b) Autonomía</p> <ul style="list-style-type: none"> Alto grado de autonomía personal. Responsabilidad por el trabajo de otros. Responsabilidad análisis, diagnóstico, diseño, planeación. Asume riesgos y emprende actuaciones con total independencia <p>c) Complejidad</p> <p>Competencias en actividades y situaciones complejas de trabajo (técnicas o profesionales) desempeñadas en una amplia variedad de contextos, a menudo impredecibles.</p> <p>Halla soluciones integrales y globales. Tiene muy en cuenta las interrelaciones y la transferibilidad de las mismas.</p>	Tipo de Saber	<p>Actividades relacionadas con el tipo de saber que debe realizar el educando</p> <p>1. Planea, evalúa y toma decisiones para solucionar problemas complejos, relacionados con la salud mental y bienestar del adulto mayor, de manera interdisciplinaria basada en los modelos de la psicogerontología.</p> <p>2. Mantiene un liderazgo colaborativo y solidario trabajando en equipos multi e interdisciplinarios con responsabilidad ético-social, a fin de dar respuestas integrales a los problemas multifactoriales de salud mental que presenta el adulto mayor.</p> <p>3. Resuelve problemas de la profesión de forma creativa, en diversos contextos y escenarios.</p>	<p>Elementos que deben contener las rúbricas</p> <p>Planea cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifica prioridades Anticipa eventos Diseña planes de trabajo <p>Evalúa cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sostiene con evidencias Establece el uso, la meta, de lo que se va a realizar y el modelo en el cual apoyarse para juzgar el valor de una cosa Estima el valor de una teoría, modelo u acción para su aplicación a casos concretos. <p>Toma decisiones cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Jerarquiza Ordena prioridades Asume consecuencias Realiza juicios de valor para discernir sobre las cosas y acciones a realizar Toma riesgos <p>Lidera cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trabaja en equipo Mantiene una actitud solidaria y cooperativa. Coordina acciones Delega funciones Se comporta responsablemente <p>Resuelve problemas cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determina, razona, crea Tiene visión para generar diferentes alternativas

disciplinar. A las anteriores se suman las academias de formación disciplinar, en función de los ejes temáticos o campos problemáticos y tienen como finalidad proponer actualizar los contenidos del plan de estudios en razón del desarrollo tecnológico, dis, inter y transdisciplinar para contribuir a la mejora de los procesos didáctico pedagógicos, siendo cinco academias por ejes temáticos y campos problemáticos y siete por áreas de formación. Finalmente están las Academias institucionales.

Desde luego que la evaluación curricular será elemento fundamental, no sólo para evaluar que se ha cumplido y en qué nivel, sino para promover adecuaciones en aquellos componentes que no se estén realizando las acciones conforme a lo planeado y que por ende no tributan al cumplimiento del perfil de egreso del estudiantado de la licenciatura en Gerontología.

BIBLIOGRAFÍA

- Delors, J. (1996). La educación encierra un tesoro. Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional para el siglo XXI.
- UNESCO, Santillana. Madrid.
- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Modelo Educativo de la UAEH. Pachuca, Hgo.
- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Modelo curricular Integral. UAEH. Pachuca, hgo.
- Morín, E. (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. UNESCO. Paris, Francia.

***DIFERENTES FORMAS DE EXPERIMENTAR EL TRABAJO,
DIFERENTES FORMAS DE EXPERIMENTAR EL DESEMPLEO. UNA
APROXIMACIÓN A LA COMPLEJIDAD DE LA JUBILACIÓN Y LA
REINSERCIÓN LABORAL EN LA EDAD MADURA***

C.D. Ma. Del Rocío Pérez Rosas.

Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa.

E-mail: perezrocio2003@yahoo.com.mx

Resumen

El presente artículo inicia dando cuenta de algunas de las diferentes formas de vivir el trabajo en la actualidad. Donde más allá de un concepto general transversal de lo que significa trabajar, se pueden apreciar diferentes formas de experimentar e introyectar el trabajo a través de entretejidos individuales y sociales complejos; donde la edad es solo uno de los factores reconfigurantes de su significado y reapropiación. Así, dando cuenta de fenómenos laborales recientemente estudiados en México, que tienen que ver con la satisfacción, la salud y la seguridad en el empleo. Se explora el reverso al trabajo: el desempleo, la opción o no opción de una jubilación y para otros casos, la búsqueda de la reinserción laboral. La variable correspondiente a la edad en esos escenarios complejizan el panorama de transición y cambio.

Palabras clave:

Empleo, salud en el trabajo, Nuevas tendencias en las relaciones laborales.

Como se vive el empleo

La ocupación es un elemento decisivo en la construcción de la identidad. El trabajo invade todos los aspectos de la vida. El trabajo da la posibilidad de generar bienes materiales para cubrir nuestras necesidades básicas e idealmente también otras necesidades como las de esparcimiento y desarrollo. Puede generar prosperidad, satisfacción y seguridad; brindar los medios para acceder a una vida personal y familiar estable. Pero también puede generar insatisfacción, malestar y deterioros en la salud. El trabajo puede ser, para algunos, un mal necesario.

Stud Terkel, historiador y locutor norteamericano, quien realizó historias orales del trabajo en su libro "Working" publicado por primera vez en 1974, expresaba que "el trabajo para algunos podía no ser una experiencia de vida, sino una especie de muerte de lunes a viernes". La insatisfacción laboral y el estrés que se deriva tras un periodo prolongado de vivirlo, es parte importante de los estudios laborales actuales. Así podemos dar cuenta del fenómeno del "burnout".

El síndrome de "Quemarse por el trabajo" o "burnout" se concibe como una forma de respuesta al estrés crónico identificado por actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja, hacia el propio rol profesional y la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Sandoval (2000) expone que el "burnout" es una experiencia subjetiva que tiene un matiz negativo para el individuo y que se contextualiza en el entorno social, el plano organizacional, las relaciones interpersonales y el nivel del individuo.

Sin embargo habrá que leer a Nicole Aubert y a Vincent De Gaulejac (1993) para poder ubicar otra

posibilidad de vivir el trabajo: “El sistema managinario”.

Aubert y Gaulejac realizaron una investigación llevada a cabo por el Laboratorio de Transformación Social (Universidad de Paris VII). La investigación empírica tomo como base varias empresas importantes en las que se realizaron entrevistas individuales y de grupo a cuadros medios y managers. Se parte del principio de la excelencia y la perfección como pilares del funcionamiento interno de la sociedad contemporánea. Lo que ellos denominan como “sistema managerial” inicia con la interiorización de los valores de la empresa. “El sistema managerial” se refiere a la adhesión a la organización, una adhesión apasionada, enmarcada por el amor-dolor; donde el individuo se fusiona con la organización a través de una dependencia psíquica. Este concepto involucra la angustia de la pérdida de uno mismo que conlleva a darse al otro, en este caso a la empresa, quien devora al sujeto. No hay espacio psíquico para vida privada o algo más que la propia organización. La computadora portátil y con ella los asuntos de la compañía acompañan al sujeto sábados y domingos. Sin necesidad de que sea un encargo específico del jefe inmediato. En la organización se vierten las emociones, los deseos, el odio y los temores. La organización es un todo.

Hasta el momento el “burnout” y “el sistema managinario” son diferentes maneras de vivir la experiencia de trabajo. Donde en la primera el sujeto parece ya no poderse sostener dentro de la organización y en la segunda el sujeto parece ya no poderse sostener sin la organización.

Estas formas específicas de involucrarse con el trabajo generaran formas específicas de separarse y vivir una jubilación, en el caso idóneo de que exista entendida como la posibilidad de no trabajar. Para el caso del “burnout”, la necesidad de atención física- psicológica es inminente. Sin embargo en un país como el nuestro en el que éstos fenómenos son aún poco estudiados y conocidos, sobre todo por los médicos de los sistemas de salud pública, el panorama que acoge a los individuos que lo viven, tiende a acorralarlos a la separación del organización por causas de salud física. Cuando renuncian o pierden el empleo la posibilidad de vivir una depresión aguda es alta, lo cual obstaculiza su reincorporación a la vida laboral. Se requiere elaborar la experiencia de trabajo que le antecede. Que en la mayoría de los casos responde a años de afección asociada como un evento traumático para el sujeto.

En lo que se refiere a la separación laboral dentro del “Sistema Maginario”, el individuo vivirá “la quemadura del ideal del Yo”, entendiéndose el ideal del yo como un ideal de celebridad y triunfo. Aubert y Gaulejac (1993) también exploraron que pasaba cuando la organización se retira, cuando ya no manifiesta ni el amor ni el reconocimiento. Advirtieron que el Yo del sujeto queda en cierto modo aniquilado por ésta pérdida a través de vivir una fase brutal del hundimiento; una fase de melancolía (de perdida de vitalidad, de tedio y de desesperación), puesto que el sujeto no se concibe fuera de la organización ya que ha vivido intrapsíquicamente a través de ella. En el hipotético de que después de la separación con la organización el individuo acceda a una jubilación, es muy probable que se asuma como un cambio devastador y sin significado propio, aun contando con recursos económicos adecuados para estar tranquilo y cómodo. En un panorama de reinserción laboral, tratara de no sufrir otra “quemadura del ideal del Yo”. Se requiere que el individuo restituya su imagen del Yo de manera independiente a la organización y su ideal. Para facilitar ambos procesos se sugiere ayuda de un profesional por alguien que conozca éstos temas, sus implicaciones psicológicas y emocionales y tenga experiencia en atenderlos profesionalmente.

Las dos formas anteriormente analizadas de vivir el empleo, son ejemplos de complejidad en las relaciones laborales cotidianas. La vivencia del trabajo es única y subjetiva, sin embargo las estructuras organizacionales, su cultura y procesos de trabajo influyen directamente en su configuración. Esta vivencia del ámbito laboral esta permeada por otros factores recientemente estudiados, como son: el género, la etnicidad, el mobbing y la edad entre otros factores que podrán actuar como barreras estructurales y matizar, o en algunos casos determinar, la experiencia del trabajo, su acceso o salida al mismo.

En el caso de las mujeres la maternidad trastoca de una forma directa. Por lo general se habla de una doble jornada laboral (la relativa al trabajo y la relativa al hogar y la crianza de los hijos).La OCDE¹ manifiesta que “se continua creyendo que las tareas del hogar y el cuidado de los hijos son principalmente

1. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) 2002. “*Perspectivas del empleo 2002*”, ministerio del trabajo y asuntos sociales, Madrid. Pag. 106-107

responsabilidad de las mujeres, cualquiera que sea el lugar en que se realicen”. El Hostigamiento sexual, tiene mucho más incidencia en el género femenino. El ascenso profesional puede significar una complicación para abrirse a una vida familiar como madres y esposas. En el caso masculino, la ausencia de empleo trastoca totalmente su identidad, determinada comúnmente en su rol de proveedor, por lo que la ausencia de este rol genera depresión y baja autoestima.

El fenómeno “mobbing”, representa otra manera de vivir el empleo e incluso el abandono del mismo. Se entiende como Mobbing a “toda conducta abusiva (gesto, palabra, comportamiento o actitud...) que atenta, por su repetición o sistematización, contra la dignidad o integridad psíquica o física de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando el ambiente de trabajo”. Hirigoyen, (2001). El mobbing genera trastornos severos en la salud física y psíquica de la persona. Hirigoyen expone en su investigación sobre mobbing, (la cual no corresponde a México pero sirve de referencia) que el 37% de los casos de acoso moral viene seguido de la separación de la empresa por parte de la persona acosada. Donde el 1% acaba prejubilándose. Aunque al sumar el 30% de las personas que se encuentran en una situación de larga enfermedad, invalidez o paro por prescripción médica, se llega al total de 67% de casos en que la persona es excluida del mundo laboral, al menos temporalmente.

El plan tradicional de jubilación dentro de un contexto de Mobbing, resulta alta mente desgastante. Sobre todo en el panorama de los 55 a 60 años en los que la reinserción laboral con esquemas de seguridad social no es fácil de conseguir. Soportar y esperar que pase el tiempo para alcanzar el requisito legal que permite una pensión parece ser la única alternativa de vivir el mobbing cuando esta problemática organizacional no ha sido trabajada de forma preventiva ni por autoridades ni por las organizaciones en su mayoría.

Otra forma de vivir el trabajo, quizá bastante común en nuestros días, es la experiencia de un recorte de personal, situación ajena a nuestro control. Algunas organizaciones que pretenden introducir un enfoque humanista y al mismo tiempo minimizar el impacto negativo de los cambios estructurales. Así, recurren a los planes de “Outplacement”. El “Outplacement” es una herramienta organizacional susceptible a ser utilizada en procesos de cambio donde involucra despidos en su personal.

El enfoque está en asistir a las personas afectadas: los que se quedan, los que cambian de funciones y los que se van. Se busca asumir la responsabilidad social en el proceso y reducir los costos que generan la incertidumbre y un mal clima laboral. El plan “Outplacement” es desarrollado por un grupo de expertos generalmente con experiencia en comunicación organizacional, reclutamiento y selección y diseño de planes de vida y carrera. Los programas “Outplacement” varían según la organización y sus recursos. Es un modelo costoso y tiende a encontrarse solo en empresas grandes y en su mayoría transnacionales. Sin embargo la propuesta es interesante, ya que incluyen, de manera general, asistir principalmente al trabajador que deja de pertenecer a la empresa en su búsqueda ya sea de re- inserción laboral o de autoempleo. Se crean redes de contacto, se reformula el curriculum y se buscan oportunidades, de acuerdo a las características económicas e intereses propios de la persona, con la finalidad de volver a generar ingresos que le permitan realizarse personal y profesionalmente. Estos programas, por desgracia suelen estar enfocados de manera selectiva para gerentes medios y puestos Directivos. Sin embargo, ha habido aplicaciones que involucran niveles inferiores.

La forma en que se desvincula un trabajador de su organización a través del “outplacement” es quizá, un buen punto de referencia para poder plantear la necesidad de espacios de fácil acceso, gratuitos o de bajo costo que brinde asesoría en la elaboración de un plan de jubilación o reinserción laboral desde los 45 años, edad en la que pese a estar en una plena y prometedora juventud madura, las políticas generales de Reclutamiento y selección se tornan discriminatorias, acentuándose el problema con la alta oferta de profesionistas Jóvenes que pueden ser contratados por un menor salario. Existe una dificultad en la reinserción laboral, misma que en algunos casos, quizá la mayoría, se busca anticipadamente la adopción de otro proyecto de vida como el de la iniciación empresarialmente.

El Outplacement, es interesante como modelo de partida para poder desarrollar una propuesta propia, es un servicio de consultoría especializado en reducir el conflicto emocional causado por la separación del empleo. Aborda el duelo emocional y al mismo tiempo, orienta a la persona sobre cómo aprovechar sus

fortalezas, definiendo objetivos y planificando su proyecto laboral de manera eficiente y exitosa.

Debido a que cada experiencia es individual y cada situación es diferente, el programa de trabajo tiene una fuerte orientación personalizada, a través de un paquete de herramientas (tanto técnicas como psicológicas) que le ayudan a superar y a enfrentar la separación laboral, con una visión optimista de su futuro.

La edad madura se acompaña de retos, pero se requiere una infraestructura de soporte, opciones, profesionistas que puedan brindar estos servicios. Contemplando la realidad mexicana, sus recursos y limitaciones. Por ejemplo, la mayoría de la bibliografía norteamericana relacionada al retiro o jubilación, como un momento ideal para el esparcimiento, los viajes, el descanso y la tranquilidad. Hay que destacar que Estados Unidos de América tiene una realidad socio-económica diferente a México, en la que su panorama de Jubilación y retiro es más prometedor que el nuestro. Para resaltar ésta diferencia casi abismal entre Estados Unidos de América y nosotros, citare a los “Baby Boomers”. Se refiere a una generación que corresponde a los niños nacidos entre 1946 y 1962; quienes representan un tercio de la población de ese país. Se destaca a los “Baby boomers” por ocupar y por marcar los estilos de comportamiento predominantes en la sociedad norteamericana. Actualmente ésta generación está envejeciendo; algunos aspectos que caracterizan su forma de asumir esta edad las refiere Krauss, Susan y Willis, Sherry (2006) exponiendo que buscan retardar la evidencia física de esta etapa a través del culto al cuerpo joven, donde el ejercicio, el botox y la industria del anti envejecimiento está presente. “Los baby boomers” distan de ser para nuestro país el modelo de envejecimiento predominante. Nuestra realidad implica factores muy específicos de carácter socio-económico que trastocan a cada adulto mayor.

En México la mayoría de los esquemas de pensión tienden a no dar la tranquilidad económica esperada. El empleo formal en cierta medida se restringe a sólo unas cuantas personas privilegiadas, dejando desamparada a una gran parte de la población. Los adultos mayores no son la excepción y por ello tienen que buscar otras opciones dentro del mercado laboral. Incluso algunas personas que tienen un ingreso por pensión o jubilación, suelen recurrir al empleo como fuente de ingresos, dado que los montos monetarios otorgados son insuficientes para llevar una vida digna (Hakker, 2004).

De acuerdo con datos del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal, la ciudad de México es la entidad con el mayor porcentaje de personas mayores de 60 años. La esperanza de vida es de 72.4 años para los hombres y 77.4 años para las mujeres. Datos del Consejo Nacional de Población (Conapo) destaca que en México hay 8.2 millones de personas de 60 años o más y en 2030 se espera que sumen en total 22.2 millones.

Bajo la perspectiva de Vega y Bueno (1995) la jubilación puede estar presente en diferentes momentos de la vida, bien sea de manera voluntaria o por determinadas circunstancias vitales como por ejemplo la pérdida de empleo, la dedicación al cuidado de la familia y las enfermedades entre otros; donde cada vez muchas más personas se jubilan a edades tempranas y en una situación personal en la que no pueden considerarse viejas, otras nunca se jubilan y algunas vuelven al trabajo después de jubilarse. Entonces, reflexionando en los dos últimos párrafos de éste texto, el panorama de trabajo, desempleo, jubilación, y reinserción laboral en el 2030 no parece alentador.

BIBLIOGRAFÍA

- Cambrón, Ana L. (2008) “Condiciones laborales de los adultos mayores en México 2006” (Tesis de Maestría- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales), [en línea].
- Disponible en: http://conocimientoabierto.flacso.edu.mx/medios/tesis/cambron_al.pdf
- De la Garza, Enrique; Salas, Carlos; et al (2000) “Reestructuración productiva, mercado de trabajo y sindicatos en América Latina” Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Buenos Aires.
- Gómez, Cristina “Seguridad social y envejecimiento: la crisis vecina” en: Rabell, Cecilia (Coord.) Los retos de la población. Juan Pables Editor S.A y La facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Primera edición, México 1997.
- Hakker, Ralph. “Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina” en Ariza,

- M. y Oliveira, O. (coord.) Imágenes de la familia en el cambio de siglo. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2004.
- Hirigoyen, Marie-France (2001) "El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso" Paidós Contextos. Barcelona.
 - Kail, Robert; Cavanaugh, John (2008), "Desarrollo humano, una perspectiva del ciclo vital", Editorial Cengage Learning, México.
 - Krauss, Susan and Willis Sherry (2006) "The baby boomers grow up. Contemporary perspectives of midlife" Lawrence Erlbaum Associates, Inc. New Jersey
 - Lagos, R. "¿Qué se entiende por la flexibilidad del mercado de trabajo?" en Revista de la CEPAL no. 54, diciembre, 1994.
 - Montes de Oca, V. "Envejecimiento en México. Condición social y participación económica de la población con 65 años y más en la Ciudad de México." Tesis de Maestría en demográfica, El Colegio de México. México, 1995.
 - [Moragas, Ricardo, \(1998\) "Gerontología Social", ed. Albor, Barcelona.](#)
 - [Newman, Betsy Kyte \(2008\) "Retiring as a career: making the most of your retirement", Praeger, Connecticut. E.U.A](#)
 - [Peña, Florencia; Ravelo, Patricia et al. \(Coord.\)\(2007\) "Cuando el trabajo nos castiga. Debates sobre el Mobbing en México". Ediciones y gráficos EON, Servicio Europeo de Información sobre el mobbing y Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco. Barcelona.](#)
 - Ramírez, B. "Las perspectivas económicas y sociales frente al envejecimiento". Envejecimiento demográfico empleo. Memorias del taller de expertos en envejecimiento demográfico y políticas de empleo para grupos vulnerables. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. México, 1999.
 - Rendón, T. "Trabajo de hombres y trabajo de mujeres en el México del siglo XX". Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género y Centro de Investigaciones Multidisciplinarias. México, 2003.
 - Sandoval, Jorge "El estudio de la alteración mental y el trabajo: el síndrome del trabajador quemado o burnout" [Salud Problema 8, Nueva Época, Año 5. Págs. 51-64. junio de 2000.](#)
 - Schnore, Morris M. (1985) "Retirement bane or blessing?" Wilfrid Laurier University press, Canada.
 - Schwalbe, Robert (2008) "Sixty, sexy, and successful: A guide for aging male baby boomers" Praeger, E.U.A
 - Shaffer, Robert. (1989) "Occupying the Summit: The guide to successful retirement planning" Wordware. E.U.A
 - [Soucy, Monique \(2006\), "Me duele mi trabajo" Ediciones Gestión 2000, Barcelona.](#)
 - Studs Terkel. (1974) "Working: People Talk About What They Do All Day and How They Feel About What They Do" Random House, New York.
 - Triado, Carmen; Villar, Feliciano (Coords) (2006) "Psicología de la Vejez". Alianza Editorial. Madrid.

ENFERMEDADES Y ALTERACIONES BUCALES FRECUENTES EN EL ADULTO MAYOR

Islas Granillo Horacio.

Cirujano Dentista, Maestro en Periodoncia, Profesor Investigador del Área Académica de Odontología, ICSa, UAEH

Palabras Clave: Anciano, Periodontitis, Gingivitis.

RESÚMEN:

El envejecimiento es un fenómeno de alcance mundial y actualmente el número de ancianos esta en incremento. Se estima que la cantidad de ancianos en el mundo llegó a 506 millones a mediados del 2008. Esta cifra se duplicará a 1.300 millones en el 20401, lo que representará un 14 por ciento de la población total global, en el año 20502, 1 de cada 3 habitantes será adulto mayor. Por otro lado se llama estomatología geriátrica al área de la medicina que se ocupa del cuidado bucal de los ancianos y el conocimiento de los cambios propios de la edad, las enfermedades del aparato estomatognático y su relación con su condición sistémica, así como de la terapia respectiva. Por otro lado el 20 % de los ancianos derechohabientes en el país no tiene ninguna forma de ingreso ya sea personal o por ayuda de familiares. 80 % tiene algún padecimiento crónico (La hipertensión, la diabetes, la artritis y la depresión). Alrededor del 5-7% por ciento tiene siete o más problemas de salud y demandan atención médica de larga duración, hospitalización prolongada y personal especializado. Las enfermedades bucales del ancianos son múltiples y variadas, frecuentemente los ancianos presentan caries radicular en dientes con recesión de encías, además de presentar edentulismo y muy frecuentemente gingivitis y periodontitis.³ Por otro lado los ancianos también presentan cambios en los tejidos del sistema Estomatognático tales como hiposalivación, alteraciones en mucosa y tejidos de boca, desgastes y fracturas dentales, etc.⁴ Las alteraciones de los tejidos periodontales en parte se presentan por el envejecimiento de los tejidos que soportan y sostienen los dientes, además de ser el resultado del uso y función de estos⁵ Sin embargo es frecuente que presenten una enfermedad infecciosa llamada periodontitis atribuida a cierto tipo de bacterias llamadas flora periodontopatógena, que afectan al aparato de inserción dental y puede culminar con la pérdida dental e incluso el edentulismo total⁶ Esta enfermedad infecciosa es tratable y en muchos casos puede controlarse aunque frecuentemente deja secuelas en el individuo afectado⁷. La complicación más grande llega a presentarse cuando el anciano presente enfermedades sistémicas tales como diabetes o cardiopatías que modifican el curso de estas enfermedades⁸ Por tanto es conveniente establecer programas preventivos y de control de este tipo de padecimientos que ayudarán a mejorar la calidad de vida del anciano.

BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.conapo.gob.mx/>
- Heredia, Sánchez y Borges, 1999. Taboada y col., 2000
- Encuesta nacional de salud 2000
- Lindhe Jan. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Ed Panamericana 2001
- Little SJ, Hollis JF Effective group behavioral intervention for older periodontal patients, J periodontal Res 1997;32:315-325
- Genco Goldman, Cohen. Periodoncia. Ed Mc Graw Hill, 1998.
- Carranza F. Newman M Periodontología Clinica. Ed Mc GrawHill, 8ª ed, 1996.

GERONTOLOGÍA, CUIDADOR Y ADULTO MAYOR: SIGNIFICADO PSICOLÓGICO PARA ESTUDIANTES DE LA LIC. EN GERONTOLOGÍA

Heli Jesset Álvarez Hernández, Vera Denisse Suarez Guadarrama, Dora María Martínez Albarrán, Edith Gpe. Martínez Morales.

Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Enfermería y Obstetricia. Lic. En Gerontología.

E-mail: Dorisma37@yahoo.com.mx

Las nuevas tendencias demográficas se traducen en la inversión de la pirámide poblacional de muchos países y los cambios que se producen en la sociedad (aparición de servicios sociales organizados, cambios en el sistema de organización familiar, incorporación de la mujer al ámbito laboral, avances tecnológicos y nuevos adelantos médicos, entre otros) repercuten en un incremento de las necesidades y servicios sociales para los adultos mayores. Lo anterior llevó a plantear el desarrollo del trabajo de investigación encaminado a conocer cual es el significado psicológico que tienen los alumnos de la Licenciatura en gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de México sobre los conceptos de gerontología, cuidador y adulto mayor.

Para desarrollar este trabajo se aplicó a 58 estudiantes de segundo y cuarto periodo de la Lic. en gerontología es un instrumento basado en la técnica de Redes Semánticas Naturales (versión modificada por Valdez, 1991). La técnica consiste en dar una palabra estímulo, a partir de la cual los sujetos definirán con la mayor precisión posible con palabras relacionadas con el concepto de estudio, considerando que el significado que tiene cada persona sobre un concepto, es un elemento particular producto del conocimiento y de la experiencia que se tenga al respecto y el cual tiene efectos sobre el comportamiento de los individuos tanto personal como profesionalmente, posteriormente se solicita a los sujetos jerarquizar las palabras que dieron como definidoras. El conjunto de todas las palabras generadas se someten al proceso estadístico propio de la técnica para obtener los valores significativos de la red semántica, con dichos resultados se procede a realizar el análisis e interpretación de los mismos.

Entre los datos más relevantes de este trabajo se encontró que el 80% de los sujetos son mujeres y el 20% son hombres, cuyas edades oscilan entre 17-21 años edad con un 88%, y el resto entre 22 y 26 años de edad (12%). Con relación a la red semántica se encontró que para el concepto de gerontología las palabras asociadas son ciencia, adulto mayor, envejecimiento, vejez y estudio, lo que significa que conceptúan a la gerontología como una ciencia del estudio del envejecimiento. Para el caso de cuidador las palabras son atención, persona, paciente, amor y ayuda lo que implica el servicio de atención que brinda el cuidador a través de las características del humanismo, y para el concepto de adulto mayor las palabras asociadas son: experiencia, sabiduría, vejez, anciano lo que significa que los estudiantes tienen una idea del adulto mayor con relación a sus características propias a esta etapa de desarrollo. Por lo que la interrelación de estos vocablos nos da una idea muy clara de que el concepto que manejan los estudiantes de gerontología esta vincula con el objeto de su estudio.

GERONTOTECNOLOGÍA, FILOSOFÍA Y NEOLIBERALISMO

Edgar Jaime Blanco Campero.

Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. TESIS.

La Gerontología área de conocimiento que estudia la vejez y el envejecimiento desde un enfoque biopsicosocial juega un papel muy importante en la inclusión de la tecnología, como soporte y apoyo en la innovación para la atención a dicho proceso y no sólo eso, sino también como recurso que permite la conformación de nuevas técnicas, estrategias y métodos que apoyen el desarrollo social en materia de adultos mayores. La Red temática de Envejecimiento, Salud y Desarrollo Social del Instituto de Geriátría México, (2010), asevera que la Gerontotecnología es la que “Promueve y favorece innovaciones tecnológicas en productos y servicios que responden a las necesidades de las personas mayores, en base al conocimiento científico acerca del proceso de envejecimiento, considerando las diferencias culturales e individuales”. Dicha red de reciente creación y la Gerontotecnología podrían conformar una línea de investigación en nuestro país, trabajando así con un enfoque gerontológico multidimensional.

La tecnología nos brinda ayuda constante en la realización de nuestras actividades diarias, sin embargo, ésta puede ser adaptada para el desarrollo social e intervenir en la mejora de la calidad de los servicios de atención, y mejorar su calidad de vida, dentro del campo de la tecnología se plantea un problema, y es el de poder caracterizarla, tanto más porque no hay consenso acerca de la definición de “tecnología”, existe una desconcertante variedad de modos de entender esta palabra así como sus divisiones y los diferentes problemas que se pueden presentar a lo largo de su análisis.

Bunge (2006) asevera que “La mayoría de los diccionarios igualan la tecnología moderna con la ingeniería. Si aceptamos esta identidad no sabremos donde ubicar la bioingeniería, la tecnología educacional y otras disciplinas que no participan de la producción. En general no sabríamos que hacer con las nuevas divisiones de la tecnología que nacen cada día. Para evitar estas dificultades debiéramos adoptar una definición de la tecnología capaz de abarcar todas sus futuras divisiones. Esto se logra si se caracterizan los fines y medios de la tecnología como por ejemplo en la siguiente definición”.

“Un cuerpo de conocimientos es una tecnología si y solamente si es compatible, con la ciencia contemporánea y controlable por el método científico y se le emplea para controlar, transformar o crear cosas o procesos naturales o sociales”. Bunge (2006) Así mismo el autor comenta que “nuestra redefinición de la tecnología da cabida en ésta, a todas las disciplinas orientadas a la práctica, siempre que practiquen el método científico” En efecto, sugiere el mismo autor la clasificación y divisiones actuales de la tecnología, ver anexo 1.

Ciencias sociales y ubicación de la Gerontología y Gerontotecnología



Si tomáramos como referencia el modelo de Bunge podríamos ubicar la Gerontología en las Ciencias Sociales, y a la tecnología arte u oficio mecánico o industrial que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico. Estamos vinculando entonces el campo multidisciplinario que incluye a la investigación científica y social al servicio del envejecimiento.

La Gerontotecnología pretende ayudar y beneficiar a los adultos mayores de forma directa, todo esto con un enfoque multidimensional y apoyo de otras divisiones tecnológicas (materiales, cognitivas y generales). Bunge también propone que la investigación tecnológica desde el punto de vista metodológico, no difiere de la investigación científica. En ambos casos un ciclo de investigación tiene las siguientes etapas:

Discernir el problema y tratar de resolverlo con ayuda del conocimiento (teórico o empírico) disponible, si falla la tentativa anterior, proponer hipótesis o técnicas (sistemas hipotético-deductivos) capaces de resolver el problema.

Obtener una solución (exacta o aproximada), del problema con ayuda del nuevo instrumento conceptual o material; poner a prueba la solución, por ejemplo con ensayos de laboratorio o de campo; efectuar las correcciones necesarias en las hipótesis o técnicas, o incluso en la formulación misma del problema original.

Además de ser metodológicamente parecidas, en ambos casos la investigación es orientada hacia metas, sólo que sus metas son diferentes. La finalidad de la investigación científica es la verdad por la verdad misma; la meta de la investigación tecnológica es la verdad útil para alguien, sea individuo ó comunidad. El aspecto conceptual del proceso tecnológico es descuidado o ignorado por quienes igualan la tecnología con su práctica o con sus productos materiales. Es por ello que para promover la Gerontotecnología deberemos fomentar adecuadamente siempre el beneficio que tendrá en la vejez.

En otro orden de ideas, la economía global del presente siglo, en la que el capital, la producción, la gestión, los mercados, la fuerza de trabajo, la información y la tecnología se organizan en flujos que atraviesan las fronteras nacionales, debido a que los avances siempre se obtienen de otros países que contemplan una visión prospectiva del beneficio en la población, por ello es importante mejorar las nuevas tecnologías adaptándolas a las necesidades de la población mexicana, y en particular las relacionadas con el envejecimiento y con las disciplinas que se encargan de favorecerlo, fortaleciendo la atención de las redes sociales de apoyo, y de los sistemas de comunicación, inclusión social, sistemas de atención, políticas e información, tomado en cuenta los aspectos individuales, colectivos, ambientales, económicos etc.

Gascón (2009) refiere que “El impulso hacia el desarrollo tecnológico que ha llevado un periodo histórico económico conocido como la globalización fue producto de la “crisis de lento crecimiento” observada como tendencia en la segunda mitad del siglo XX en los países “desarrollados.” “En el campo cultural, la globalización ha producido una sociedad regulada ya no por la política y la disciplina, sino por la comunicación, el consumo y en definitiva por el mercado”. En este ámbito es necesario analizar a la sociedad y contribuir al uso potencial de los recursos tecnológicos ya accesibles para los adultos mayores como al resto de la sociedad. Sin embargo, podríamos decir que resulta una simplificación extrema asociar el proceso de globalización exclusivamente con la actividad económica, ya que el mismo ejerce influencia, en mayor o menor grado, en todas las esferas de la actividad humana y, por tanto, su caracterización repercute en gran importancia, ya que permite establecer acciones conscientes que reduzcan los impactos negativos de su presencia. Asevera también que “La idea que está en la base de la actual “globalización”, es que una mayor especialización productiva de los países sería beneficiosa para todos.”

Por lo anterior, podríamos pensar que la globalización ha desembocado en un nuevo individualismo, caracterizado por el impulso de la autonomía individual, hecho que es fomentado e incitado por el mismo sistema económico global, que comercializará las necesidades del envejecimiento. Sin embargo siempre serán los países desarrollados quienes estén a la vanguardia en nuevas tecnologías pero no siempre sus hallazgos serán adaptables a las necesidades de nuestra población. Gascón enfatiza también que “en la actualidad, quizás más que nunca vivimos en una permanente contradicción entre las expectativas de “modernidad”, la ideología del progreso ilimitado y la realidad del empleo precarizado y la exclusión social y económica”; también refiere que “La era de la globalización que hace sólo unas décadas se presentaba

como la brillante solución a todos los problemas, lleva ya algunos años, siendo objeto de fuertes polémicas. Por otro lado si el sistema productivo capitalista genera grandes desigualdades sociales, también ha elaborado justificaciones teóricas de tales desigualdades basadas en una ideología mercantilista y coherente con la misma, un discurso valorado de los individuos en base a su productividad, el trabajo y la profesión son piezas fundamentales en la propia identidad así como los signos de consumo como indicadores de estatus social, relacionado también con la influencia de fuertes corrientes migratorias especialmente en América Latina a determinadas zonas”. El mecanismo de la tecnología complementa mejores condiciones para la evolución de las fuerzas productivas, por medio de la tecnología y participación de los diferentes organismos (instituciones de atención al envejecimiento) por lo tanto la Gerontotecnología tiene un compromiso real de desarrollo en México, como lo asevera la red temática de envejecimiento y el desarrollo social del Instituto de Geriatria (2010). “La Gerontotecnología, es decir la aplicación de la tecnología al servicio de los adultos mayores es prácticamente inexistente en nuestro país. Los adultos mayores se benefician de los avances tecnológicos desarrollados para la población en general, pero no disponen de apoyos tecnológicos suficientes para la solución de sus problemas específicos asociados a patologías múltiples, discapacidad, aislamiento y deterioro mental”. Los integrantes de la Red, en alianza con la industria, pueden convertirse en un medio idóneo para el impulso de la Gerontotecnología. “Persigue la realización de una sociedad plenamente atendida por recursos tecnológicos, tan accesibles a los adultos mayores como al común de la sociedad. La tecnología innovadora juega un rol facilitador para los mayores contribuyendo a mantener su independencia e igualdad incluyendo residencia, movilidad, seguridad, comunicación, actividades y calidad de vida; y a través del desarrollo de prácticas innovadoras en tele-salud e instrumentos digitales clínicos y administrativos”.

La política neoliberal, en su aplicación casi generalizada, ha demostrado desentenderse de tres problemas centrales que enfrentan los países: Las exigencias que plantea la competencia internacional, esto es, la relación que se da entre la apertura al mercado mundial y la generación de la capacidad competitiva para enfrentarla, la deteriorada situación social, es decir, la relación entre producción y distribución, y, en fin, las fuertes cargas ambientales, o sea, la relación entre economía y ecología; esto desemboca en el análisis de la situación en relación a la Gerontotecnología y aterrizar esta iniciativa en la elaboración de un enfoque benéfico que proporcione comodidad y mejores condiciones en el envejecimiento, todo esto desarrollando la Gerontotecnología en México impulsando a la industria en la elaboración de tecnología adecuada a las necesidades del envejecimiento, tomando en cuenta los diferentes enfoques gerontológicos. El estudio de la tecnología y el envejecimiento, tienen como objetivo asegurar un ambiente favorable así como el desarrollo óptimo y accesible para las personas mayores, surgiendo así la necesidad de impulsar la Gerontotecnología en México, La tecnología innovadora podría optimizar la calidad de vida de los adultos mayores contribuyendo a mantener su independencia, autonomía, cuidados, autorrealización y dignidad tomando en cuenta “Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad” ONU (2007) incluyendo consideraciones de vivienda, movilidad, seguridad, comunicación, actividades y calidad de vida, a través del desarrollo de prácticas innovadoras en instrumentos y plataformas digitales, clínicos, administrativos, asistenciales y ambientales que fomenten escenarios gerontotecnológicos favorables.

GERONTOTECNOLOGÍA: DESARROLLO Y CAMPO DE ACCIÓN

Existen diversos productos y servicios que benefician la funcionalidad del adulto mayor, sin embargo el costo elevado es uno de los factores determinantes que se presentarían en el desarrollo favorable en México, es por ello que es necesario desarrollar nuevas tecnologías enfocadas a la población mexicana con el objetivo de reducir sus costos y crear al mismo tiempo un beneficio. Las nuevas tecnologías son hoy en día fundamentales para la asistencia técnica a adultos mayores, existen modelos con características eficientes, sin embargo se deberá hacer un análisis sobre las necesidades de la población mexicana en localidades rurales y urbanas con el fin de ver dichos beneficios que podrían obtener con estos avances tecnológicos.

Otro punto importante es la ética para el manejo de nuevas tecnologías que deberán ser justificadas

y autorizadas por las instituciones pertinentes con el fin de evitar complicaciones, problemáticas y dependencia en los adultos mayores.

Ruíz (2006) asevera que “El bienestar social es un concepto amplio que implica tanto el desarrollo en términos materiales, de organización y funcionamiento armónico de la vida de las personas que componen este tejido social. En esta armonización se contemplan parámetros globales establecidos que se relacionan con la consecución de ciertos niveles sanitarios, educativos, alimentarios, de vivienda, de trabajo y de sustentabilidad de la sociedad civil, entre otros. Ahora bien, a estos indicadores debe unirse un esfuerzo para tratar que todos sus miembros puedan desarrollar una vida plena y digna, esto es, atendiendo a su desarrollo físico, intelectual y emocional, así como a aspectos relacionados a su participación activa en las diferentes esferas familiar, laboral y social.”



Dispositivos personales.

Son todos aquellos dispositivos implantados o sobrepuestos como (ortesis, ortesis, cuidado personal y ocio).



Dispositivos de uso general.

•Son aquellos que permiten ser utilizados de forma no permanente y de modo autónomo o con ayuda de terceras personas, con variaciones en función de la edad, el sexo y el tipo y grado de deficiencia.



Dispositivos asociados al entorno.

•Permiten adaptar el entorno ya sea doméstico, laboral o urbano para hacerlo accesible a un mayor número de personas.

En este contexto se han definido, y sólo en cierta medida asumido, los conceptos de facilitación y de diseño para todos, por los que por una parte se deben eliminar barreras, desde las etapas de concepción e instalación del producto o servicio para que no haya impedimento físico ni de comprensión para el uso de elementos comunes de la vida diaria. Lo anterior ha dado lugar a una corriente de implicación social, como es el movimiento de vida independiente para alcanzar la normalización de las personas con necesidades especiales, en el que la tecnología debe prestar una función importante de apoyo ver anexo 2. Estos dispositivos podrán ser divididos en los siguientes:

Sanchez,D.,Eizmendi,D. y Azcotia,J. (2006) aseveran que –“Uno de los principales retos a los que se enfrentan las sociedades avanzadas es el envejecimiento de su población. Este envejecimiento tiene importantes repercusiones en todos los contornos de la sociedad y de la economía: como la inclusión social, la protección social, la sustentabilidad de los sistemas de pensiones, el impacto en el sistema sanitario y asistencial y la relación entre envejecimiento y migración” En definitiva, se trata de un problema de primera magnitud para las sociedades avanzadas. El desarrollo tecnológico paralelamente al fenómeno de la inversión de la pirámide poblacional durante las dos últimas décadas, ha producido la necesidad de un progreso de la tecnología que no tiene precedentes en la historia. La situación actual es tal que muchas de la actividades cotidianas son posibles gracias al concurso de la tecnología. Como si de un gas se tratase, las nuevas tecnologías se están expandiendo a lo largo y ancho de todos los espacios de la actividad humana. Hoy día resulta impensable la actividad de la banca, la logística, la administración pública, la cultura, el ocio, las relaciones interpersonales, la participación política, etc., sin la presencia de la tecnología. Sin embargo, esta inundación de tecnología ha ido acompañada de un elemento negativo y segregado, donde los que conciben la tecnología, así como los que diseñan políticas, no han sabido

diseñarla para un uso “universal”, evidenciando la segregación por razones de sexo, nivel de formación y, en particular, por edades. Un buen ejemplo de esta segregación lo tenemos en la denominada brecha digital. (es una expresión que hace referencia a la diferencia socioeconómica entre aquellas comunidades que tienen accesibilidad a Internet y aquellas que no, aunque tales desigualdades también se pueden referir a todas las nuevas tecnologías de la información y la comunicación).

En relación a esta referencia, actualmente las tecnologías se han promocionado más a la población joven que a las personas adultas mayores, debido a que no se consideraban como mercado potencial por distintos estereotipos que la sociedad ha puesto en los distintos grupos etarios que podrían no interesarse en lo nuevo o también llamados productos innovadores, pero en realidad ya que como se ha mencionado antes, la tecnología cada vez se vuelve más necesaria y debe existir la posibilidad, de invertir en nuevos negocios enfocados al envejecimiento enfatizando el beneficio en la calidad de vida en este grupo etario hacia la vejez y no precisamente la creación de dependencia de la misma.

Por ello que es importante analizar adecuadamente, la utilidad de la tecnología para las personas mayores como lo refieren los autores anteriormente citados Hemos tratado la cuestión de la dimensión del colectivo y de su posición actual respecto a la tecnología, ahora bien, resulta fundamental conocer qué puede aportar la tecnología a favor de la calidad de vida del colectivo de personas mayores y qué razones identificamos para promocionar el necesario acercamiento de la tecnología a las personas mayores. Como se indicaba antes, la tecnología, en particular las nuevas tecnologías de información y comunicación (NTIC), forma parte de la vida diaria de cada uno de nosotros. Sin embargo, el desarrollo de las NTIC ha estado marcadas claramente por este elemento segregador que ha acompañado al desarrollo tecnológico y que ha dado lugar a la denominada brecha digital, un elemento segregador que, entre otras razones, justificaría el distanciamiento entre el colectivo de mayores y la tecnología.

Tras la exposición de las grandes líneas de investigación conviene resaltar una serie de ejemplos de dispositivos o servicios con un alto nivel tecnológico que ya son realidad y ofrecen una utilidad atractiva a los mayores. Ver anexo 3

Como se ha podido comprobar con anterioridad, la tecnología es una apuesta y a la vez una esperanza muy importante de cara al futuro cuidado de las personas mayores, que conformarán un porcentaje de población muy elevado. Hoy día se pueden ver los beneficios que aportan esas nuevas tecnologías al cuidado de los mayores, y lo que también es importante, a las personas de su entorno circundante. Sin embargo, conseguir estos beneficios mediante el empleo de las nuevas tecnologías requiere de un cuidadoso análisis de los nuevos productos y las metodologías de desarrollo e implantación de éstos. Los paradigmas hasta ahora vigentes no sirven para este tipo de colectivos, ya que aspectos como la ergonomía, la usabilidad y el acceso adaptado no se tienen en cuenta en los desarrollos, lo que convierte los productos finales en no aptos para nuestros mayores. Conseguir buenos resultados en cuanto a los aspectos comentados implica involucrar a colectivos de personas mayores desde el momento inicial del desarrollo y mantenerles informados, analizar los rechazos provisionales de las personas a cualquier elemento relacionado con la elaboración de estos productos, que participen en el desarrollo de los mismos no sólo técnicos, sino también cuidadores profesionales y de ayuda en el campo clínico, eliminar enfoques complejos que generen sensación de inutilidad de uso o culpabilidad en los mayores. Todo nuevo producto desarrollado con estos objetivos y por estos medios será más fácilmente aceptado por las personas mayores. No hay que olvidar tampoco que todo dispositivo o solución tecnológica desarrollada para el cuidado de los mayores implicará la introducción de tecnología en la vida diaria de las personas.

Este punto es muy importante ya que se debe romper la idea de que el adulto mayor es incapaz de aprender, es por ello que la Gerontología tendrá un rol importante en desarrollo conjunto de la Gerontología y la Gerontotecnología, ya que deberá pensarse en una tecnología accesible para adultos mayores, con características adecuadas y consideradas particularmente para el desarrollo del proceso de educación a lo largo de la vida que les faciliten a los mayores condiciones óptimas.

Esa incorporación tecnológica debe considerar y cuidar de manera exhaustiva la privacidad de las personas (en cuanto a hábitos, actuación...), generando productos no invasivos. Otros aspectos relacionados con el impacto social, económico y psicológico son simplemente motivo de investigación

en el futuro dada su clara importancia, y ya empiezan a surgir grupos específicos en la temática como la Red Temática de Envejecimiento y Desarrollo Social. Sanchez, Eizmendi y Azcotia (2006), dicen que “Otro aspecto fundamental relacionado con la privacidad es la protección de la información personal de los mayores (protección de datos). Todos los datos recogidos y manejados por los sistemas contienen información de situaciones privadas de la persona”. La responsabilidad en estos casos es un aspecto fundamental en el desarrollo de este tipo de soluciones para no hacer un mal uso de esta información, incluso proteger que terceros tampoco lo puedan hacer. Muchas fuentes y tipos de datos (datos de comportamiento de la persona, resultados de ejercicios, diagnósticos automáticos sobre su estado)

Así mismo Bunge (2006) propone que la investigación tecnológica tiene que tener un código de honestidad y deberá ser apoyada por la tecnología ética. Si tomáramos en cuenta esta propuesta la Gerontotecnología podría tener un desarrollo adecuado promoviendo así el beneficio y no la desorganización de bienes y servicios que perjudiquen al individuo, deberá ser realizada con innovación, ética, responsabilidad con el objetivo de beneficiar al mercado potencial. Bronswijk. (2006), en el artículo: “Older people as a focus for inclusive design” analiza la propuesta “Diseño Universal” como un movimiento muy valioso y accesible para los usuarios de productos con alguna discapacidad; la difusión de las innovaciones científicas y técnicas influye en el desarrollo socioeconómico y puede fomentar el progreso y una distribución más equitativa. La investigación científica fundamental y aplicada forma también parte de la labor de la Gerontología, sobre todo en lo referente a prestación de suplementos tecnológicos a los sectores públicos y privados, así como al medio científico en nuestro país.

PROSPECTIVA

La importancia del envejecimiento activo para el desarrollo de nuevas tecnologías en México, se define y sustenta con el marco del Envejecimiento activo: un marco para ciudades amigables con los mayores OMS (2007).

El envejecimiento activo es el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. En una ciudad amigable con los mayores, las políticas, los servicios y los entornos, las estructuras proveen sostén y facilitan el envejecimiento activo de las personas, mediante el reconocimiento de la amplia gama de capacidades y recursos existentes. La previsión y respuesta flexible a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento, el respeto por las decisiones de los mayores y elecciones de sus estilos de vida, la protección de las personas más vulnerables, la promoción de su inclusión en todas las áreas de la vida comunitaria y de su aporte a las mismas, son condiciones necesarias para el citado envejecimiento activo. Este depende de una variedad de factores influyentes o determinantes que rodean a los individuos, las familias y las naciones, y que incluyen condiciones materiales, así como también factores sociales que afectan a los tipos de conducta y sentimientos individuales. Todos estos factores y su interacción influyen de manera significativa sobre la calidad del envejecimiento de los individuos.

Muchos de los aspectos de los entornos y servicios urbanos, reflejan a estos factores determinantes y han sido incluidos en las características de una ciudad amigable con los mayores, dado que el envejecimiento activo es un proceso que dura toda la vida, una ciudad amigable con los mayores no es “amigable con todos”. Los edificios y las calles libres de barreras arquitectónicas mejoran la movilidad e independencia de personas con discapacidad, tanto jóvenes como mayores. Un entorno de barrios seguros permitirá a niños, mujeres jóvenes y personas mayores salir al exterior con confianza para participar activamente en actividades de recreación física y social. Las familias soportan menos presión cuando sus integrantes de mayor edad cuentan con el apoyo comunitario y los servicios de salud que necesitan. La comunidad entera se beneficia por la participación de las personas mayores en el trabajo voluntario o remunerado. Por último, la economía local se favorece por el patrocinio de los adultos mayores como consumidores.

Históricamente existió un modelo idealizado por Howard (1898), que representa modelos fundamentales de urbanismo, la propuesta era de combinar las ventajas de la ciudad y del campo en la construcción de ciudades nuevas, rodeadas por un cinturón verde, con todas las instituciones urbanas,

además de resistir en explotaciones agrícolas y de estar regidas por un espíritu comunitario, Rodríguez (2001), refiere que fue sin duda una de las ideas más originales de la historia en materia de planificación del urbanismo, significaba además una alternativa al caos urbano de las grandes urbes la ciudad jardín era la ciudad ideal para proporcionar a la discapacidad, envejecimiento y a los obreros una amplia gama de inclusión y facilitación de los recursos alrededor de la ciudad.

La palabra determinante en entornos urbanos físicos y sociales amigables con los mayores, es facilitación, OMS (2007).

En este caso la necesidad de plantear adecuadamente la tecnología, con accesibilidad y enfoque de envejecimiento activo es papel del gerontólogo el cuál permitirá crear un entorno adecuado con los recursos existentes, así como su participación activa en diseños de inclusión para adultos mayores con el objetivo de mantener un envejecimiento activo.

A lo largo del ciclo vital las personas mantienen diferentes niveles de interacción social que tienen lugar en distintas instituciones sociales. Contribuyen a crear una identidad individual y social y son los cauces considerados socialmente aceptables para el desarrollo de una vida social. Fernández. R y Carraliza. J (2000), nos proponen el siguiente modelo. “Dimensiones sociofísicas del ambiente. La existencia de tres dimensiones sociofísicas del espacio de la institución. 1.- la dimensión de reunión (congrégate dimensión), que refleja hasta que punto actividades similares son realizadas por las personas en un lugar al mismo tiempo., 2.- la dimensión de segregación (segrégate dimensión), que se refiere a aquél lugar diferenciado, física y/o socialmente de los lugares comunitarios habituales. 3.- la dimensión de control, que está definida por el grado en que los residentes se oponen a las regulaciones normativas y de conductas existentes o a los planes y decisiones de los administradores o gestores de la institución. Las relaciones persona-ambiente pueden ser analizadas como un complejo entramado de transacciones. Esto quiere decir que la persona guía su interacción con el ambiente en función de planes específicos determinados. Una de las descripciones conceptuales de este proceso se basa en el análisis de la compatibilidad. Existe compatibilidad cuando se registra conciencia entre las personas (necesidades, intenciones) y el ambiente (oportunidades, demandas de acción)”. Por otra parte los mismos autores nos describen el siguiente modelo de congruencia: “Fue este uno de los primeros proyectos de construcción de viviendas sociales para personas mayores, caracterizado fundamentalmente por el hecho de que las viviendas estaban destinadas a personas mayores y dadas las características del proyecto, esto facilitaría la existencia de contactos y relaciones sociales entre los ocupantes”.

Otra línea de acción Gerontotecnológica, nos ayudará a mejorar las condiciones del entorno socio físico y ambiental de los adultos mayores y es aquella en donde los autores citados, refieren que la preocupación central que esta en el trasfondo más o menos visible de la mayor parte de los estudios sobre ambiente y vejez, es la de definir los criterios, elementos y variables ambientales que favorecen o dificultan una saludable ancianidad, es decir, el ambiente debe ser evaluado en función del nivel de actividad que genera en los pobladores que lo ocupan. En el caso concreto de las personas mayores, podría decirse que el mejor ambiente es aquel que facilita el establecimiento de un óptimo nivel de aplicación de la persona en el mismo. Desde el modelo de congruencia esta relación se explica por el grado en el que un recuerdo ambiental físico favorece o dificulta la satisfacción de necesidad de la persona. En la evaluación del espacio físico, el evaluador debe prestar atención a aquellos elementos (específicos) del diseño que, pueden favorecer o dificultar la satisfacción de necesidades imprescindibles en el caso de las personas mayores. Si tomáramos en cuenta estos modelos podríamos aplicarlos no sólo al ambiente, sino a la tecnología en general que podría beneficiar de alguna manera a la población en general pero no solamente eso, sino a la población específica a quien determinaríamos como población objetivo. Por lo tanto se podría decir que es importante verificar a la población objetivo, mercado objetivo entre este (cautivo y potencial), ya que no sólo se debe enfocar esta tecnología al adulto mayor, sino a toda la población, puesto que deberá ser de conocimiento general para así poder romper brechas, estereotipos y constructos sociales erróneos y poco a poco generar formas de detección de necesidades, para determinar los beneficios del uso de las nuevas tecnologías con innovación y garantía de que serán adecuadas para el desarrollo gerontológico.

Priorizando lo anterior es importante marcar las pautas para el trabajo, en la mercadotecnia y

publicidad con un enfoque de planeación, proceso de decisión y motivación del consumidor, así como las diferentes técnicas y enfoques para crear un producto o servicio en materia de tecnología para adultos mayores.

Arens. F, Weigold. M, y Arens. C (2008), refieren que “la forma de dirigir un producto a la población, pasaría necesariamente en primer lugar por tomar en cuenta las necesidades del cliente y utilidad del producto, este concepto de mercadotecnia muestra que uno de los elementos importantes en ella, es la relación especial entre las necesidades del cliente y los satisfactores potenciales de la necesidad del mismo. Esto se conoce como la utilidad del producto que es la suficiencia de los artículos para satisfacer tanto las necesidades funcionales como los deseos simbólicos (psicológicos). También se debe tomar en cuenta el proceso de decisión del consumidor, en una visión general concede que los científicos sociales desarrollan muchas teorías acerca del comportamiento del consumidor para explicar el proceso de tomar una decisión de una compra.

También refieren que “Las necesidades son las fuerzas humanas básicas, con frecuencia instintivas, que nos conducen a hacer algo. Los deseos son necesidades que aprendemos durante nuestra vida”.

Por otra parte es necesario definir la dirección de cada producto o servicio y como se utilizara la segmentación del mercado para saber enfocarlo a la población, en donde la segmentación demográfica es una forma de definir grupos de población por sus rasgos estadísticos: sexo, edad, etnia, educación, ocupación, ingresos y otros factores cuantificables; los datos demográficos se combinan con la segmentación geográfica para seleccionar mercados para la publicidad. Esto se llama segmentación geodemográfica.

Los autores anteriormente citados, también nos aseveran que otra parte importante serán las relaciones públicas que tienen gran utilidad para la Gerontología y Gerontecnología ya que darán pauta a estar actualizados en la información, en conjunto con diversas instituciones que se dediquen a la atención del envejecimiento o tengan interés de beneficiarla, es sumamente importante por lo tanto analizar lo siguiente. “Las organizaciones necesitan tratar con funcionarios electos, dependencias reguladoras, legislativas y varios grupos de la comunidad, que constituyen la esfera de los asuntos públicos, los cuales por lo general requieren de un especialista”. El cabildeo se refiere a informar a los funcionarios del gobierno y convencerlos de apoyar o frustrar la acción administrativa, o legislación según los intereses de algún cliente Toda organización es afectada por el gobierno así que el cabildeo es un gran negocio. Como la publicidad corporativa institucional.

La importancia de la mercadotecnia y la publicidad tiene una gran relación con la Gerontología y la Gerontecnología ya que nos propone los enfoques que se deben tener para no caer en la elaboración de productos y servicios que sean deficientes, y por lo tanto no se cumplan los objetivos de crear nuevas tecnologías de fomentar el envejecimiento activo y mejorar la calidad de vida en beneficio de los adultos mayores. Ahora bien, todo esto debe estar complementado con la creatividad, innovación y necesidad por lo tanto debemos pensar con una visión futurista que nos permita desarrollar a la Gerontecnología de una forma eficiente con un enfoque multidimensional.

Así bien Echarri. M y cols. (2006), refieren que “La prospectiva pretende identificar tanto las macrotendencias como la evolución de realidades más específicas y que sirve para establecer prioridades, formular políticas, detectar las variables fundamentales que orientarán el futuro, y construir escenarios. En este caso, ha ayudado a establecer los elementos clave del desarrollo deseable en los próximos años”. El enfoque de la prospectiva es, entendida como un proceso, también es un método de aprendizaje en grupo entre los actores que participan. El propio proceso prospectivo influye en la percepción de los problemas, las estrategias y las soluciones y las representaciones de los problemas pueden crear diferentes actitudes hacia el proceso.

Por ello, lo más importante y controvertido es que haya coherencia y pluralidad suficientes, con el fin de lograr un marco organizado de decisiones desde las diferentes visiones. La prospectiva como proceso de aprendizaje ayuda a describir sistemáticamente y de manera global el futuro a largo plazo de la ciencia, la industria, la tecnología y la sociedad. En el proceso prospectivo, las decisiones de hoy se integran en el contexto de los desarrollos probables de mañana.

Esto ayuda a identificar aquellas áreas de investigación y de tecnologías clave que pueden jugar un importante papel social y económico en el futuro. Se trata de lograr una integración entre lo social, lo científico y lo tecnológico, sabiendo que el componente socio-económico es el foco preferente de atención.

La Prospectiva atiende a las relaciones entre los grupos de actores que tienen intereses distintos dentro de un mismo ámbito (social, político, económico, institucional, geográfico, etc.), ofreciendo la calidad de un pensamiento innovador y manteniendo la motivación entre los participantes. Es, además, un proceso de aprendizaje entre equipos de diferentes conocimientos y disciplinas que utiliza una metodología común.

Los autores ya citados refieren que la tecnología ejerce una amplia influencia en la actividad económica. A su vez, los factores económicos y sociales ejercen un fuerte impacto en la dirección y velocidad de los desarrollos tecnológicos. Las tecnologías se conciben, desarrollan y difunden como resultado de una larga y costosa inversión y bajo numerosas restricciones económicas; responden a los requerimientos del mercado y la sociedad.

El proceso tecnológico es complejo y exige un enfoque global que afecta al conjunto de las políticas de un país. La doctrina económica neoclásica consideraba el cambio tecnológico como un factor exógeno, simplemente estaba presente en la economía. Entonces era válido el modelo lineal: investigación básica, investigación aplicada, desarrollo tecnológico, producción y comercialización.

Las condiciones de equilibrio refieren que la doctrina moderna entiende el desarrollo tecnológico: como proceso social de carácter endógeno que funciona como sistema interactivo acumulativo (apropiabilidad) a largo plazo entre la ciencia y (conocimiento básico y abstracto), la tecnología (aplicación específica y concreta del conocimiento) y las instancias socioeconómicas (mercados, instituciones, subsistemas de educación, etc.). El sistema funcionará si se da un equilibrio entre los diferentes actores: instituciones públicas, órganos científicos, sector privado, empresas, interfaces, etc... El equilibrio ha de cumplir condiciones adecuadas tanto desde el punto de vista científico, como económico y social: Equilibrio entre la investigación básica y la investigación aplicada ($IB+IA=DE$), equilibrio entre el esfuerzo público y el esfuerzo privado, Los gobiernos deben primar la política de difusión de conocimientos, teniendo en cuenta todos los agentes y condicionantes que intervienen en el proceso.

Deben desarrollarse a nivel internacional criterios fiables para clasificar y medir las inversiones intangibles, así como sus efectos sobre la competitividad, y hay que tener en cuenta cuatro entornos interrelacionados: Entorno científico, tecnológico, productivo y financiero.

Todo esto es sumamente importante ya que es necesario convertir a la tecnología en uno de nuestros aliados, hacerla accesible, controlable, replicable, sustentable e idónea, ya que lo que se busca es beneficiarnos de ella y no crear una dependencia que posiblemente nos impida realizar nuestras actividades como individuos y seres sociales. Gascón (2009), asevera que la "homogenización económica se ha visto reducida a la utilización de materias primas y la mano de obra barata de los países de la periferia económica, el terreno de lo cultural, podemos señalar la existencia de algunas tendencias. Desde el momento en que el fuerte avance de las comunicaciones y la presencia innegable de los medios de comunicación como formadores y controladores de opinión, cumplen el papel de publicitar modelos de vida que son fuertemente asociados con la modernidad y el progreso, lo anterior contribuye directa o indirectamente a la infravaloración generalizada de todo aquello que no responda adecuadamente a los modelos de consumo, estéticos, etc."

Todo esto que menciona Gascón, es un punto de reflexión ya que tenemos que pensar en que es importante cambiar la visión pero no sólo de la gente adulta, debemos generar nuevas ideas que permitan atender a la vejez, hacer Gerontoprofilaxis desde la niñez y tratar de cambiar lo más que se pueda las formas de pensamiento estereotipadas en cuanto al envejecimiento, crear comunicación humana que fomente el crecimiento y calidad de vida, así como llegar a la vejez activa con la cultura de ayudar a la discapacidad, accesibilidad, etc.; además de esto es importante redefinir adonde queremos llegar con los conceptos de envejecimiento coherentes con una tecnología que realmente favorezca el envejecimiento, es por ello que el trabajo multidisciplinar no le compete a la Gerontología, tecnología, Geriátrica Sociología, Psicología,

etc. si no también a aquellas disciplinas que permitan el desarrollo real del envejecimiento activo.

CONCLUSIONES Y APORTACIONES

La Gerontotecnología es un tema amplio que se tiene que profundizar para su desarrollo adecuado, uno de los objetivos de esta disciplina es mantener la independencia de las personas mayores de modo que sean capaces de llevar a cabo su vida diaria interactuando con su entorno con toda la normalidad posible. La tecnología puede ser una herramienta fundamental para facilitar la autonomía y calidad de vida de personas mayores, por ello, el desarrollo de la tecnología deberá ser enfocado a mejorar la adaptación de los ancianos a su entorno, así como a la creación de dispositivos que faciliten su vida diaria.

La Gerontología es la disciplina que debe intervenir de forma en que se beneficie a la vejez con un enfoque flexible, multidimensional, con criterios de facilitación y prospectivo. Por lo tanto se deberá tomar en cuenta por parte de la misma, futuras líneas de investigación y desarrollo en materia de nuevas tecnologías.

La Gerontotecnología, no sólo es la creación de dispositivos y servicios destinados a facilitar la vida diaria, sino que también tiene que ver con todas aquellas áreas que sean desarrolladas y optimizadas de forma integral, por lo tanto la propuesta y visión gerontológica se enfoca a lo siguiente: investigación y desarrollo en Gerontología y Gerontotecnología por temáticas específicas como lo son las siguientes propuestas:

- Hábitat y urbanismo (ambientes inteligentes), (viviendas de interés social con accesibilidad para mayores y discapacidad así como de tipo social), Modelos de atención domiciliaria integral, Ciudades Amigables con los mayores, (marco de desarrollo en México); (turismo, ocio y tiempo libre accesible), (estancias de asistencia gerontotecnológica)
- Educación y enseñanza Geragogía y Gerontagogía (Centros de aprendizaje en nuevas tecnologías).
- Prospectiva e innovación tecnológica (Red de innovación, investigación y desarrollo tecnológico y gerontológico), (Instituto de innovación en materia de Gerontotecnología).
- Productos de asistencia técnica (prototipos y plataformas de facilitación en actividades de la vida diaria, ambiente y actividades instrumentales de la vida diaria).
- Modelos Gerontológicos (centros de asistencia integral multidisciplinaria), (instrumentos de evaluación, tamizaje y/o cribaje “screening” y de facilitación Gerontológica computarizada y sistematizada de apoyo administrativo”).
- Comunicación, radio y televisión (Spots informativos de promoción a la salud y al envejecimiento Activo “Geroprofilaxis”, Radio para el adulto mayor “Interés general y envejecimiento activo”), Información (Bases de Datos Epidemiológicos y Estadísticos), “Cédula personal de identificación y beneficios para adultos Mayores”.
- Políticas por un envejecimiento activo (“Normas técnicas, leyes, Normas oficiales, políticas de atención en salud y envejecimiento integral”) etc.
- Biotecnología de alimentos: (líneas de investigación para alimentos que beneficien y /o favorezcan la alimentación de los adultos mayores, incluyendo suplementos y complementos alimenticios para quien lo requiera).

La Gerontotecnología juega un rol importante en el desarrollo del envejecimiento activo y por lo tanto será complemento de la Gerontología que deberá cada vez mas tener un visión general prospectiva “futurista”, multidimensional, flexible, Innovadora, de calidad, desarrollo a la investigación. Planteando cada vez más una serie de estrategias, que permitan beneficiar y optimizar los servicios a la población de ancianos y no sólo directamente, sino también mediante la contribución a una cultura positiva del envejecimiento.

El envejecimiento será un nuevo negocio que tendrá la exigencia de manejar productos, bienes y servicios que favorezcan y participen en la mejora de calidad de vida sin ser un motivo de dependencia, sino más bien una forma de ayudar adecuadamente al adulto mayor y beneficiar su salud en el aspecto biológico, psicológico y social. Y deberá constituirse organismos que se encarguen de esta área, así como también fomentar la regularización de las mismas, por medio de una comisión de certificaciones en materia de Gerontología para que puedan operar de forma adecuada y legal.

México debe ser uno de los principales desarrolladores y gestores de nuevas tendencias en tecnología, debido al crecimiento poblacional que deberá enfrentar en el futuro, la situación actual requiere una mejora en los servicios sociales y de salud debidamente orientados al envejecimiento con un enfoque gerontológico.

El trabajo del gerontólogo deberá ser enfocado a responder a las necesidades del cliente, fomentando así el envejecimiento activo, con el compromiso de desarrollar profesionalmente sus conocimientos enfocados en beneficio de la población en general, que permita formar una nueva cultura del envejecimiento satisfactoria que responda a mejorar la calidad de vida en la vejez.

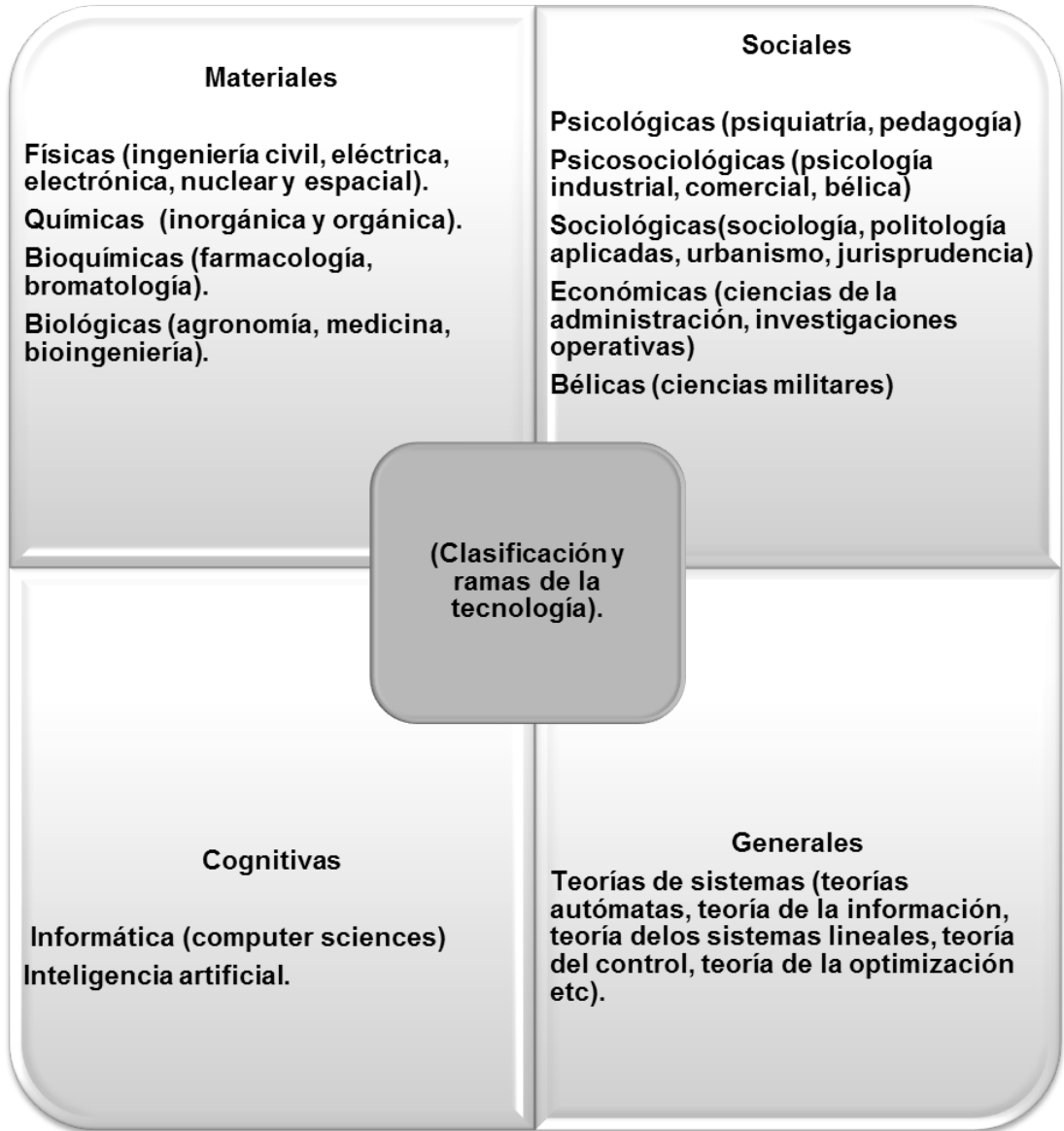
BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, F., DINARÉS, M., FARRERAS,V. y LOPEZ,,D (2007). Adaptación de la vivienda en la población dependiente, Institut Universitari de Estudis Eurpeus, España: ACCEPIAN.
- ARENS, F., VEIGOLD.M Y ARENS, C. (2008) Publicidad, China: MC GrawHill Interamericana.
- BRONSWIJK, E .BOUMA, H .BOUWHUIS.D, Fozard, F y NORMIE, L. (2006) Older people as a focus for inclusive Desing Journal of the international Society for Gerontechnology, (Francia): 4 (4),190-199.
- BUNGE.M.(2006) Epistemología ,México: Silgo veintiuno editores.
- CARRALIZA,J.(2000).Ambiente y Vejez. En FERNÁNDEZ. R(2000) Gerontología Social, España: Pirámide
- RUÍZ.C (2006). La tecnología en la discapacidad y la dependencia de las personas mayores .Rev. Esp. Geriatr y Gerontl (España).41 (1),1-6.
- DOCAMPO, M. D RIDDER, H. Y BOUMA, H. (2001). Technology generation and age in using layered, user interfaces, Institute for Gerontechnology, Eindhoven, University of Technology the Netherlands.
- ECHARRY, M. 2020 Reflexiones prospectivas. Informes y estudios. España: institución futuro.
- GASCÓN, D, L. (2009), Introducción a la Antropología social biologismo corporalidad y vejez. México. Universidad Estatal del valle de Ecatepec.
- HOWARD, E. (1968) Garden city en RODRIGUEZ, P. (2001). jardim América: o primeiro bairro. jardim de Sao Paulo. Revista bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales..1-6.
- IMSERSO (2002). Libro verde la accesibilidad en España, diagnostico y bases para un plan de supresión de barreras. España: IMSERSO
- LOPEZ, J. (2004). Personas mayores viviendo solas “la autonomía como valor en alza” España: IMSERSO.
- MAS, M. y QUESADA, J. (2005). Las nuevas tecnologías y el crecimiento económico en España. España: Fundación BBVA.
- OMS. (2007).Ciudades amigables con los mayores Una guía. Suiza: OMS
- TRUJILLO, Z.BECERRA.M y RIVAS, M. (2007). Latinoamérica envejece. Visión Gerontológica/ Geriátrica. México: Mc Graw Hill.
- VEGA, P. (2006).La accesibilidad del transporte en autobús. España: IMSERSO.
- YUNI, J y URBANO, A. (2005).Educación de los adultos mayores. Teoría, investigación e intervenciones. Argentina: Brujas.
- FUENTE ELECTRONICA:
- INSTITUTO DE GERIATRÍA. (2010). Protocolo Red Temática de Envejecimiento Salud Y

Desarrollo Social.

- [http://. www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/redtematicaevejeamiento.pdf](http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/redtematicaevejeamiento.pdf).
- ONU (2007) Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad fueron adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución 46/91) el 16 de diciembre de 1991.
- http://www.un.org/ageing/un_principlessp.html
- WIKIPEDIA (2009) Gerontotecnología
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Gerontotecnolog%C3%ADa>

ANEXO 1. CLASIFICACIÓN Y RAMAS DE LA TECNOLOGIA



Esta lista no es completa pero es completable, lo que es una ventaja de nuestra definición de tecnología “de las definiciones usuales que son extensionales, esto es, se limitan a enumerar las ramas de la tecnología reconocidas en un momento dado de la historia de la misma.

BUNGE.M.(2006) modificado.

ANEXO 2. DISPOSITIVOS GERONTOTECNOLÓGICOS Y SU DIVISIÓN

Dispositivos personales

Asociados físicamente a cada persona ya sean implantados o sobrepuestos, frecuentemente este tipo de objetos se personaliza, como el caso de las lentes oculares correctoras o las prótesis cosméticas de mano.

Dentro de este apartado los dispositivos potenciadores o aumentativos comprenden los simples bastones y muletas, las ortesis o exoesqueletos y los andadores, tratando de aprovechar en cualquier caso las propias capacidades personales. En cuanto a los sistemas de tipo alternativo o sustitutivo, tenemos en primer lugar diferentes tipos de prótesis en función del nivel de amputación y por otra parte, las sillas de ruedas y una serie de vehículos especiales. En el campo de las prótesis y ortesis se investiga para dotar a estos sistemas de elementos activos, sobre todo sensores (inerciales) y actuadores (motores, muelles y elementos fluídicos), para lograr una marcha natural y sincronizada con el otro miembro inferior. La importancia de la percepción sensorial ha generado desde hace siglos esfuerzos para desarrollar dispositivos técnicos potenciadores. El caso más conocido es el de las lentes ópticas correctoras. En el mismo sentido se dispone desde hace décadas de prótesis auditivas. Aunque olfato, gusto y tacto son objeto también de investigaciones, los mayores esfuerzos se realizan en la sustitución de vista y oído. En este último, los canales alternativos de adquisición de información se establecen mediante texto y gráficos usando la vista principalmente. En el caso de pérdida de visión, los canales sensoriales alternativos son las vías de comunicación: el oído para información verbal y contextual y el tacto para comunicación por texto incluso para acceso al ordenador por línea braille activa. Hay que destacar el esfuerzo que se dedica al desarrollo de implantes o prótesis de visión e igualmente, en los llamados sistemas sustitutivos de la visión con captación de cámaras y comunicación por mapas matriciales aplicados en zonas adecuadas como el dorso. Las ayudas técnicas son toda clase de dispositivos de acción potenciadora: (bastón o muleta de apoyo), o alternativa (bastón de ciego), de los propios elementos del organismo en la ejecución de determinadas funciones para paliar las deficiencias correspondientes mediante el uso o la incorporación de estos sistemas artificiales. En cuanto a las clases de ayudas técnicas, su naturaleza es muy amplia y diversa, incluye desde simples elementos pasivos (ortesis simple de rodilla), hasta sofisticados sistemas activos con posibilidades de control propio y aporte externo de energía llamados GPS (sistemas globales de posición) parlante de localización y orientación para ciegos.

Dispositivos de uso general

Son utilizados de forma no permanente y de modo autónomo o con ayuda de terceras personas, con variaciones en función de la edad, el sexo y el tipo y grado de deficiencia. A este tipo pertenecen, por ejemplo, las sillas de ruedas, los “útiles especiales de ayuda” para la comida o para el aseo personal o las grúas móviles de transferencia.

Dispositivos asociados al entorno, Hogar, Laboral, Urbano

Dispositivos asociados al entorno, ya sea doméstico, laboral o urbano para hacerlo accesible a un mayor número de personas, lo que implica, en primer lugar, elementos pasivos relacionados con la eliminación de barreras (sustitución de escaleras por rampas) o instalación de dispositivos activos varios (ascensores, semáforos con información acústica o balizas parlantes informativas que se activan por presencia específica.

Cuando se habla del entorno doméstico, laboral y urbano no sólo se trata de originar productos y servicios accesibles, también es importante conformar el entorno para un uso universal, lo que evitará la imposición de barreras en origen, tanto en interiores como en ambientes urbanos. En los primeros se debe atender a los problemas de ergonomía en el mobiliario, acceso a diferentes niveles y a los enseres, calzado, pasos de puertas y otros.

Son importantes también los aspectos técnicos de diseño arquitectónico: (puertas, pasillos, ascensores, suelos antideslizantes, bañeras, etc.). Pese a que muchos de los problemas se resuelven con elementos simples, en la actualidad se está desarrollando el concepto de inteligencia ambiental y control de entorno. Este concepto implica la existencia de una serie de elementos activos por los que la persona puede controlar o accionar dispositivos cooperantes relacionados con el transporte, la seguridad, la orientación, la asistencia o el propio confort. En referencia al hogar, cabe destacar la gestión centralizada de los diferentes sistemas, que incluyen principalmente electrodomésticos, climatización, iluminación, control de accesos, audio y video, alarmas y comunicación telefónica y por internet.

FUENTE: RUÍZ.C (2006). La tecnología en la discapacidad y la dependencia de las personas mayores.

ANEXO 3. CUADRO DE APORTACIONES GERONTOTECNOLÓGICAS.

Sistema avanzado de teleasistencia	Cuidado electrónico
Este sistema consta de dos partes principales: un aparato portátil que lleva la persona y un centro de asistencia a distancia. El aparato consta de acelerómetro, GPS y telefonía GSMGPRS.	La incorporación de las NTIC como instrumento de ayuda en los cuidados a las personas mayores ha acuñado el concepto de cuidado electrónico.
Localización de personas vía GPS	Juegos para la estimulación de actividad cerebral
La tecnología de localización GPS también tiene aplicación en la localización de personas con demencia leve-moderada. Habitualmente la solución consta de un equipo que integra un teléfono móvil con tecnología GSM y un módulo de localización geográfica vía satélite	Habla de la tecnología como instrumento para la prevención del declinar de las funciones cognitivas. Los juegos consisten en simples ejercicios matemáticos, cuestionarios, lecturas de pasajes literarios, etc.

ANEXO 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- Cabildeo: El cabildeo o lobbying es la capacidad para alcanzar un cambio específico en un programa o proyecto gubernamental. También es la capacidad de influir en un actor con gran poder de decisión.
- DE: Desarrollo y equilibrio.
- Globalización: La globalización es un proceso económico, tecnológico, social y cultural a gran escala, que consiste en la creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo unificando sus mercados, sociedades y culturas, a través de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que les dan un carácter global.
- I+D: Investigación y desarrollo.
- IA: Investigación aplicada

- IB: Investigación básica.
- Prospectiva: es una disciplina y un conjunto de metodologías orientadas a la previsión del futuro. Básicamente se trata de imaginar escenarios futuros posibles, denominados futuribles, y en ocasiones de determinar su probabilidad, con el fin último de planificar las acciones necesarias para evitar o acelerar su ocurrencia.
- Screening o Cribaje: Utilizado para indicar una estrategia aplicada sobre una población para detectar algo en individuos y/o identificar e manera temprana dentro de una comunidad. Esto permite la rápida gestión e intervención con la esperanza de que se reduzcan problemas en salud y otras situaciones.
- Tamizaje: Se refiere al uso de habilidad y las herramientas que los profesionales de atención primaria tengan a su disposición para la probabilidad de detección y de tratamiento.

IMPACTO DEL TABAQUISMO EN EL ADULTO MAYOR Y BENEFICIOS POR DEJAR DE FUMAR

Mtro. Alfonso Atitlán Gil. Área Académica de Nutrición.

Universidad Autónoma de Hidalgo.

El desarrollo moderno de la epidemiología ambiental es el resultado de dos procesos paralelos: la creciente aplicación de la epidemiología al estudio de los riesgos ambientales y el progresivo desarrollo del método epidemiológico. La creciente importancia que las sociedades industrializadas conceden a los problemas ambientales ha generado un mayor interés por la aplicación de la epidemiología a los problemas de salud de origen ambiental.

Por lo que se puede definir a la epidemiología ambiental como aquella que se ocupa de estudiar los efectos producidos por agentes o factores ambientales que se encuentran fuera del control directo individual. Así, mientras que los efectos del consumo directo del tabaco no entran dentro del ámbito de la epidemiología ambiental, sí lo hace el estudio de los efectos de la exposición ambiental al humo del tabaco.

Morbimortalidad por el tabaquismo

Fumar es causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo. Las evidencias de los efectos sobre la salud por el tabaquismo, tanto activo como pasivo, y por el uso del tabaco no fumado, han sido fundamentales para el impulso de las iniciativas para controlar su consumo.⁹ Hay riesgos tanto para los fumadores activos como para los fumadores pasivos y el riesgo es más alto para los adultos mayores por el mayor tiempo de exposición en cuanto al número de años que han fumado y/o se han expuesto al humo de tabaco ambiental. Desde hace mucho se ha establecido que estas evidencias son fundamentales para emprender medidas para el control del tabaco y se han venido realizando acciones.

Las enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cáncer) son más frecuentes entre población expuesta al humo de tabaco que en la que no lo está. El tabaquismo es la principal causa de muerte prematura y de enfermedades prevenibles en países como España y de su entorno,¹⁰ así como en países en vías de desarrollo como el nuestro. Este problema existe en el mundo desde hace siglos y parece poner a México en la misma perspectiva histórica que España y el entorno de ésta en Europa.

Las evidencias que integran los fundamentos de la comprensión actual del tabaco como causa de enfermedad, se remontan a la parte media del siglo xx.¹¹ Doll y Hill, en 1950,¹² valoraron el hábito de fumar como causa de cáncer pulmonar y, en 1954,¹³ en el desarrollo de cáncer, enfermedad coronaria, infarto, enfermedad obstructiva crónica del pulmón y enfisema.¹⁴ Esto lo hicieron siguiendo una cohorte de médicos y enfermeras durante 20 años y se dieron cuenta que los adultos jóvenes fumadores morían o padecían alguna enfermedad relacionada con el tabaquismo a una edad más temprana que aquellos que no fumaban, así mismo determinaron que los adultos mayores expuestos a humo de tabaco ambiental tenían mayor propensión a enfermedades crónico degenerativas, como las mencionadas en el párrafo anterior, que aquellos que no se habían expuesto.

Hacia finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, comités gubernamentales revisaron y evaluaron formalmente la evidencia acumulada, es el caso de Inglaterra¹⁵ y EUA.¹⁶ Mediante el informe de inspección sanitaria de los EUA se llegó a nuevas conclusiones con respecto a las enfermedades provocadas por el tabaquismo (Tabla 2).¹⁷¹⁸¹⁹²⁰

La International Agency for Research on Cancer y el United Kingdom 's Scientific Committe on

Tobacco and Health revisaron también las evidencias relativas a la salud de los niños, el adulto y el adulto mayor en relación al tabaquismo pasivo^{21:22:23}.

Desde hace más de una década se han venido demostrado evidencias del tabaquismo como un peligro ambiental: la California Environmental Protection Agency, 1997;²⁴ Scientific Committee on Tobacco and Health, 1998;²⁵ World Health Organization 1999;²⁶ Samet y Wang, 2000;¹⁶ por otro lado hay evidencias a nivel molecular de los cambios específicos por los cancerígenos del humo del tabaco.^{27:28:29}

En los Estados Unidos de América el tabaquismo origina una de cada cinco defunciones.³⁰ Los fumadores presentan un riesgo mayor de cardiopatía mortal, cáncer pulmonar y cánceres en boca, garganta, esófago, páncreas, riñón, vejiga, cuello del útero; evento vascular cerebral, úlcera péptica; fracturas de cadera, muñeca y vértebras que se evidencian más en el adulto mayor por los procesos de descalcificación inherentes a la edad que son potenciados por el hecho de fumar y/o estar expuestos al humo de tabaco ambiental; y en el desarrollo de cataratas,^{31:32} así como aterosclerosis de la arteria carótida.³³

Los fumadores fallecen 5 a 8 años antes que quienes nunca fuman.³⁴ En las dos últimas décadas de las aproximadamente 480,000 defunciones vinculadas con el tabaquismo en los EUA, 53,000 son atribuidas al tabaquismo pasivo.³⁵

Se ha calculado que el consumo de tabaco es responsable de la muerte prematura de más de 3.5 millones de personas por año en el mundo.^{36:37} Por otro lado, en un estudio epidemiológico sobre el efecto global del tabaco en la mortalidad mundial, se estima que el número de muertes en el mundo relacionadas con el tabaco durante el año 2000 fue de 4.8 millones, con una incidencia similar en los países industrializados y en los países en desarrollo.³⁸ Entre las principales causas de muerte encontradas destacan:

- Enfermedades cardiovasculares: 1.7 millones de muertes.
- Enfermedad obstructiva crónica pulmonar: 970,000 muertes.
- Cáncer de pulmón: 850,000 muertes.

El tabaquismo en el mundo

En América y el viejo continente, el Frayle Francisco de Ajofrín analizó como era muy fácil que la viciosa costumbre de fumar se comunicara a los que llegaban de Europa a México.⁵ Por otro lado, una vez industrializado el tabaco los europeos lo regresaron a América, incluso se instalaron fábricas en México (Figura 1).

En este apartado se abordará brevemente la situación del continente europeo y particularmente de España, pues es así que se inicia la historia del tabaquismo en México. En los países europeos, como en muchos otros y el nuestro, se teme por las consecuencias económicas que se puedan generar al “atacar” a las industrias tabacaleras por lo que el control resulta sumamente difícil.

Por tal motivo, a principios de la actual década se consideraba que 30 de cada 100 europeos adultos fumaba cigarrillos a diario, situación que va en aumento.³⁹ Así mismo se estima que uno de cada 10 adultos fumadores morirá a causa de los efectos del tabaco, razón que se eleva a uno de cada cinco en los países del este de Europa. Sin embargo la prevalencia de fumadores desciende entre los hombres adultos en algunos países de la Unión Europea, mientras que aumenta en las mujeres, sobre todo jóvenes, del sur y del este de Europa.

Se han hecho varios esfuerzos en la lucha contra el tabaquismo y a favor de la prevención. Con motivo del Día Mundial sin tabaco del año 2000, se reunieron en Lisboa, Portugal, delegados de 18 países europeos con el objetivo de identificar los retos para el nuevo milenio en la prevención y control del tabaquismo en Europa. Las condiciones plasmadas en la “declaración de Lisboa”, hacen referencia a la regulación de la producción de tabaco, a la integración del control del tabaco en las nuevas políticas de Salud Pública europeas, a la protección de los no fumadores y a la colaboración multidisciplinaria para la promoción del abandono del hábito tabáquico y para su prevención entre niños y adolescentes en el ámbito europeo.⁴⁰

Otro problema, que ya se veía desde antaño, por el cual se ha preocupado la comunidad europea, es la exposición pasiva al tabaco, por lo que han emprendido actividades para desarrollar políticas conjuntas de carácter legislativo y educativo de control del tabaquismo pasivo y de promoción de ambientes libres de humo.⁴¹

La OMS, hace lo propio, al dedicar el primer “Día Mundial sin Tabaco” del milenio al tabaquismo pasivo, bajo el lema “Humo de segunda mano: limpiemos el aire”.⁴²

La visión de este primer plano del ámbito internacional puede llevar a pensar en que uno de los grandes obstáculos en la lucha contra el tabaquismo, radica en el poder económico que manejan las industrias tabacaleras desde hace siglos.⁵

En la actualidad existen seis grandes empresas distribuidas por el mundo, además de otras tantas, que se concentran en los países europeos, americanos, sudafricanos y asiáticos.⁴³⁻⁴⁴ Las estimaciones de producción-consumo de cigarrillos de las seis grandes hablan de aproximadamente 5 trillones de cigarrillos en el mundo, lo que representa un consumo per cápita aproximado de 984 cigarrillos por persona en un año. Es difícil enfrentarse contra las fuerzas económicas y por lo tanto políticas que dominan al mundo en torno a la producción del tabaco. Mientras halla consumidores habrá producción, por lo que la mejor manera de prevenir el tabaquismo es no iniciarlo.

Es por ello que España lanza múltiples propuestas destacándose lo que hablan acerca de los jóvenes. Dicen de ellos, que deben de ser críticos y tomar conciencia de la trascendencia que sus comportamientos tendrán para su futuro en salud y de cómo dichos comportamientos, como el hecho de fumar, impacta en la salud de los infantes y de los adultos mayores que no fuman. A este respecto hacen mención de la imitación del comportamiento, los jóvenes en numerosas ocasiones pueden estar comportándose como sus profesores, o sus padres, por tener éstos una importante función modelica y educadora,⁴⁵⁻⁴⁶ destacando ahora el papel de los comportamientos de los adultos y los adultos mayores en la formación de hábitos de los niños y jóvenes. Al respecto, otros gigantes difíciles de vencer son: Publicidad muy atractiva, publicidad encubierta (apoyo de acontecimientos deportivos), las enfermedades que el tabaquismo genera aparecen a largo plazo y produce un placer inmediato, cuenta con un refuerzo positivo (está bien visto fumar) y el acceso es muy fácil (lo venden en cualquier sitio y es relativamente barato).

En España se propone, para dejar de fumar: Crear campañas informativas y de prevención, reducir el número de jóvenes que empiezan a fumar y retardar el momento del inicio, reducir el número de fumadores aconsejando y apoyando al mayor número posible que desee y deba dejarlo, crear un ambiente social negativo para el hábito del tabaco, que lo convierta en socialmente inaceptable.

Este es el panorama internacional, particularmente el del continente Europeo, por la importancia que la exportación e importación del tabaco tiene en éste. Se reitera en lo difícil que ha resultado enfrentar el problema y las propuestas que han surgido para combatirlo.

El tabaquismo en México

En México, como parte de la región de las Américas, el estudio del tabaquismo no difiere en mucho con lo que se ha hecho en el ámbito internacional. De hecho se han seguido muchas de las pautas, con respecto a la prevención del tabaquismo, establecidas por otros países. Sin embargo, pese a que la sociedad está más informada, los índices de consumo se incrementan, especialmente entre adolescentes y mujeres, quienes alentados por las técnicas de mercadeo de las tabacaleras fuman como símbolo de rebeldía, afirmación de personalidad, libertad o integración social.⁴⁷

Para proteger a la sociedad de los efectos nocivos del tabaco en nuestro país, al igual que en muchos otros, se establecen leyes, normas, reglamentos y programas. Es así que desde 1986 el sector salud cuenta con un programa específico contra el tabaquismo, actualizado y enriquecido en 1992 y posteriormente en el año 2000. Esto es lo que se hace en México, se puede observar que no difiere en mucho de lo que se está haciendo en otros países, pues se están siguiendo las políticas trazadas por los organismos internacionales. De donde surge la necesidad de crear estrategias que permitan evitar el inicio del tabaquismo y/o su

control.48

Entre los factores sociales que más frecuentemente aparecen asociados con el inicio del tabaquismo en la adolescencia está la presión psicosocial de los amigos, que puede conducir a la experimentación temprana del consumo. Es común que por desconocimiento los adolescentes sobreestimen la prevalencia de fumadores entre la población en general, al mismo tiempo que desestiman la posibilidad de llegar a convertirse en fumadores habituales. Percepciones erróneas como éstas, se explican en parte por la publicidad intencionalmente diseñada por las tabacaleras para atraer gente joven⁴⁹ hasta antes del año 2003, fecha en que se prohibió la publicidad del tabaquismo en México. Por otro lado una de las creencias que más se relaciona con el consumo es que fumar se asocia positivamente con tener una imagen social deseada, o como un facilitador para establecer relaciones.⁵⁰ En el caso de las mujeres, además de lo anterior, el consumo de cigarrillos también puede ser visto como un medio para bajar de peso y como una conducta glamorosa. También algunos adolescentes fuman para reafirmar el paso de la niñez a la adultez y los adultos jóvenes y mayores fuman por una franca adicción física y/o psicológica. ⁵¹⁻⁵²

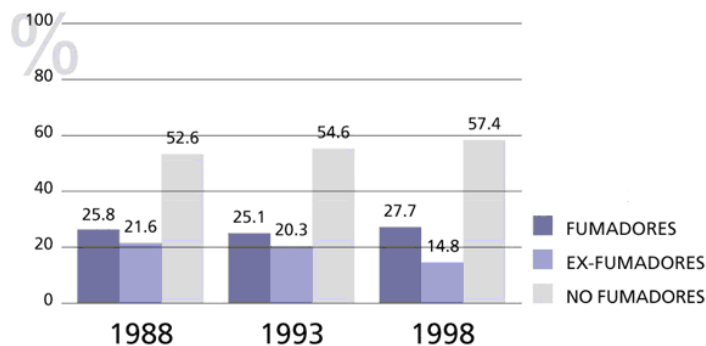
Por otro lado se ha reportado que tener ambos padres que fuman o la pertenencia a hogares de bajos ingresos o bajo nivel educativo aumenta el riesgo de que el adolescente fume.^{48,49} Estos son algunos de los factores que se consideran asociados con el inicio del tabaquismo, y para ver su prevalencia sirve citar los datos epidemiológicos obtenidos en las Encuestas Nacionales en Adicciones que en México se efectuaron en las 2 décadas pasadas (ENA 88, ENA 93, ENA 98).⁵³⁻⁵⁴⁻⁵⁵

Estos estudios reflejan que el 57.4% no fumaba y el 14.8% refirieron ser ex fumadores (Figura 1). Hay diferencias importantes en cuanto al género, pues mientras el 42.9% de los hombres son fumadores, entre las mujeres esta proporción asciende al 16.3%. El grupo de edad con mayor prevalencia de tabaquismo es el de 18 a 29 años (ENA, 1998). Comparado con la ENA, 10 años atrás, desde 1993, se puede apreciar el aumento de los no fumadores pero, a la par de ello, también se observa el aumento de los fumadores y la disminución de los ex fumadores, dato que pudiese estar reflejando la mortalidad de estos últimos o la estabilidad como fumador establecido.

Figura 1

Prevalencia del consumo de tabaco.

Población urbana en México 1988,1993, 1998



En 1998, existen más de 13 millones de fumadores en el país.

Fuentes: ENA 1988,⁶⁴ ENA 1993,⁶⁵ ENA 1998⁶⁶

Estos estudios señalan que el 27.7% de la población entre 12 y 65 años era fumadora, lo que representa en 1998 a más de 13 millones de habitantes (Figura 2). De acuerdo con la cantidad y frecuencia de consumo de cigarrillos, el 52% de los usuarios de tabaco fueron clasificados como fumadores leves, 57.2% como moderados y el 13.1% como severos (consumo diario de 16 o más cigarrillos).

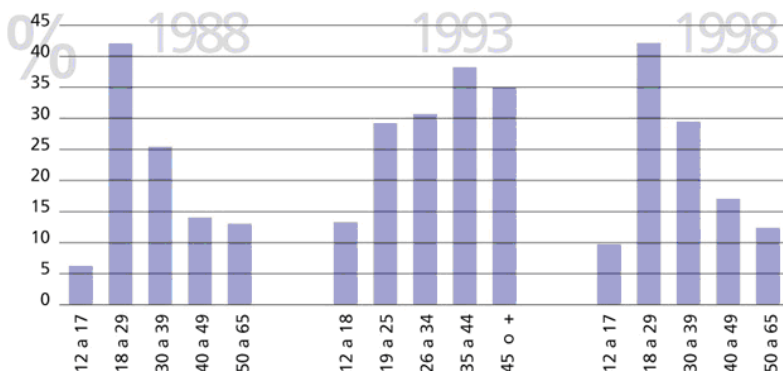
En el 2003 se publicó la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002,⁵⁶ en la que se habla de la

prevalencia del tabaquismo en México en el inicio de esta década. La distribución de la población urbana de 12 a 65 años por sexo 45% son hombres y 55% mujeres; es decir, se entrevistaron 1.2 más mujeres que hombres. En cuanto a la edad, el grupo de jóvenes (12-17 años) conformó al 19% de la muestra y el resto se distribuyó en los grupos de entre 18 a 65 años de edad. La distribución de la población rural fue semejante, con el 46% de hombres y 54% de mujeres, así como un 22% de adolescentes y el resto de población adulta.

Figura 2

Prevalencia de fumadores actuales según grupo de edad.

Población urbana de 12 a 65 años

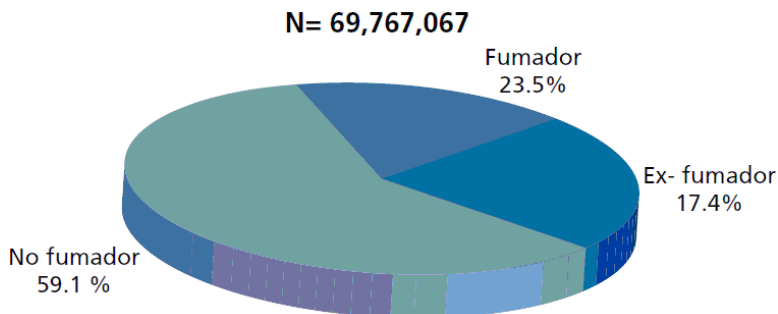


Fuentes: ENA 1988,⁶⁴ ENA 1993,⁶⁵ ENA 1998⁶⁶

Al clasificar la población de acuerdo al consumo de tabaco, se encontró que más de 16 millones de personas (23.5%), son fumadores, 17.4% exfumadores y más de la mitad (59.1%) manifestaron ser no fumadores. Al comparar estos resultados con los de la encuesta anterior (ENA-98), se observa que la proporción de fumadores disminuyó de 27.7% a 23.5%, en contraste con la proporción de exfumadores y no fumadores cuyas proporciones aumentaron (Figura 3).

Figura 3

Patrón de consumo de tabaco



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Al analizar el hábito tabáquico con relación al sexo, se observa que en los grupos que tienen o han tenido consumo de tabaco (fumadores y exfumadores), el sexo masculino representa más del 60% en cada una, presentando una relación hombre-mujer de 2.2 a 1 y de 1.5 a 1 respectivamente, mientras que en el grupo de no fumadores casi el 70% son mujeres (Tabla 1).

Tabla 1

Patrón de fumadores por sexo

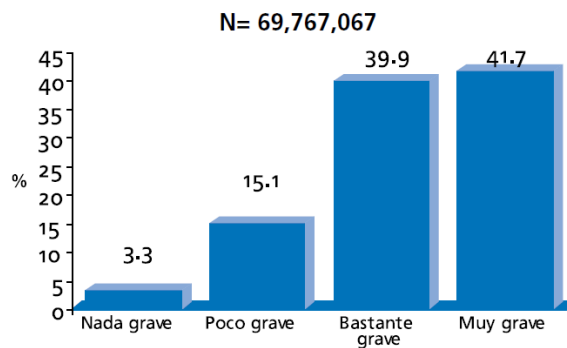
Sexo	Clasificación de fumadores						TOTAL	
	Fumadores		Ex - fumadores		No fumadores			
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Masculino	11,359,627	69.4	7,359,980	60.5	12,674,050	30.7	31,393,657	45.0
Femenino	5,011,974	30.6	4,795,252	39.5	28,566,184	69.3	38,373,410	55.0
TOTAL	16,371,601	100.00	12,155,232	100.00	41,240,234	100.00	69,767,067	100.00

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Entre los aspectos que se investigaron durante la entrevista, estuvieron los relacionados con la percepción de riesgo a la salud que se tiene al consumir algunas sustancias adictivas, en el caso específico del tabaco se cuestionó ¿Qué tan grave es el uso de cigarrillos? Las respuestas no fueron del todo satisfactorias al encontrar que 3.3% de la población entrevistada no considera grave el consumo de tabaco y el 15.1% opinan que es poco grave (Figura 4).

Figura 4

Percepción del riesgo de fumar cigarrillos en la población de estudio

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Asimismo, a las preguntas asociadas con la dependencia al consumo de tabaco, se les otorgó un valor a cada una, según su respuesta y se obtuvo el total de puntos para cada individuo, de acuerdo con los puntos obtenidos y tomando como base los criterios propuestos por Fagerstrom, se conformaron cuatro grupos:

- Grupo uno: Fumador dependiente.
- Grupo dos: Fumador diario, pero sin dependencia.
- Grupo tres: Los fumadores ocasionales y ex-fumadores.
- Grupo cuatro: Los no fumadores.

Esta clasificación es una herramienta sumamente útil para poder identificar la magnitud de las necesidades de atención para la salud, que se presentan en los diferentes grupos respecto al consumo de tabaco. Con este propósito se determinaron las necesidades específicas de atención para cada grupo de acuerdo con el grado de dependencia al consumo de tabaco, definiéndose dichas necesidades de la siguiente manera:

- Grupo uno: Necesidad de tratamiento especializado.

- Grupo dos: Necesidad de intervención breve.
- Grupo tres: Requiere de observación y prevención.
- Grupo cuatro: Requiere prevención.

Una vez definidos e integrados los grupos, se llevó a cabo un análisis comparativo entre ellos.

Análisis de acuerdo al nivel de dependencia

Durante la encuesta del 2002 se encontró que 1.4% de la población entrevistada se clasificó como fumador dependiente, lo que representa a más de un millón de personas que requieren de atención especializada para resolver su problema de tabaquismo. El siguiente grupo conformado por los que fuman diario pero sin presentar síntomas de dependencia, y por ello requieren de una intervención breve, representa el 11% y aquellos que fuman ocasionalmente y los exfumadores que requieren de observación alcanzaron 28.5%, y por último como se mencionó anteriormente el grupo con mayor porcentaje son los no fumadores a los que se tienen que dirigir las campañas anti-tabáquicas de prevención (Tabla 2).

Tabla 2

Grupos de acuerdo a criterios de dependencia a tabaco

Grupos	N	%
1. Fumador dependiente	1,009,128	1.4
2. Fumador diario, pero sin dependencia	7,639,874	11.0
3. Fumador ocasional y ex – fumador	19,877,831	28.5
4. No fumador	41,240,234	59.1
Total	69,767,067	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Cuando se analizan los grupos de dependencia de acuerdo al sexo se hace evidente que los hombres tienen los mayores porcentajes en los tres primeros grupos, los cuales implican consumo de tabaco, presentándose el valor más alto (71.4%) en el grupo de fumador dependiente, mientras que las mujeres su mayor porcentaje (69.3 %) se registró en el grupo de no fumadores (Tabla 3).

Tabla 3

Grupo de dependencia por sexo

Sexo	Grupos									
	Dependencia		Fumador diario sin dependencia		Fumador ocasional y ex - fumador		No fumador		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Masculino	720,016	71.4	5,435,553	71.1	12,564,038	63.2	12,674,050	30.7	31,393,657	45.0
Femenino	289,112	28.6	2,204,321	28.9	7,313,793	36.8	28,566,184	69.3	38,373,410	55.0
TOTAL	1,009,128	100.0	7,639,874	100.0	19,877,831	100.0	41,240,234	100.0	69,767,067	100.00

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Del total de la población clasificada como fumadores de acuerdo a la definición considerada, 1,009,128 (6.2%) de ellos presentan dependencia al consumo de tabaco, asimismo, 7,639,874 (46.7%) fuman a diario pero todavía no presentan síntoma de dependencia y una cifra aproximada (7,722,599) lo conforman los fumadores ocasionales, por otro lado los ex-fumadores que se ubican en el grupo tres junto con los fumadores ocasionales representan más de doce millones de personas (Tabla.4).

Tabla 4

Grupo de dependencia por tipo de fumador

Clasificación de fumadores	Grupos									
	Dependencia		Fumador diario sin dependencia		Fumador ocasional y ex-fumador		No fumador		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Fumadores	1,009,128	100	7,639,874	100	7,722,599	38.9	-	-	16,371,601	23.5
Ex-fumadores	-	-	-	-	12,155,232	61.1	-	-	12,155,232	17.4
No fumadores	-	-	-	-	-	-	41,240,234	100	41,240,234	59.1
TOTAL	1,009,128	100	7,639,874	100	19,877,831	100	41,240,234	100	69,767,067	100

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Los cuatro grupos definidos por el grado de dependencia, analizados de acuerdo al tipo de comunidad, hace evidente que en comunidades urbanas el problema que se identifica de tabaquismo es mayor que en áreas rurales, al observarse por ejemplo, que el 86.5% de las personas con dependencia a tabaco son habitantes de áreas urbanas, de igual forma entre los que fuman a diario y los fumadores ocasionales la proporción de habitantes de zonas urbanas es mayor a 80% (Tabla 5).

Tabla 5

Grupo de dependencia por tipo de comunidad

Comunidad	Grupos									
	Dependencia		Fumador diario sin dependencia		Fumador ocasional y ex-fumador		No fumador		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Urbana	872,958	86.5	6,654,728	87.1	16,053,628	80.8	29,306,164	71.1	52,887,532	75.8
Rural	136,170	13.5	985,092	12.9	3,824,203	19.2	11,934,070	28.9	16,879,535	24.2
TOTAL	1,009,128	100.0	7,639,874	100.0	19,877,831	100.0	41,240,234	100.0	69,767,067	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Los niveles de dependencia de acuerdo con los grupos de edad presentan un comportamiento similar entre ellos, en donde el porcentaje aumenta en cada grupo de dependencia al aumentar la edad, observándose dos excepciones; la primera en el grupo de los fumadores diarios sin dependencia al disminuir de 47.3% a 47.1% en los grupos de 18 a 34 y de 35 a 65 años respectivamente; la segunda se presentó en los mismos grupos de edad pero entre los no fumadores, disminuyendo de 37.4% a 34.8% (Tabla 6).

Entre los factores que más influyen al tomar la decisión de fumar o no fumar, se encuentra la percepción que cada persona tiene sobre el consumo de tabaco, durante el estudio esto fue un aspecto que se cuestionó a los entrevistados. En general se observó que al interior de cada uno de los grupos definidos de acuerdo al grado de dependencia, los porcentajes son mayores cuanto más grave es la percepción de riesgo, por ejemplo: entre los fumadores dependientes al tabaco el 5.9%, que representa a casi 60,000 personas, consideran que el uso de cigarros no es nada grave, mientras que para el 38.5% del mismo grupo el uso de cigarros es muy grave (Tabla 7).

Tabla 6

Dependencia por grupo de edad

Grupo de edad	Grupos									
	Dependencia		Fumador diario sin dependencia		Fumador ocasional y ex - fumador		No fumador		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
12-17 años	24,759	2.5	433,279	5.7	1,744,354	8.8	11,482,967	27.8	13,685,359	19.6
18-34 años	259,152	25.7	3,611,677	47.3	8,271,140	41.6	15,409,585	37.4	27,551,554	39.5
35-65 años	725,217	71.9	3,594,918	47.1	9,862,337	49.6	14,347,682	34.8	28,530,154	40.9
TOTAL	1,009,128	100.0	7,639,874	100.0	19,877,831	100.0	41,240,234	100.0	69,767,067	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Tabla 7

Dependencia por percepción de riesgo

Percepción de la gravedad del consumo de cigarrillos	Grupos									
	Dependencia		Fumador diario sin dependencia		Fumador ocasional y ex - fumador		No fumador		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Nada grave	58,879	5.9	529,535	7.0	798,820	4.0	920,475	2.3	2,307,709	3.3
Poco grave	208,828	21.0	1,604,834	21.2	3,494,577	17.7	5,090,548	12.5	10,398,787	15.1
Bastante grave	343,327	34.5	3,019,958	39.9	7,695,104	38.9	16,447,332	40.4	27,505,721	33.9
Muy grave	383,106	38.5	2,418,308	31.9	7,770,852	39.3	18,203,162	44.8	28,775,428	41.7
Total	994,140	100.0	7,572,635	100.0	19,759,353	100.0	40,661,517	100.0	68,987,645	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Análisis del grupo: fumadores dependientes

El porcentaje de la población que fue clasificada como fumadores dependientes al tabaco, es decir, aquellos que requieren de atención especializada para atender su problema de tabaquismo, representa a más de un millón de personas, entre las que se observa que la mayoría son hombres, sin embargo la diferencia en la distribución por sexo comparada con la encontrada cuando se les clasificó únicamente como fumadores se hizo mayor, lo que se manifiesta con el aumento en la relación hombre-mujer de fumadores de 2.2 a 2.5 hombres por cada mujer entre los dependientes a tabaco (Tabla 8).

Tabla 8

Distribución por sexo en el grupo de fumadores dependientes a tabaco

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	720,016	71.4
Femenino	289,112	28.6
Total	1,009,128	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

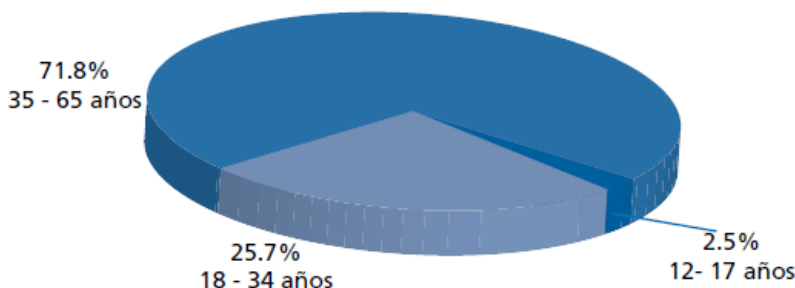
El grupo de edad más afectado con dependencia al tabaco es el de 35 a 65 años, que alcanza casi el

72% de fumadores dependientes, esto puede parecer obvio porque en apariencia este grupo etáreo tiene un mayor tiempo de contacto con el tabaco, pero es de llamar la atención que el 2.5% de menores de 18 años que representan a cerca de 25,000 jóvenes que a pesar de su corta edad, requieren de atención especializada para dejar de fumar (Figura 5).

Figura 5

Distribución de los grupos de edad entre los fumadores dependientes

N= 69,767,067



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

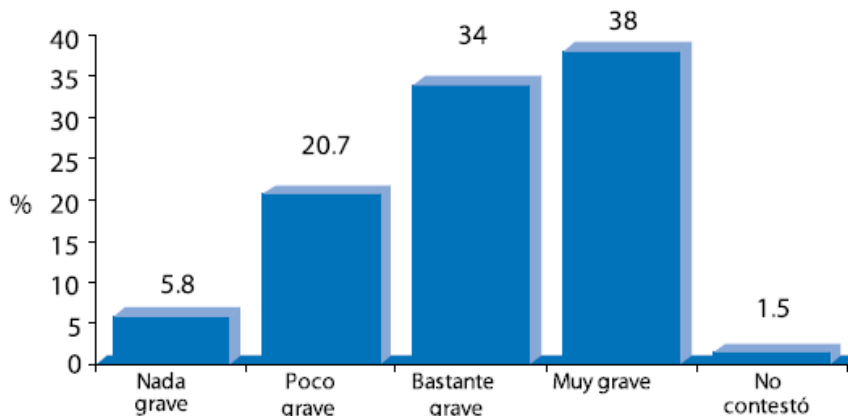
De igual forma se preguntó a éstas personas ¿Qué tan grave es fumar cigarrillos?, encontrando que sólo 38% consideraron que era muy grave, cabe señalar que para el 20.7% es poco grave, sin embargo el 5.8% de las personas que tienen problemas de dependencia al tabaco consideran que no es nada grave su consumo (Figura 6).

Con relación a la edad en que iniciaron el consumo de tabaco los individuos que desarrollaron dependencia, se encontró que quienes reportan su inicio a los 6 años en contraste con aquellos que manifestaron iniciar a los 45 años, la distribución de la edad de inicio presentó un rango de 39 años, media de 15.8 años, la moda fue de 14 y la mediana de 15 años.

Figura 6

Percepción del riesgo de fumar cigarrillos entre fumadores dependientes

N= 69,767,067



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Al agrupar la edad de inicio considerando periodos similares a los formados en la ENA-98, observamos que el grupo que inició el consumo de tabaco entre los 15 y 17 años de edad, equivale a 406,786 (40.9%) fumadores dependientes, seguido por los que iniciaron entre los 11 y 14 años (34.2%). Al compararlo con lo reportado en la ENA-98, donde el segundo lugar lo ocupó el grupo que inició entre los 18 y 25 años, se puede inferir que la población entrevistada en la ENA-2002 inició el consumo de tabaco a menor edad que la entrevistada en la ENA-98 (Tabla 9).

En la distribución por sexo de estos grupos se observa que los hombres mantienen los mayores porcentajes en los dos grupos de menor edad, cabe señalar que las mujeres reportan mayor porcentaje en los grupos de 15 años en adelante.

Del total de fumadores dependientes (1,009.128), el 5.8% manifestó haber solicitado ayuda por el consumo de tabaco durante los últimos doce meses, por lo que se estima que cerca de 59,000 personas acudieron a alguna instancia en busca de apoyo (Figura 7).

Tabla 9

Distribución de la edad de inicio de fumadores dependientes, por sexo

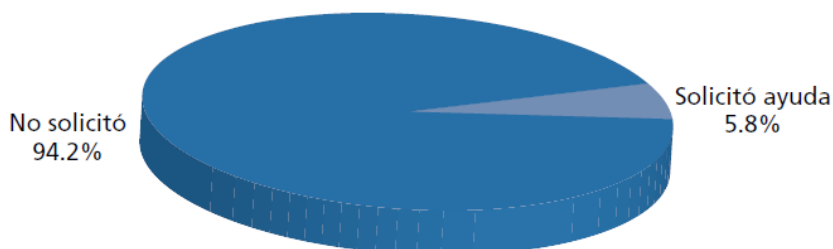
Edad de inicio	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Núm.	%
	Núm.	%	Núm.	%		
10 años y menos	28,676	4.1	3,397	1.2	32,073	3.2
11-14 años	273,176	38.7	67,520	23.4	340,696	34.2
15-17 años	266,959	37.8	139,827	48.4	406,786	40.9
18-25 años	137,263	19.4	74,044	25.6	211,307	21.2
26-35 años	-	-	3,931	1.4	3,931	0.4
36-45 años	-	-	393	0.1	393	0.0
Total	706,074	100.0	289,112	100.0	995,186	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Figura 7

Solicitud de ayuda de fumadores dependientes por consumo de tabaco

N= 1,009.128

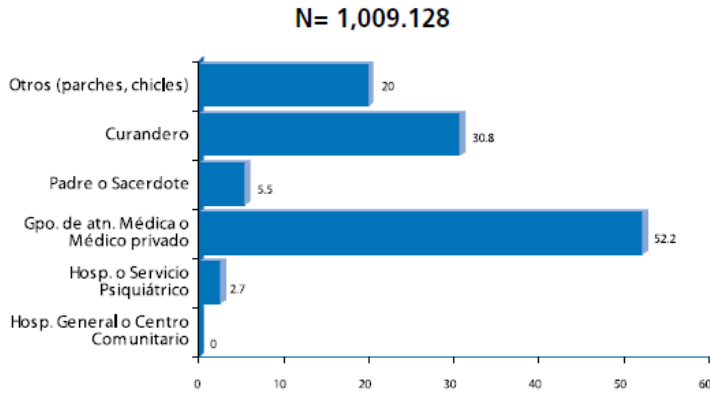


Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Al preguntar a los fumadores dependientes que solicitaron ayuda, ¿a quién? o ¿a qué lugar se dirigieron en busca de apoyo para aliviar su dependencia al tabaco?, se observó que más de la mitad buscó ayuda en algún grupo de atención médica o médico privado, seguida de los que acudieron a curanderos (30.8%) y de los que utilizaron otras alternativas como son los parches, chicles, etc. (Figura 8).

Figura 8

Lugar o persona donde solicitaron ayuda los fumadores dependientes



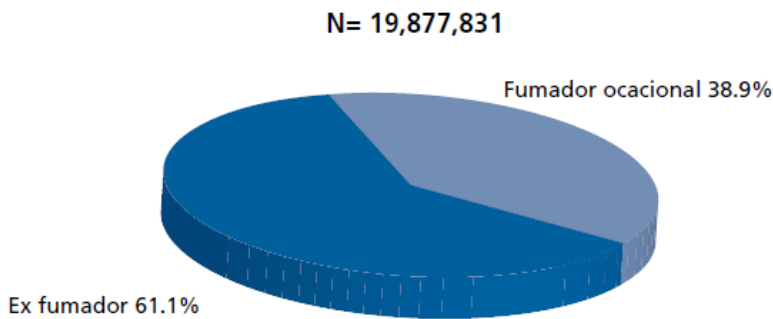
Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Análisis del grupo: fumadores ocasionales y exfumadores

Al observar la distribución de los grupos de edad de ambas categorías se observa que en los grupos de 12 a 17 y de 18 a 34 años, las proporciones de fumadores ocasionales son mayores a las de los exfumadores, sin embargo entre los de 35 a 65 años el resultado es inverso, la mayor proporción se registró en los exfumadores (Figura 9).

Figura 9

Distribución por tipo de fumador del grupo de fumadores ocasionales y ex-fumadores



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Tabla 10

Distribución del grupo de fumadores ocasionales y ex-fumadores por sexo

Sexo	Grupo de fumadores ocasionales y ex - fumadores					
	Fumadores ocasionales		Ex - fumadores		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Masculino	5,204,058	67.4	7,359,980	60.5	12,564,038	63.2
Femenino	2,518,541	32.6	4,795,252	39.5	7,313,793	36.8
TOTAL	7,722,599	100.0	12,155,232	100.0	19,877,831	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Tabla 11

Distribución del grupo de fumadores ocasionales y ex-fumadores por grupo de edad

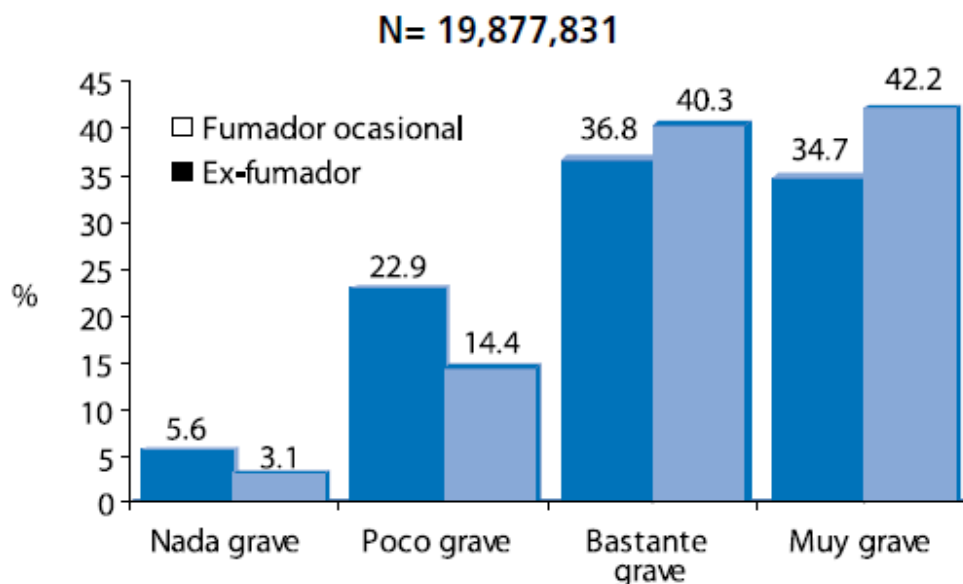
Grupos de edad	Grupo de fumadores ocasionales y ex - fumadores				Total	
	Fumadores ocasionales		Ex – fumadores		Núm.	%
	Núm.	%	Núm.	%		
12-17 años	772,720	10.0	971,634	8.0	1,744,354	8.8
18-34 años	3,805,172	49.3	4,465,968	36.7	8,271,140	41.6
35-65 años	3,144,707	40.7	6,717,630	55.3	9,862,337	49.6
TOTAL	7,722,599	100.0	12,155,232	100.0	19,877,831	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

La opinión acerca del riesgo que implica el consumo de cigarros entre los fumadores ocasionales y los exfumadores hace evidente que para los primeros las categorías de menor gravedad obtienen porcentajes mayores, sin embargo en las categorías de bastante y muy grave, son los ex-fumadores quienes tienen mayor porcentaje; cabe mencionar que para ambos grupos los mayores porcentajes se reportan en las categorías de mayor riesgo (Figura 10).

Figura 10

Percepción del riesgo de fumar cigarros entre fumadores ocasionales y ex-fumadores



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Con respecto a la edad de inicio reportada por ambos grupos, entre los ex fumadores una cuarta parte (25.2%) manifestaron haber iniciado antes de los 15 años, mientras que entre los fumadores ocasionales el mayor porcentaje se obtuvo en el grupo de 15 a 17 años (Tabla 12).

Tabla 12

Edad de inicio de fumadores ocasionales y ex-fumadores

Grupos de edad	Grupo de fumadores ocasionales y ex - fumadores					
	Fumadores ocasionales		Ex – fumadores		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
10 años y menos	108,562	1.4	466,462	3.8	575,024	2.9
11-14 años	971,516	12.6	2,598,420	21.4	3,569,936	18.0
15-17 años	3,237,567	41.9	4,013,789	33.0	7,251,356	36.5
18-25 años	2,950,452	38.2	4,373,020	36.0	7,323,472	36.8
26-35 años	307,430	4.0	501,184	4.1	808,614	4.1
36-45 años	92,944	1.2	138,265	1.1	231,209	1.2
45-65 años	49,177	0.6	45,568	0.4	94,745	0.5
No responde	4,951	0.1	18,524	0.2	23,475	0.1
TOTAL	7,722,599	100.0	12,155,232	100.0	19,877,831	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Al cuestionar acerca de la búsqueda de ayuda con el propósito de abandonar el consumo de tabaco, menos del uno por ciento en ambos grupos mencionó haber solicitado ayuda, cabe señalar que aunque esta proporción es muy baja se estima que representa a casi 70,000 personas (Tabla 13).

Tabla 13

Solicitud de ayuda por el grupo de fumadores ocasionales y ex-fumadores

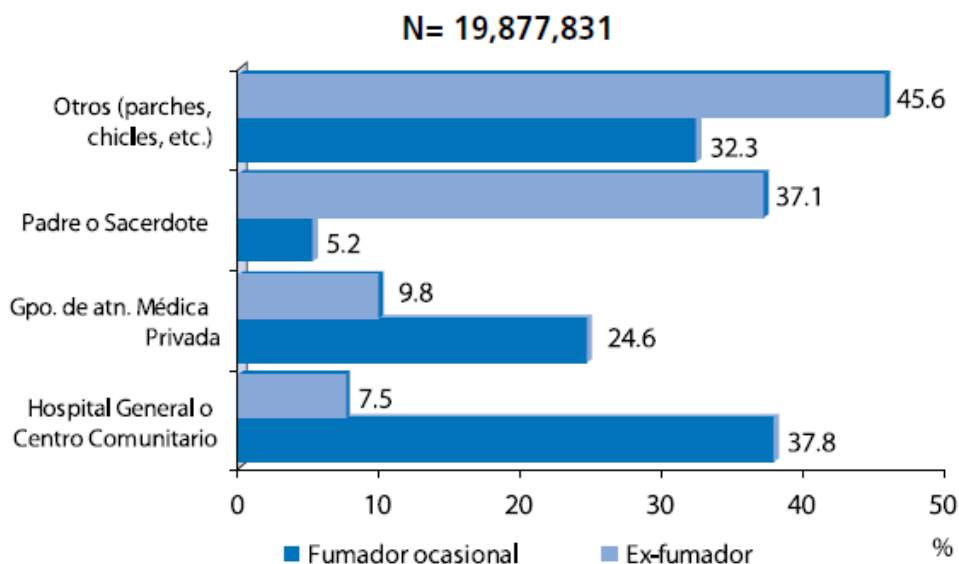
Solicitó ayuda	Grupo de fumadores ocasionales y ex - fumadores					
	Fumadores ocasionales		Ex – fumadores		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Sí	19,453	0.3	50,025	0.4	69,478	0.3
No	7,703,146	99.7	12,105,207	99.6	19,808,353	99.7
Total	7,722,599	100.0	12,155,232	100.0	19,877,831	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Del total de personas que solicitaron ayuda, del grupo clasificado como fumadores ocasionales o exfumadores, los primeros han buscado ayuda principalmente en Hospitales o Centros comunitarios (37.8%), mientras que cerca de la mitad de los ex fumadores han utilizado otro tipo de alternativa como es el uso de chicles, parches, etc., y el 37.1% acudió a un padre o sacerdote en busca de ayuda (Figura 11).

Figura 11

Lugar o persona donde solicitaron ayuda por consumo de tabaco los fumadores ocasionales y ex-fumadores



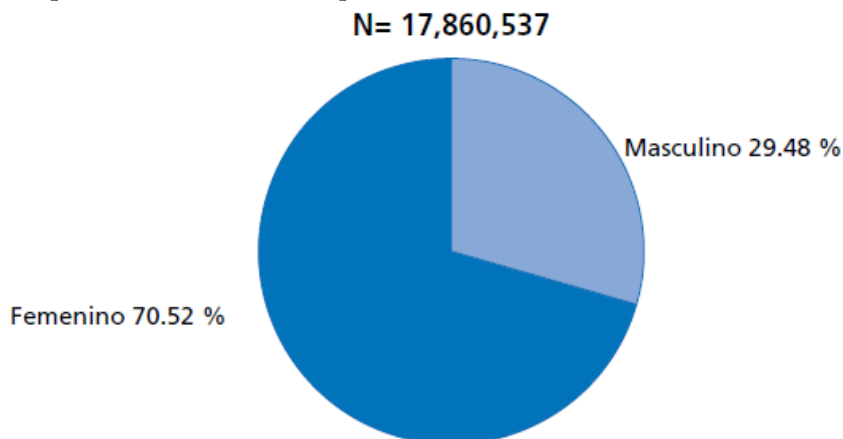
Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Análisis del grupo: fumadores pasivos

Además de los grupos conformados de acuerdo al consumo de tabaco y el grado de dependencia que presentaron, se formó un grupo adicional denominado “Fumadores pasivos”, el cual se integró con las personas que manifestaron no haber consumido tabaco nunca (No fumadores) y aquellos que tienen al menos un año de haber dejado de fumar (ex-fumadores), pero que conviven habitualmente con personas fumadoras. De esta forma, la prevalencia del grupo de fumadores pasivos (25.6%), se estima que representa a 17, 860,537 personas. La distribución por sexo de los fumadores pasivos mostró un mayor porcentaje (70.5%) de mujeres alcanzando casi tres cuartas partes del total (Figura 12).

Figura 12

Distribución por sexo de los fumadores pasivos



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

Con respecto a los grupos de edad, al compararlos entre sí respecto a la exposición involuntaria al humo de tabaco, sin considerar el tipo de actividad que realizan, se observa que los porcentajes encontrados presentan diferencias que no exceden de 8 puntos porcentuales, lo que muy probablemente sea consecuencia de que en todos los ámbitos (laboral, académico y en el hogar), existe exposición involuntaria al humo de tabaco (Tabla 14).

Tabla 14

Distribución por grupos de edad de fumadores pasivos

Grupos de edad	Frecuencia	%
12-17 años	5,235,696	29.3
18-34 años	6,582,042	36.9
35-65 años	6,042,799	33.8
Total	17,860,537	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

De la población expuesta involuntariamente al humo de tabaco más de tres cuartas partes (78.8%), son residentes de comunidades urbanas (Tabla 15).

Tabla 15

Distribución de fumadores pasivos por tipo de comunidad

Tipo de comunidad	Frecuencia	%
Urbana	14,070,264	78.8
Rural	3,790,273	21.2
Total	17,860,537	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI⁶⁷

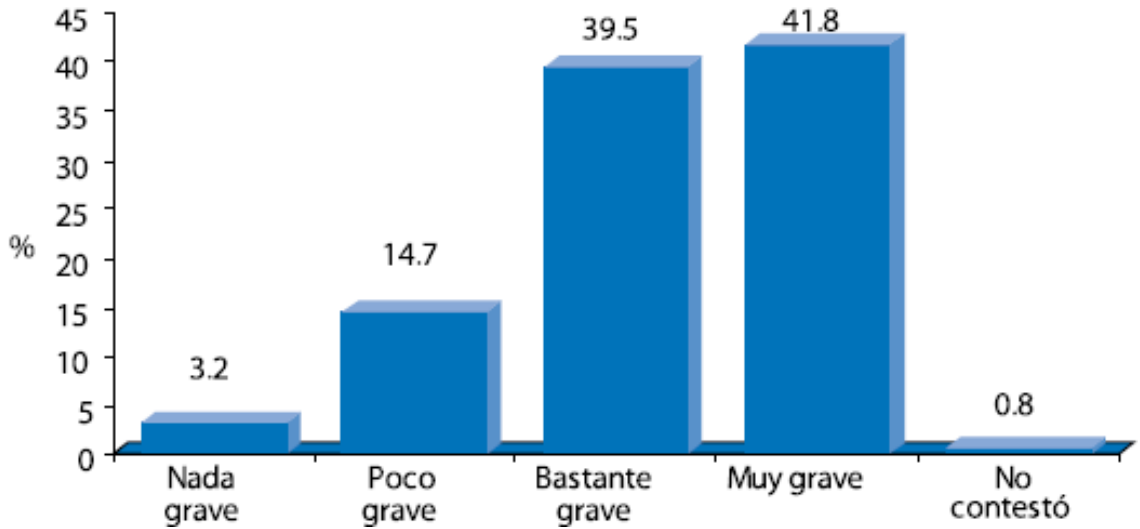
Con relación a la opinión que manifestaron los fumadores pasivos respecto al riesgo de fumar, el mayor porcentaje reportado fue muy grave (41.8%), y únicamente el 3.2% mencionó que no era nada grave (Figura 13).

Por otro lado, en un estudio publicado después de estas encuestas, se analizó la probabilidad acumulada de ocurrencia del primer uso de alcohol y tabaco, y el riesgo de transitar hacia el uso inicial de otras sustancias (marihuana, cocaína y heroína, entre otras) en estudiantes adolescentes y adultos jóvenes

Figura 13

Percepción del riesgo de fumar cigarros de fumadores pasivos

N= 17,860,537



Realizaron un estudio transversal en una muestra probabilística de estudiantes de entre 11 a 24 años de edad (n=13,293) a quienes se distribuyó un cuestionario auto-aplicable validado. Los datos se reestructuraron para construir una cohorte sintética que se estudió con métodos de sobrevivencia y unidades discretas de tiempo. Se obtuvieron riesgos relativos y sus intervalos de confianza de 95%, con modelos multivariados de regresión de Cox.

Encontraron que 60% de los varones iniciaron el uso de alcohol en promedio a los 17 años de edad y el uso de tabaco a los 18. Las mujeres iniciaron el uso de alcohol y tabaco un año después que los hombres. El uso de otras drogas ocurrió a los 19 años de edad en promedio en 5% de las mujeres y 13% de los varones. Nueve de cada cien estudiantes que consumieron drogas ilegales iniciaron directamente sin antes haber usado alcohol ni tabaco. En general, los estudiantes usuarios de alcohol o tabaco, o ambos, presentaron mayor riesgo de iniciar el uso de otras drogas que los no usuarios (RR=6.72; IC 95%=4.13-10.93).

Mediante este estudio se muestran claramente las implicaciones potenciales, entre el uso de alcohol tabaco y el inicio de otras sustancias adictivas. Por lo que se considera que, junto con intervenciones encaminadas a disminuir el consumo de drogas, resulta igualmente importante retardar la edad de inicio de alcohol y tabaco por sexo, ya que mediante un nuevo enfoque se brinda evidencia epidemiológica que relaciona el uso de estas sustancias con el uso posterior de otras drogas en estudiantes mexicanos.

Beneficios por dejar de Fumar

Hasta hace algunos años uno de cada tres adultos fumaba, lo que equivale a 1,100 millones de personas en todo el mundo, por lo que se estima que para el año 2025 se alcancen los 1,600 millones de fumadores. Se calcula que el actual consumo de tabaco causará alrededor de 450 millones de muertes en el mundo en los próximos 50 años. Si se redujera el consumo de tabaco a la mitad del actual se evitarían de 20 a 30 millones de muertes prematuras en el primer cuarto de siglo y unos 150 millones hasta el segundo cuarto de siglo.⁵⁸ Evitar la incorporación de los jóvenes al consumo de tabaco produciría una reducción en la mortalidad relacionada directamente con el tabaco, pero ello empezaría a evidenciarse con posterioridad al año 2050. Sin embargo, si se redujera el número de los fumadores actuales, la mortalidad disminuiría

a mediano plazo, por lo que resulta de vital importancia lograr que los adultos jóvenes y los adultos mayores dejen de fumar y los apoyos que se les pueda brindar deberán ser contundentes. A continuación se describen los tratamientos existentes con sus ventajas y desventajas, así como nuevas alternativas que demuestran los beneficios para dejar de fumar.

Tratamientos

Al año cerca del 40% de los fumadores intentan dejar de fumar, pero solo el 4% a 6% tienen éxito; y solo el 2% del total dejan de fumar definitivamente. Muchos de los fumadores intentan dejar de fumar en múltiples ocasiones y solo la mitad logran dejar de fumar, al menos en forma temporal. A principios de los años noventa, se observó que la tasa de abandono de la adicción al tabaco se estancó debido a una falta de incremento en los intentos por dejar de fumar de la población y a la falta de éxito en los intentos por dejar de fumar respectivamente. En esa época se propuso que el problema era debido a que los ex-fumadores que tenían éxito, era posible a un probable perfil psicológico y fisiológico favorable para el abandono de esta adicción. Definiendo la posible existencia de individuos incapaces de dejar de fumar por sí solos. Dos tercios de las personas que abandonan voluntariamente el hábito de fumar, recaen dentro de los 2 o 4 primeros días; por tal motivo la intervención para dejar de fumar debería ocurrir dentro de los primeros días.⁵⁹

La percepción por los médicos al afirmar “todos los fumadores son capaces de dejar de fumar, si están lo suficientemente motivados”, es similar a la percepción por el alcoholismo y depresión a principio del siglo pasado. Ahora es conocido que un porcentaje de la población es capaz, en forma voluntaria, de abandonar el hábito de fumar, pero igualmente existe una considerable proporción de la población que es incapaz de hacerlo por sí sola.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tratamiento para la dependencia del tabaco, consiste en la intervención en el comportamiento, que incluye una o varias de las siguientes actividades: educación, asesoramiento breve y consejos, apoyo intensivo, etc. o bien, mediante la intervención farmacológica. Las estrategias, en forma individual o combinadas, contribuyen a reducir o a propiciar el abandono de la dependencia.⁶⁰

La nicotina constituye el componente bioactivo que contiene el humo del tabaco y resulta la sustancia determinante del reforzamiento positivo de la conducta de fumar observado tanto en humanos como en modelos animales.⁶¹

El tratamiento de la adicción a la nicotina puede dividirse en farmacológico y psicológico. Dentro del tratamiento farmacológico se distinguen los compuestos sin nicotina y la terapia de reemplazo o terapia sustitutiva con nicotina (TSN). El fumador también debe controlar los aspectos conductuales de la abstinencia, por lo que se ha señalado la combinación de la terapia farmacológica con la terapia cognitivo conductual como la estrategia más efectiva para dejar de fumar.⁶²

Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

La razón para usar sustitutos de la nicotina estriba en disminuir o evitar el síndrome de abstinencia derivado de la supresión súbita de la sustancia. El potencial adictivo de los sustitutos de nicotina es menor al del cigarrillo y carece de los efectos tóxicos del humo. La nicotina de los parches o goma de mascar no alcanza con la misma rapidez los valores en plasma, que la nicotina del cigarro, por lo cual su potencial de estimulación en el sistema nervioso central es menor, y su sabor puede ser desagradable.⁶³

Los primeros intentos de terapia a base de nicotina dirigidos al alivio del síndrome de abstinencia producido por la interrupción del consumo de tabaco, se remontan a 1967 cuando el Dr. Ove Fernö desarrolló un chicle con nicotina para aliviar el nerviosismo, ansiedad e irritabilidad de los submarinistas fumadores de la armada sueca durante las largas travesías submarinas.⁶⁴

Posteriormente la OMS y el Surgeon General of American Psychiatric Association reconocieron la

nicotina como sustancia adictiva, entonces se introdujo la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) como medio eficaz del tratamiento para ayudar a los fumadores que desean abandonar el tabaco.⁶⁵

Se define como TSN a la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de un cigarrillo y en una cantidad suficiente como para disminuir los síntomas de abstinencia, pero insuficiente como para crear dependencia.⁶⁶

En México la introducción y difusión de la terapia de reemplazo de nicotina (TSN) empezó a finales de la década de 1980. En el mercado mexicano existen tres tipos de terapia de reemplazo: los chicles de prolacrilix, los parches y el inhalador oral. En otras partes del mundo ya está disponible también el inhalador nasal.

Para la prescripción de los sustitutos de nicotina es indispensable conocer cuanta nicotina se auto administra el fumador cuando fuma. Cada cigarrillo contiene un promedio de 6 a 11 mg de nicotina y solamente llegan al torrente sanguíneo del fumador de 1 a 3 mg por lo tanto, un fumador que fuma 20 cigarrillos al día, en realidad absorbe entre 20 y 40 mg de nicotina al día lo cual al distribuirse en sangre da una concentración promedio de 25 a 35 mg/ml al final del día.⁶⁷

Al decidir indicarle a un fumador la TSN es importante considerar cuanta nicotina libera el producto que se recomienda, cuanta nicotina está acostumbrado a recibir el fumador al día y cuál es la mejor forma de administrar dicho reemplazo.⁶⁸

La vía inhalada permite que la nicotina alcance rápidamente el Sistema Nervioso Central (SNC), incluso antes que por vía intravenosa. La absorción a través de la vía pulmonar es muy rápida. Por su alta liposolubilidad cruza la barrera hematoencefálica sin problemas, y esto explica sus efectos centrales inmediatos.⁶⁹ Algunos estudios han demostrado que a los 7 y 10 segundos de dar la primera bocanada a un cigarrillo la nicotina alcanza el SNC y estimula los receptores de las membranas neuronales.¹⁰ Esta rapidez de acción explica la eficiente capacidad adictiva.

Cualquier fumador se podría beneficiar de la TSN, pero su uso está recomendado en fumadores de 20 o más cigarrillos, aquellos que fuman su primer cigarrillo antes de transcurrida media hora desde el momento de levantarse por la mañana y aquellos con intentos previos de deshabitación fallidos por presentar síndrome de abstinencia grave dentro de la primera semana de tratamiento.

Sin embargo como para todo tratamiento farmacológico, existen también una serie de contraindicaciones para la terapia nicotínica: infarto de miocardio reciente, arritmias cardíacas graves, angina inestable, embarazo, lactancia, úlcera gastroduodenal, enfermedades mentales graves y otras farmacodependencias.

Los profesionales de la salud deben estar conscientes del problema que implica esta adicción y además estar preparados para el uso de estas terapias, de tal forma que se pueda brindar apoyo al paciente en el abandono de esta adicción y así lograr resultados favorables.

La selección de cualquiera de las presentaciones depende de numerosos factores que deben ser considerados conjuntamente por especialista de la salud y el paciente. A continuación se describen algunos de los aspectos a considerar para la selección de una presentación en particular.

Goma de Prolacrilix

El chicle de nicotina es una presentación que contiene la nicotina en el interior de una goma de mascar. Las presentaciones del chicle contienen 2mg o 4 mg de nicotina y los hay de diferentes marcas; se emplea una u otra dosificación en función de la baja o alta dependencia nicotínica del fumador. Este producto existe en el mercado mexicano desde 1986 y a partir de 1995 se vende en cualquier centro comercial sin prescripción médica, sólo se encuentra en presentación de 2 mg. Son eficaces auxiliares para dejar de fumar. El chicle está compuesto por nicotina unida a una resina de intercambio iónico, que permite que aquella sea liberada lentamente a medida que la goma es masticada. Cuando el chicle se mastica se libera la nicotina y la resina se une a los cationes sodios de la saliva.

El chicle contiene un amortiguador que permite mantener un pH en torno a 8.5 que facilita la absorción de la nicotina a nivel de la mucosa bucal; una vez absorbida pasa a la sangre alcanzando el SNC donde alivia el síndrome de abstinencia.⁷⁰⁷¹

Es fundamental instruir al paciente en el uso correcto del chicle para conseguir buenos resultados. Brevemente el uso adecuado de la goma de mascar consiste en que el paciente masticará lentamente una pieza de goma de mascar cuando siente deseo de fumar hasta que percibe un fuerte sabor, lo cual indica que la nicotina se está liberando; en ese momento se suspende la masticación hasta que desaparece el sabor fuerte de la boca, colocando el chicle entre la mejilla y las encías, evitando la deglución de la saliva. Con esto se garantiza que la nicotina liberada del chicle se absorba. Este proceso se repetirá de forma cíclica hasta que el chicle libere toda la nicotina. Aproximadamente el 90 % de la nicotina se libera después de 20 a 30 minutos de masticación.

Si se mastica continuamente el chicle, la nicotina se libera rápidamente y no puede absorberse, por lo que es deglutida y metabolizada en el hígado. Por ello es recomendable que el paciente ensaye el empleo del chicle en presencia de un profesional de la salud tratante, para que pueda corregir los posibles errores en su uso.

Es fundamental informar al fumador que la nicotina absorbida por la mucosa orofaríngea, tarda de 2 a 3 minutos en alcanzar los receptores neuronales del sistema responsable de regular las sensaciones de recompensa del organismo, por lo que se debe esperar esos minutos para sentir los mismos efectos que antes obtenían en tan solo 7 segundos después de la primera fumada a un cigarrillo.⁸

Se recomiendan chicles de 2 mg en fumadores con baja dependencia y de 4 mg cuando la dependencia es moderada o alta.

Recomendaciones para el uso del chicle de nicotina⁷²⁷³

En la Tabla 16 se resumen las recomendaciones para el uso del chicle de nicotina, en donde se puede apreciar que éstas se fundamentan en el número de cigarrillos que se fuma al día, el puntaje obtenido en el test de Fagerström y en las partes por millón de monóxido de carbono en el aire espirado, de acuerdo a esto se tiene como opción la ministración de nicotina en chicle, parches de 24 h y parches de 16 h.

a) En fumadores de 10 a 19 cigarrillos al día, puntuación en el test de Fagerström⁷⁴⁷⁵ (Tabla 16 y 17) menor o igual a 3 y con niveles de monóxido de carbono en el aire espirado menores a 15 ppm de 8 a 10 se usan chicles de 2 mg de nicotina al día, durante un periodo de 8 a 10 semanas, reproduciéndose progresivamente la dosis a partir de la cuarta semana.

b) En fumadores de 20 a 30 cigarrillos al día, con 4 a 6 puntos en el test de Fagerström y con nivel de monóxido de carbono entre 15 y 30 ppm se recomienda utilizar un chicle de 4 mg cada 90 minutos mientras el sujeto este despierto durante un periodo de 12 semanas; se recomendara reducir la dosis de forma progresiva a partir de la sexta semana.

c) En fumadores de más de 30 cigarrillos al día, con 7 o más puntos en la test de Fagerström y con más de 30 ppm de monóxido de carbono se recomienda utilizar un chicle de 4 mg cada 60 minutos mientras el sujeto este despierto, durante 12 semanas, reduciéndose progresivamente la dosis a partir de la octava semana.

Tabla 16

Normativa de uso de la terapia sustitutiva de nicotina

Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)

Determinaciones			Opciones terapéuticas		
NCD	FTND (puntos)	CO (ppm)	Chicle	Parche 24 horas	Parches 16 horas
10-19	≤ 3	< 15	2 mg. 8-10 piezas/día 8-10 semanas	21 mg 4 semanas 14 mg 4 semanas	15 mg 4 semanas 10 mg 2-4 semanas
20-30	4-6	15-30	4 mg/90 minutos 12 semanas	21 mg 6 semanas 14 mg. 4 semanas 7 mg 2 semanas	15 + 10 mg 6 semanas 15 mg 4 semanas 10 mg 2 semanas
Más De 30	≥ 7	> 30	4 mg/60 minutos 1-2 semanas	21 mg 6 semanas 14 mg 4 semanas 7 mg 2 semanas	15 +10 mg 6 semanas 15 mg 4 semanas 10 mg 2 semanas
				Terapia combinada (parche mas chicle)	

NCD: Número de cigarrillos/día; FTND: Test de Fagerström (0-10 puntos);

CO: Monóxido de carbono en el aire espirado (en partes por millón).

Fuente: Jiménez,1999¹⁵

Tabla 17

Test de Fagerström		
PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACION
¿Cuánto tiempo pasa entre que se despierta y fuma su primer cigarrillo?	< 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Después de 1 hora	0
¿Encuentra difícil dejar de fumar en lugares en los que está prohibido hacerlo?	Sí	1
	No	0
¿De todos los cigarrillos que consume en el día, cuál necesita más?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	31 o más	3
	21-30	2
	11-20	1
	10 o menos	0
Después de consumir el primer cigarrillo del día ¿fuma rápidamente algunos más?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que deba quedarse en cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
	TOTAL	
<p>0-1 Dependencia física muy baja. Pueden dejar de fumar únicamente con tratamiento psicológico.</p> <p>2-3 Dependencia física baja. A partir de este punto es conveniente utilizar tratamiento farmacológico para lograr la cesación del tabaquismo.</p> <p>4-5 Dependencia física moderada. Aparece un riesgo significativo de padecer enfermedades asociadas al consumo de tabaco.</p> <p>6-7 Dependencia física alta.</p> <p>8-10 Grado extremo de dependencia física. Necesario emplear tratamiento farmacológico de manera paralela a un tratamiento psicológico.</p>		

Fuente: Fagerström, 1991¹⁶

El inconveniente que presenta es que en ocasiones no se utiliza correctamente y se sub dosifica utilizando un menor número de chicles del que sería recomendable y durante menos tiempo del preciso, otro inconveniente que existe es que los chicles pueden desajustar las restauraciones dentales, pero es preferible que el paciente corra ese riesgo a que siga fumando. Dado a esta circunstancia, es necesario que

este bajo vigilancia para verificar algún desajuste que pudiera presentarse y poderlo resolver al instante. Es aquí donde el profesional de la salud puede intervenir dando seguimiento cercano, de tal forma que cada vez que se requiera debe cerciorarse de algún inconveniente y averiguar si el paciente ha seguido con su tratamiento, verificando si lo ha hecho correctamente. El tratamiento con el chicle debe durar cuando menos tres meses.

Ventajas

- a. Los fumadores pueden regular su consumo de nicotina para evitar los síntomas del síndrome de abstinencia.
- b. Se pueden conseguir porcentajes de reemplazamiento del 30% al 64% de los niveles de nicotina previos al cese del consumo del tabaco.
- c. El pico de absorción de nicotina sucede sobre los 30 minutos, retrasando los efectos estimulantes.
- d. Junto con una adecuada orientación logra porcentajes de abstinencia al año entre el 18% y 30 por ciento.
- e. Su uso es seguro. Usarlo por un periodo de 5 años no representa un riesgo para individuos con problemas cardiovasculares.

Desventajas

- a. Los fumadores deben ser adiestrados en su empleo.
- b. El consumo de ciertas bebidas, como el café, pueden reducir la absorción.
- c. Es más eficaz a corto plazo (4-6 semanas) que para prevenir recaídas.
- d. Está disponible para venta libre en farmacias, lo cual evita el control médico.
- e. Los pacientes controlan la cantidad de chicle que toman y eso conduce a baja dosificación.
- f. Presenta efectos adversos, los más frecuentes son indigestión, hipo, náuseas, molestias dentarias, mal sabor de boca, dolor de mandíbula y garganta y ulceraciones en la boca.

Propuesta de uso

Al menos durante los primeros 3 meses debe usarse un chicle por hora mientras se esté despierto, usualmente de 7 a 15 piezas, y no más de 30 de 2 mg o 20 piezas de 4 mg. al día.

El uso correcto del chicle consiste en mascar hasta que aparezca hormigueo (aproximadamente 30 minutos por chicle). Debe evitarse comer o ingerir bebidas excepto agua desde 15 minutos antes de usar el chicle hasta que este se tira. De lo contrario se reduce la absorción de nicotina. No tragar la saliva que contenga nicotina, ya que se puede producir irritación gastrointestinal.

El tratamiento con chicles debe durar como mínimo 3 meses. Debe evitarse su uso en caso de infarto agudo de miocardio reciente (menos de 8 semanas), angina inestable o arritmias y en caso de problemas dentales, trastornos en la articulación temporo-mandibular y en la presencia de inflamación oro faríngea.

Parche transdérmico de nicotina

En México existen al menos dos tipos comerciales de parches. Uno de ellos está disponible al público

solo bajo prescripción médica y ofrece presentaciones de 10cm, 20cm y 30cm. Libera nicotina durante 16 horas y consigue niveles máximos en sangre en un periodo de 5 a 10 horas.

El segundo tipo de parches es de venta no controlada y el tratamiento completo involucra tres parches, libera nicotina durante 24 horas y también logra su concentración máxima en un periodo de 5 a 10 horas.⁷⁶ Está constituido por tres capas: una inferior con capacidad de adhesión a la piel, una intermedia que es un reservorio cargado de nicotina y una superior de consistencia dura que protege todo el sistema.

Mediante la administración transdérmica de nicotina se consiguen niveles estables de nicotina en plasma. Tras colocar el parche se observa que transcurren de 1 a 4 horas antes de la detección de nicotina en plasma, pero al cabo de varios días de aplicación repetida se alcanzan cifras mantenidas de nicotina de 10 a 23 ng/ml.

El parche debe ser aplicado cada día sobre una zona de la piel limpia, seca y sin bello (cara anterior del antebrazo, cadera y tronco) y debe retirarse al día siguiente si el parche es de 24 horas, o el mismo día al acostarse si la duración del parche es de 16 horas. Se recomienda cambiar diariamente la región donde se aplica el parche para evitar erosiones de la piel.¹⁹

Los parches de nicotina deben ser utilizados en fumadores con leve a moderada dependencia física por la nicotina. En fumadores con dependencia severa (7 o más puntos en el test Fagerström. Tabla 17), utilizados por si solos, no han demostrado incrementar el porcentaje de éxitos.

Su uso no debe ser inferior a 6 a 8 semanas y no superior a las 12 semanas. La suspensión precoz del parche de nicotina, antes de la sexta y octava semana, facilita la recaída. La prolongación de un tratamiento con parches de nicotina más allá de 8 semanas no incrementa las posibilidades de éxito.

Los parches deben ser utilizados a dosis altas durante las primeras 6 a 8 semanas. En el caso de parches de 16 horas, la dosis alta recomendada es la de 25mg/día, esta se consigue con un parche de 15 mg más otro de 10 mg. Cuando se requiera de un periodo de administración de nicotina por 24 horas la dosis alta recomendada es la de 21 mg/día, está se consigue con un parche de 30 cm cuadrados de superficie. La reducción de dosis puede realizarse tanto de forma brusca como lenta, sin embargo, téngalos estudios clínicos no son concluyentes sobre la ventaja o desventaja de uno sobre la otra.¹¹

Una de las principales ventajas de este sistema son la facilidad para su uso y la escasa aparición de efectos secundarios, lo que permite lograr un elevado nivel de adherencia al cumplimiento. Al producirse la liberación de la nicotina de manera lenta y no alcanzarse picos altos de nicotina el potencial de abuso es bajo y tampoco existe riesgo de “sobre dosificación”.

Este producto es más fácil de utilizar y puede ser adquirido en la farmacia sin receta. Aun así lo más recomendable es que este su uso este acompañado de la vigilancia médica para evitar su mal uso. Los profesionales de la salud podrán indicar este tratamiento con mayor seguridad. Este tratamiento es recomendable puesto que su absorción no ocurre en boca y por lo tanto no hay daño a este nivel, como se ha mencionado con la goma de mascar. Por otro lado evita el aspecto antiestético de mascar chicle. Sus efectos secundarios son pocos y no son de mayor riesgo, además de que para el paciente resulta más cómodo ya que se coloca un parche por día.

Por otro lado el profesional de la salud tiene que informar al paciente que mientras se usa el parche no se debe fumar, pues equivale a fumar un paquete de cigarrillos al cual se sumaría la del tabaco fumado, lo que resulta riesgoso. A continuación se describen en forma resumida las ventajas, desventajas y propuestas de uso de los parches de nicotina.

Ventajas

- a. Dosificación conocida y preestablecida (menor riesgo de abuso)
- b. Facilidad de cumplimiento del tratamiento (1 parche/día)
- c. Pico máximo de nicotina en plasma entre las 4-8 horas (no adictivo)

- d. Es 2.5 veces superior al placebo para abstinencias a 6 meses y se consiguen tasas de abstinencia de aproximadamente el 22% a los 6 meses dependiendo de la pauta.
- e. Es efectivo para algunos pacientes incluso sin consejo médico.
- f. Venta libre en farmacias.
- g. La posibilidad de abstinencia se incrementa si se acompañan de asesoramiento.
- h. Es efectivo tanto con parches de 16 como de 24 horas.

Desventajas

- a. Reduce los síntomas del síndrome de abstinencia, pero en grandes fumadores no es completamente satisfactorio por no sentir los rápidos efectos estimulantes en el sistema nervioso central que les proporciona fumar.
- b. El fumador no controla la dosis de nicotina (también se evita el posible abuso).
- c. No se alcanza la concentración de equilibrio en plasma hasta 2 a 3 días después de aplicar los parches.
- d. Efectos secundarios más frecuentes: picor, eritema y quemazón en la zona del parche, cefalea, náuseas, insomnio, sueños anormales, vértigo, parestesia, tos, palpitaciones y sudoración.

Propuesta de uso

Situar el parche en un área sin pelo ni sudor al comienzo de cada día. Retirarlo al acostarse (16 h) o al despertarse (24 h). Tratar las reacciones locales con cremas de corticoides tópicos y rotar el lugar de colocación del parche. Evitar su uso en enfermedades dérmicas generalizadas.

Inhalador bucal de nicotina

Existe en México desde el año 2000. Este dispositivo de administración de nicotina se compone de dos piezas: una boquilla y un depósito que contiene 10 mg de nicotina y 1 mg de mentol. La boquilla tiene en uno de sus extremos un biselado especial para adaptarse a la boca del fumador. Con este sistema el aire es saturado con nicotina antes de ser inhalado y se consiguen niveles de nicotina en sangre de forma rápida, aunque menores y más tardíos que los obtenidos con el spray.

Puede ser utilizado realizando una profunda inhalación o bien mediante chupadas poco profundas. Con el primer método la nicotina es absorbida a nivel de los grandes bronquios y con el segundo la absorción se realiza al nivel de la orofaringe. Cualquiera de las 2 técnicas son similares, sin embargo el 80% de los sujetos que han utilizado el inhalador bucal prefieren la forma de absorción bucal por ser encontrarla más cómoda.⁷⁷

Se recomienda mantener el dispositivo a 15° C porque la cantidad de nicotina liberada en cada inhalación depende de la temperatura a la que se encuentre el depósito: especialmente en ambiente frío, esto se consigue sosteniendo el depósito dentro de la mano cerrada.. Cada inhalador permite hasta 400 inhalaciones efectivas. No se recomienda utilizar menos de 4 ni más de 20 dispositivos al día. Cada uno debe utilizarse 5 veces realizando 80 inhalaciones cada vez. Se recomienda mantener el tratamiento durante 6 meses, a partir del tercer mes es conveniente reducir la dosis en un 25%, esto se logra reduciendo en un número equivalente la cantidad de dispositivos al mes hasta suspenderlo. No debe utilizarse un contenedor que se dejó a medias el día anterior.²⁰

La principal ventaja del inhalador bucal es que alivia la dependencia conductual. Se ha demostrado que la estimulación de receptores sensoriales de la faringe y laringe del fumador, por partículas del humo del tabaco, podría contribuir al mecanismo de creación de dependencia al cigarrillo.⁷⁸

También es conocido que tener un cigarrillo entre los dedos y el hecho de llevarlo a la boca crea una dependencia gestual. En este sentido el inhalador aparentemente ayuda a controlar esta dependencia gestual. El principal inconveniente es que los niveles de nicotina obtenidos en sangre son menores y más tardíos que los obtenidos con el spray nasal.

Ventajas

- a. Absorción principalmente en boca como el chicle.
- b. Farmacocinética, efectos estimulantes, niveles plasmáticos de nicotina.
- c. Doble tasa de abandono que el placebo
- d. Sustituye algunos rasgos conductuales de los fumadores (movimientos estereotipados y sensaciones en la boca).

Desventajas

- a. A temperaturas inferiores a 10 grados centígrados puede perder biodisponibilidad.
- b. Bajos niveles de nicotina en sangre.
- c. Control por el paciente. Riesgo de abuso similar que con el chicle.
- d. Irritación en boca y garganta al inicio del tratamiento.

Propuesta de uso

Pauta de uso como el chicle (una inhalación, o succión cada hora). Puede usarse solo o en combinación con parche. Útil en pacientes con un importante factor conductual de su hábito. Se recomienda evitar su uso en: irritación bucofaringea, úlceras en boca.

Los tres productos de terapia sustitutiva de nicotina (TSN) son igualmente efectivos, y el paciente gasta aproximadamente el mismo dinero que con los cigarrillos, se pueden adquirir sin receta médica, pero lo más conveniente es consultar a un personal calificado como lo es: un médico, odontólogo, psicólogo, farmacéutico y personal de enfermería para ayudar a establecer la forma más adecuada de utilizar estos productos y así obtener una mayor efectividad.

Los candidatos a recibir esta terapia son los fumadores que deseen dejar de fumar y con alto consumo de tabaco o alta dependencia a la nicotina. Por otro lado debe tenerse siempre presente que mientras se utilizan cualquiera de estos productos no se debe fumar pues puede sufrir una intoxicación nicotínica. Esta intoxicación no suele ser grave, pero es muy desagradable pues puede producir náuseas, vómito y taquicardia⁷⁹

Todos los fumadores que intenten dejar de fumar deberían recibir tratamiento farmacológico, excepto los casos en las que la utilización del mismo precise de una consideración especial; por ejemplo: casos con contraindicaciones médicas, fumadores de menos de 10 cigarrillos al día, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y fumadores adolescentes.

Por tal motivo es fundamental y de gran importancia que todo profesional que vaya a prescribir tratamiento sustitutivo de nicotina este informado de tales contraindicaciones y por lo tanto capacitado para el uso adecuado de dicha terapia. Además del asesoramiento y el apoyo social se ha visto que las

ayudas farmacológicas resultan seguras y efectivas para aumentar la probabilidad de lograr el éxito en el intento por abandonar el hábito, están diseñadas también para satisfacer el deseo del fumador de nicotina sin usar productos de tabaco.

Así mismo el seguimiento programado constituye un punto clave dentro del proceso de deshabituación. Por lo que es preciso realizar visitas de control durante las primeras semanas, visitas que permitan reforzar la intervención conductual y analizar tanto el cumplimiento terapéutico como la respuesta al tratamiento farmacológico programado, para así poder modificar el mismo si es posible. Además este tipo de visitas permite también verificar el resultado del tratamiento farmacológico, ya que las recaídas son manifestaciones del carácter crónico de la enfermedad y no fracasos del médico o del paciente.

Por otra parte al igual que sucede con cualquier afección, especialmente crónica, la implicación del fumador en el tratamiento de su propia enfermedad es de gran importancia para conseguir un control óptimo de la misma por lo que hay que dar a cada uno de los fumadores que desean abandonar el hábito la posibilidad de elegir su régimen terapéutico (tratamiento farmacológico y/o psicológico conductual); dentro de la terapia farmacológica se le dará a elegir el tipo de medicación entre las distintas opciones que pueden estar indicadas en su caso.

Por lo cual la terapia administrada, al ser amplia y variada, dependerá del propio diagnóstico, de las preferencias, expectativas e implicaciones del fumador respecto al médico que lo trata. Asimismo, determinados factores como la facilidad de administración, la complacencia, la presencia o no de comorbilidad sistémica y/o psiquiátrica, la valoración de las posibles precauciones o efectos secundarios detectados con cada tipo de presentación, así como de los objetivos que se pretende conseguir⁸⁰ y el coste económico de ésta, dado que no tiene sentido prescribir un tratamiento que por cualquiera de las circunstancias mencionadas, el paciente no acepte y, por tanto no compre ni cumpla. Es así que se debe dar especial atención a la hora de establecer un tratamiento farmacológico a la opinión del paciente en la elección del medicamento a utilizar, recomendando el que se considere más oportuno en cada caso, pero permitiendo al paciente participar activamente en la toma de decisión final, considerando que el tratamiento debe adaptarse a la situación particular de cada fumador.

Eficacia del tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN)⁸¹

Como se puede apreciar la administración controlada de nicotina reduce sustancialmente la mayoría de los síntomas de abstinencia, facilita la modificación de conducta y consolida la abstinencia. Se utiliza la administración de nicotina por vía transdérmica (parches), oral (goma de mascar), intranasal (spray nasal) o inhalatoria. El uso apropiado de terapias farmacológicas sustitutivas de nicotina (parches, chicles) en fumadores que desean dejar de fumar se ha demostrado muy eficaz (duplica las tasas de cesación y de mantenimiento de la abstinencia). Se trata de una técnica segura con efectos secundarios menores (reacción cutánea circunscrita a la zona del parche, aftas bucales y molestias digestivas leves por la goma de mascar). Su empleo en embarazadas se considera limitado. En la enfermedad cardiovascular, se recomiendan tener muy presente la relación riesgo-beneficio en infartos recientes (4 semanas), angor grave o sujetos con arritmias.

Su eficacia terapéutica ha sido demostrada en varias revisiones sistemáticas y metaanálisis de ensayos clínicos que han valorado la eficacia de las distintas vías de administración (oral, transdérmica, intranasal o inhalada). Todos los estudios constatan de forma consistente y homogénea la eficacia de este tratamiento comparado con los grupos control (OR de 1.77, oscilando de 1.65 para la vía oral a 2.45 para la inhalatoria). La calidad de la evidencia referida a su eficacia terapéutica corresponde al nivel máximo, por lo que en estos estudios se recomienda a los profesionales de la salud ofrecer este tratamiento a todos los que deseen dejar de fumar.

La efectividad obtenida es semejante al nivel de eficacia observado en los ensayos controlados, evaluada a diferentes niveles de actividad clínica (Atención Primaria, consulta de especialidades médicas y unidades especializadas de tratamiento a fumadores). La abstinencia a los 6 meses y un año del tratamiento es de 25% a 35%. La TSN se considera unánimemente un avance mayor en el tratamiento de la adicción

al tabaco.

De los efectos secundarios más comunes de la TSN, según cada una de sus presentaciones, son:

- a. Para los chicles: sequedad de boca, náuseas, trastornos intestinales, úlcera bucal, riesgo potencial de mantenimiento de la dependencia a la nicotina a largo plazo.
- b. Para los parches: irritación local, insomnio.
- c. Para el spray nasal: irritación boca y laringe, tos, rinitis.

Se menciona que las principales contraindicaciones se centran en pacientes con enfermedades cardiovasculares, por lo que debe usarse con precaución con enfermos cardíacos, especialmente dentro de las dos semanas posteriores a un infarto de miocardio, enfermos con arritmias severas y en enfermos con angina de pecho severa. También se sugiere limitar su uso en mujeres embarazadas o durante el periodo de lactancia.

En una revisión exhaustiva realizada por National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2002)⁸² en cuanto a la eficacia y efectividad de la TSN versus al no tratamiento o placebo (Tabla 18 y 19) se obtuvieron los siguientes hallazgos:

- a. Clara eficacia de la TSN en comparación con placebo o sin tratamiento en la terapia para dejar de fumar.
- b. La mayoría de los estudios sobre la eficacia de la TSN se han realizado con las presentaciones farmacológicas de chicles y parches. En éstos, se ha evidenciado una heterogeneidad estadística entre estudios realizados con la TSN en chicles y los que utilizan parches, por lo cual se puede estar subestimando el efecto encontrado.
- c. Los análisis sobre la eficacia de TSN frente a placebo o sin tratamiento realizado en subgrupos poblacionales están basados en un pequeño número de ensayos. La evidencia basada en dos estudios en fumadores con enfermedad de pulmón y en dos estudios de pacientes con enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco indica que la TSN es tan eficaz en estos subgrupos como en población general.

Tabla 18

Tasas y valores de OR de abstinencia alcanzada con TSN en fumadores seguidos al menos durante 6 meses

Tipo de tratamiento*	Tasa de abstinencia con tratamiento	Tasa de abstinencia con placebo o no tratados	OR (95% IC)	Valor P
TSN chicles (51)	1508/7674	1110/9613	1.66 (1.52-1.81)	<0.001
TSN parches (35)	1438/10019	526/6285	1.74 (1.57-1.93)	<0.001
TSN inhalaciones (4)	84/490	44/486	2.08 (1.43-3.04)	<0.001
TSN spray nasal (4)	107/448	52/439	2.27 (1.61-3.20)	<0.001
TSN tabletas sublinguales ⁽²⁾	49/243	31/245	1.73 (1.07-2.80)	=0.02
Cualquier TSN (96)	3166/18874	1763/17068	1.72 (1.61-1.84)	<0.001

* Entre paréntesis, número de estudios incluidos en el metaanálisis

Fuente: AETS (2003)²⁴

Tabla 19

Tasas y valores de OR de abstinencia alcanzada con TSN en fumadores seguidos al menos durante 12 meses

Tipo de tratamiento*	Tasa de abstinencia con tratamiento	Tasa de abstinencia con placebo o no tratados	OR (95% IC)	Valor P
TSN chicles (38)	1109/6187	861/7788	1.61 (1.45-1.78)	<0.001
TSN parches (23)	917/6812	363/4156	1.62 (1.42-1.84)	<0.001
TSN inhalaciones (4)	84/490	44/486	2.08 (1.43-3.04)	<0.001
TSN spray nasal (4)	107/448	52/439	2.27 (1.61-3.20)	<0.001
TSN tabletas sublinguales ⁽²⁾	49/243	31/245	1.73 (1.07-2.80)	=0.02
Cualquier TSN (71)	2266/14181	1351/13114	1.66 (1.54-1.79)	<0.001

*Entre paréntesis, número de estudios incluidos en el metaanálisis

Fuente: AETS (2003)²⁴

d. Los análisis conjuntos de los distintos estudios disponibles indican que los fumadores con alta dependencia se pueden beneficiar del uso de dosis más altas de nicotina en los chicles. Sin embargo, los resultados de las presentaciones de parches con bajas dosis y altas dosis de nicotina son ambiguos.

e. En cuanto a los tipos de parches, los datos sugieren que no hay ninguna diferencia entre la eficacia de los parches de 16 ó de 24 horas. Cualquier diferencia entre ellos parece estar en relación con las reacciones adversas, las necesidades clínicas y las preferencias individuales.

f. Globalmente se puede afirmar que la terapia a corto plazo con nicotina es más eficaz que el placebo. Sin embargo, en términos de eficacia no se evidencia una clara ventaja entre los distintos tipos de dosificaciones y pautas de tratamiento: en horario fijo frente a dosificación ad libitum, o abandono gradual de la terapia frente a cesación abrupta de la misma. En este terreno se necesita más investigación para distinguir en forma contundente diferencias entre los tipos de tratamientos.

g. Aunque los estudios no concluyen de forma firme, diferentes autores afirman que el uso de TSN en intervenciones intensivas proporciona niveles absolutos más altos de abstinencia, manteniéndose la diferencia entre el efecto de la TSN y el placebo. La evidencia en cuanto a la comparación del efecto de los parches de nicotina, con y sin la ayuda, la eficacia aumenta con ayuda adicional.

h. Los estudios mencionan que la TSN iniciada dentro del hospital es menos eficaz que la realizada en centros de Atención Primaria o en programas comunitarios realizados sobre voluntarios (Tabla 20).

Tabla 20

Eficacia de la TSN versus placebo o sin tratamiento en relación con el lugar donde se realiza el tratamiento

Tipo de tratamiento	Lugar del tratamiento	OR (95% IC)	Valor P	Número de estudios en el meta análisis
TSN chicles	Comunidad	1.67 (1.46-1.90)	<0.001	24
	Clínica especializada	1.98 (1.56-2.52)	<0.001	7
	Atención Primaria	1.76 (1.50-2.07)	<0.001	18
	Hospital	1.13 (0.84-1.51)	<0.001	3
TSN parches	Comunidad	1.92 (1.67-2.22)	=0.02	20
	Atención Primaria	1.47 (1.18-1.83)	<0.001	6
	Hospital	1.74 (1.19-2.54)	=0.004	4
	Libre dispensación	1.96 (1.41-2.72)	<0.001	3

Fuente: AETS (2003)²⁴

Tratamientos farmacológicos sin nicotina

El tratamiento farmacológico ha llegado a considerarse como el “estándar de oro” (gold estándar) de las intervenciones preventivas,⁸³ dado que ha demostrado de forma fehaciente claras evidencias de efectividad y una buena relación costo-efectividad, lo que justifica su utilización en la clínica habitual. Sin embargo, de acuerdo con los autores, existe una laguna de conocimiento importante sobre la evaluación económica de las diferentes alternativas farmacológicas.⁸⁴

De acuerdo con los estudios revisados, se consideran fármacos de elección para el tratamiento del tabaquismo aquellos que han demostrado ser seguros, eficaces y de calidad, como medicamentos clínicamente adecuados y específicos para tratar la dependencia al tabaco. Estos medicamentos han demostrado su eficacia a través de ensayos clínicos experimentales de calidad, y pueden considerarse como fármacos de primera elección para el tratamiento de la adicción, tanto si se realiza asociado al consejo médico en Atención Primaria como si se desarrolla a través de servicios especializados para dejar de fumar.

Los medicamentos sin nicotina actúan en los receptores colinérgicos nicotínicos $\alpha 4\beta 2$, como el tartrato de vareniclina, y antidepresivos como el bupropión y la nortriptilina.⁸⁵ Dichos antidepresivos pueden actuar en forma específica sobre vías de neurotransmisión que participan en los mecanismos de adicción de la nicotina (ej. bloqueo de receptores) de manera independiente a su efecto antidepresivo. El bupropión estimula la función noradrenérgica y dopaminérgica, duplica la tasa de abstinencia a un a largo plazo, muestra cierto efecto en evitar el incremento de peso, pero tiene efecto aditivo con los parches de nicotina, puede causar insomnio, ansiedad, convulsiones (en epilépticos o alcohólicos) o sequedad de mucosas.^{86,87}

Vareniclina

El tartrato de vareniclina se comporta como un agonista parcial de los receptores nicotínicos cerebrales $\alpha 4\beta 2$.⁸⁸ Es un compuesto no nicotínico que estimula el área de recompensa del sistema mesolímbico, del que depende el reforzamiento positivo de la conducta de fumar, y al mismo tiempo bloquea la respuesta del receptor en presencia de nicotina. Reduce los síntomas de abstinencia, deseo y urgencia por fumar. El principal efecto adverso es la presencia de náuseas.^{89,90}

Fue desarrollada específicamente para dejar de fumar, se liga con gran afinidad y selectividad a los receptores de la acetilcolina nicotínicos neuronales $\alpha 4\beta 2$, en donde actúa como un agonista parcial (un

compuesto que exhibe actividades tanto agonistas como antagonistas).

Los estudios de electrofisiología *in vitro* y los estudios neuroquímicos *in vivo* demostraron que la vareniclina se une a los receptores nicotínicos neuronales $\alpha 4\beta 2$ para acetilcolina y estimula la actividad mediada por los receptores, aunque en un grado significativamente menor que la nicotina. La vareniclina bloquea la capacidad de la nicotina para activar el receptor $\alpha 4\beta 2$ y, por lo tanto, la estimulación del sistema de la dopamina mesolímbica nerviosa central, el mecanismo neuronal que subyace a los refuerzos y las recompensas experimentadas al dejar de fumar. La vareniclina es altamente selectiva, y se liga al subtipo de receptor $\alpha 4\beta 2$ con mayor fuerza que otros receptores nicotínicos habituales (> 500 veces $\alpha 4\beta 4$, $> 3,500$ veces $\gamma 7$, $> 20,000$ veces 1β), o a los transportadores o receptores no nicotínicos ($> 2,000$ veces). La eficacia de la vareniclina para dejar de fumar es el resultado de la actividad agonística parcial de la vareniclina en el receptor nicotínico $\alpha 4\beta 2$, en donde su unión produce el efecto suficiente para aliviar los síntomas de dependencia y carencia (actividad agonista), a la vez que provoca simultáneamente un bloqueo de los efectos de recompensas y refuerzos del consumo de cigarrillos al evitar la unión de la nicotina a los receptores $\alpha 4\beta 2$ (actividad antagonista). Dicha eficacia se demostró a través de 3 ensayos clínicos que comprendieron 2,619 fumadores crónicos de cigarrillo (10 cigarrillos por día). Por otro lado dos ensayos clínicos doble-ciego idénticos, compararon en forma prospectiva la eficacia de la vareniclina (1 mg dos veces por día), bupropión de liberación sostenida (150 mg dos veces por día) y placebo, para dejar de fumar. Los pacientes recibieron el tratamiento durante 12 semanas, y posteriormente se les hizo un seguimiento hasta completar la duración total del estudio de 52 semanas.⁹¹

El punto final primario de los dos estudios fue el índice confirmado de abandono continuo (ICAC) de monóxido de carbono (CO) durante 4 semanas, 4S-COICAC, desde la semana 9 hasta la semana 12. El punto final primario demostró superioridad estadística de vareniclina frente a bupropión y placebo. Los puntos finales secundarios clave para ambos estudios fueron: el índice de abstinencia continua (AC) y el índice de abandono a largo plazo (IALP) en la semana 52. Se definió al AC como la proporción de todos los sujetos tratados que no fumaron (ni siquiera una bocanada de humo de cigarrillo) desde la semana 9 a la 52, y exhibían una exhalación de CO < 10 ppm. Se definió al IALP como la proporción de todos los sujetos tratados que alcanzaron el punto final primario en la fase de tratamiento, y que no habían fumado cigarrillos durante más de 6 días durante la fase sin tratamiento. En ambos estudios, el 4S-COICAC confirmado (semanas 9 a 12) fue superior ($p < 0,0001$) en los pacientes tratados con vareniclina comparado con los grupos tratados con bupropion y placebo. Basándonos en este parámetro de valoración, las probabilidades de dejar de fumar con vareniclina fueron 3.91 y 3.85 veces mayores que las observadas con el placebo, en los estudios 1 y 2, respectivamente, mientras que las probabilidades de dejar de fumar con vareniclina fueron de 1.96 a 1.89 veces superiores a las observadas con bupropión. El 4S-COICAC (semanas 9 a 12) y el índice AC (semanas 9 a 52) y IALP (semana 52) de los estudios 1 y 2 se incluyen en la Tabla 21.

Basándose en el punto final secundario clave de abstinencia continua (ni siquiera una bocanada de humo de cigarrillo) confirmado por CO desde la semana 9 hasta la semana 52 (AC semanas 9 a 52), las probabilidades de dejar de fumar con vareniclina fueron de 2.66 y de 3.13 veces superior a las observadas con el placebo en los estudios 1 y 2, respectivamente. Para el IALP en la semana 52, las probabilidades de dejar de fumar con vareniclina fueron 3.30 y 2.40 veces superiores a las observadas con el placebo, en los estudios 1 y 2, respectivamente.

Tabla 21

4S-COICAC, Índice AC e IALP para la vareniclina Vs bupropión y placebo

	Estudio 1 n = 1022			Estudio 2 n = 1023		
	4S-COICAC	AC semana 9-52	IALP semana 52	4S-COICAC	AC semana 9-52	IALP semana 52
Vareniclina	44.4% ^a	22.1% ^b	25.5% ^c	44.0% ^a	23.0% ^d	25.4% ^e
Bupropión	29.5%	16.4%	17.9%	30.0%	15.0%	18.2%
Placebo	17.7%	8.4%	9.6%	17.7%	10.3%	12.6%

p < 0.0001 contra placebo y bupropión;

p < 0.0001 contra placebo, p = 0.0640 contra bupropión;

p < 0.0001 contra placebo, p = 0.0161 contra bupropión;

p < 0.0001 contra placebo, p = 0.0062 contra bupropión;

p < 0.0001 contra placebo, p = 0.0205 contra bupropión.

Fuente: Diccionario de especialidades médicas, 2008³⁷

Tanto en el estudio 1 como en el 2, la dependencia y la carencia fueron significativamente menores en los pacientes asignados aleatoriamente a vareniclina en comparación con el placebo. Comparando también con el placebo, la vareniclina redujo significativamente los efectos reforzadores del tabaquismo que pueden perpetuar la conducta de adicción al tabaco en los pacientes que fuman durante el tratamiento.

El tercer estudio evaluó el beneficio de un periodo adicional de 12 semanas de terapia con vareniclina sobre el mantenimiento de la abstinencia. Los pacientes en este estudio (n = 1,927) recibieron 1 mg de vareniclina, dos veces por día, durante 12, semanas, dentro del marco de un diseño abierto. Los pacientes que abandonaron el cigarrillo antes o durante la semana 12 fueron asignados aleatoriamente a recibir vareniclina (1 mg dos veces por día), o bien un placebo durante un periodo adicional de 12 semanas con duración total del estudio, de 52 semanas. El punto final primario del estudio fue el índice de abstinencia continua confirmada por CO desde la semana 13 a la semana 24, en la fase de tratamiento doble-ciego. Los dos puntos finales secundarios clave fueron el índice de abstinencia continua (AC) desde la semana 13 a la semana 52, y el índice de abandono a largo plazo (IALP) en la semana 52. Este estudio mostró el beneficio de un periodo de tratamiento adicional de 12 semanas con 1 mg de vareniclina, dos veces por día, en comparación con el placebo, para el mantenimiento del abandono del cigarrillo. Las probabilidades de mantener la abstinencia en la semana 24, luego de 12 semanas adicionales de tratamiento con vareniclina fueron 2.47 veces superiores a las observadas con el placebo (p < 0.0001). La superioridad con respecto al placebo en la AC se mantuvo hasta la semana 52 (coeficiente de probabilidad = 1.35 p = 0.0126).

Propiedades farmacocinéticas de la vareniclina³⁷

Absorción. Por lo general, las concentraciones plasmáticas máximas del tartrato de vareniclina se alcanzan dentro de las 3 a 4 horas después de la administración oral. Después de la administración de dosis orales múltiples a voluntarios sanos, las condiciones de estado estable se alcanzaron dentro de los 4 días. La absorción es virtualmente completa después de la administración oral, y la disponibilidad sistémica es alta. Ni los alimentos ni la cantidad de dosis diarias alteran la biodisponibilidad del tartrato de vareniclina.

Distribución. El grado de unión a las proteínas plasmáticas del tartrato de vareniclina es bajo (20%) e independiente, tanto de la edad como de la función renal.

Biotransformación. El tartrato de vareniclina exhibe un metabolismo mínimo, excretándose 92% del fármaco inalterado en la orina.

Eliminación. La vida media de eliminación del tartrato de vareniclina es de aproximadamente 24 horas. La eliminación renal del tartrato de vareniclina se produce principalmente por filtración glomerular

con secreción tubular activa por medio del transportador catiónico orgánico OCT2.

Farmacocinética en poblaciones especiales de pacientes. No existen diferencias clínicamente significativas en la farmacocinética del tartrato de vareniclina debido a la edad, el origen étnico, el género, la condición de fumador o no fumador, o el uso de medicamentos concomitantes, como lo demostraron los estudios específicos de farmacocinética y en los análisis de farmacocinética poblacional.

Bupropión⁹²

El hidrocloreuro de bupropión de liberación prolongada (bupropión LP) es el primer medicamento no nicotínico que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo. Se trata de un antidepresivo que inhibe de forma selectiva la recaptación neuronal de catecolaminas (noradrenalina y dopamina), incrementando los niveles de estas sustancias en las sinapsis neuronales, sin que se inhiba la acción de la monoaminooxidasa. Por ello, bupropión actúa como un antidepresivo atípico con efectos a la vez dopaminérgicos y noradrenérgicos. Esta actividad puede simular los mismos efectos de la nicotina y, así, disminuir los síntomas típicos de la abstinencia a la nicotina. Por otro lado, la eficacia del hidrocloreuro de bupropión en el tratamiento del tabaquismo no parece provenir de sus efectos antidepresivos, ya que este fármaco presenta los mismos efectos en la deshabituación del tabaco tanto en pacientes sin diagnóstico de depresión como en pacientes con historia previa de depresión.

El bupropión constituye un tratamiento eficaz para dejar de fumar, coadyuvante del consejo médico, así como del tratamiento especializado. Debe valorarse su administración en pacientes que presenten un consumo superior a 10 cigarrillos por día y que no presenten contraindicaciones. El uso de bupropión duplica las tasas de abstinencia a los 6 y 12 meses de la intervención, cuando se compara con placebo.

La eficacia del hidrocloreuro de bupropión se sitúa entre el 18% y el 36% de abstinencia a los 12 meses de finalizar el tratamiento. Estos resultados se han obtenido en ensayos clínicos randomizados, a doble-ciego y muestras amplias.⁹³⁻⁹⁴⁻⁹⁵ La calidad de la evidencia científica referida a su eficacia terapéutica hace que se recomiende a los profesionales sanitarios valorar la prescripción de este tratamiento en los pacientes que deseen dejar de fumar y que presenten un consumo de 10 cigarrillos por día o más. En uno de los ensayos mencionados los autores observaron que la utilización de bupropión solo o combinado con parches de nicotina resultaba más eficaz que la utilización del parche de nicotina solamente.⁹⁶ Una revisión más reciente que acaba de incorporar The Cochrane Library indica que el tratamiento con bupropión parece, al menos por ahora, ser más eficaz en el mantenimiento de la abstinencia entre los grandes fumadores que la TSN.⁹⁷

Los estudios que han evaluado la seguridad de este fármaco^{41,44,45} presentan una tasa de abandono por efectos adversos de un 8% en los grupos de tratamiento, frente a una tasa de abandono del 5% en los grupos control con administración de tratamiento placebo. Los efectos adversos más comunes en este tratamiento son leves (sequedad de boca, cefalea, insomnio, erupción cutánea, prurito u otros síntomas de reacción anafiláctica o anafilactoide). En el caso de problemas de insomnio, se recomienda adelantar unas horas la toma nocturna o valorar la supresión de esta toma. En general, los efectos adversos del bupropión están relacionados con la dosis administrada, por lo que pueden controlarse mediante la reducción de dicha dosis. A diferencia de otros antidepresivos, el bupropión no interfiere con la actividad sexual.⁹⁸⁻⁹⁹

Está contraindicado el uso de bupropión en pacientes con historia actual o cualquier antecedente de trastornos convulsivos, diagnóstico previo o actual de bulimia, anorexia nerviosa o trastorno bipolar, pacientes con tumores en el sistema nervioso central, en proceso de deshabituación alcohólica o de retirada de benzodiazepinas, cirrosis hepática grave, uso de inhibidores de la aminooxidasa (IMAO) en los últimos 14 días, o en pacientes en tratamiento con otros medicamentos que contengan bupropión. Es el único fármaco de prescripción médica para dejar de fumar autorizado, y está disponible en el mercado bajo los nombres comerciales de Zyntabac y Quomem, ambos en presentaciones de 60 comprimidos de 150 mg. Aprobado por la Food and Drug Agency (FDA) en 1997, EUA fue el primer país donde se comercializó. Desde entonces se comercializa también en la mayoría de países de la Unión Europea.

En la revisión realizada por el NICE (2002)²⁵ han identificado todos los datos de ensayos clínicos

controlados y muestran la eficacia del tratamiento para dejar de fumar con bupropión frente a placebo o no tratamiento. En las Tablas 22 y 23 se presentan los resultados individualizados de los estudios, así como el resultado sumado del meta análisis realizado con los datos de estos estudios publicados.

La revisión exhaustiva realizada por el NICE (2002)²⁵ sobre la eficacia y efectividad del bupropión en base a los distintos ensayos clínicos randomizados existentes se resume de la siguiente manera

Tabla 22

Número de pacientes bajo estudio y valores OR (IC 95%) alcanzados de abstinencia al tabaco con bupropión versus placebo para 6 y 12 meses de seguimiento (datos combinados)

Estudio (referencia)	Tratamiento (n/N)	Control (n/N)	OR (IC 96%)
Ferry et al., 1992	10/23	0/22	35.00 (1.89-646.50)
Ferry et al., 1994	13/95	6/95	2.35 (0.85-6.47)
Gonzales et al., 2001	27/226	5/224	5.94 (2.25-15.73)
Hetzberg et al., 2001	4/10	1/5	2.67 (0.21-33.49)
Hurt et al., 1997	21/156	15/153	1.43 (0.71-2.89)
Jorenby et al., 1999	45/244	9/160	3.79 (1.80-8.00)
Tashkin et al., 2001	32/204	18/200	1.88 (1.02-3.48)
TOTAL	152/958	54/859	2.75 (1.96-3.81)

Fuente: AETS (2003)²⁴

Tabla 23

Número de pacientes bajo estudio y valores OR (IC 95%) alcanzados de abstinencia al tabaco con bupropión versus placebo a los 12 meses de seguimiento

Estudio (referencia)	Tratamiento (n/N)	Control (n/N)	OR (IC 96%)
Ferry et al., 1994	13/95	6/95	2.35 (0.85-6.47)
Hurt et al., 1997	21/156	15/153	1.43 (0.71-2.89)
Jorenby et al., 1999	45/244	9/160	3.79 (1.80-8.00)
TOTAL	79/495	30/408	2.38 (1.52-3.72)

Fuente: AETS (2003)²⁴

El bupropión utilizado como agente preventivo de las recaídas, con respecto a beneficios posibles de una terapia a largo plazo, después del logro de la abstinencia inicial no ha mostrado ventajas. 100

Los datos comparativos entre bupropión versus TSN en parches han sido comentados con anterioridad. Aunque los estudios disponibles son escasos, el bupropión parece ofrecer una mayor eficacia. En resumen:

- Existen claras evidencias de que el bupropión es más efectivo que un placebo en la población general.
- El bupropión es tan efectivo en fumadores con EPOC como en población general.
- Las evidencias científicas iniciales muestran una mayor eficacia del bupropión sobre la

TSN en la deshabituación tabáquica. Sin embargo, son necesarios más estudios en este sentido para establecer claramente esta diferencia, si la hay.

- El único ensayo realizado con bupropión para prevenir las recaídas no ha encontrado este efecto positivo en los sujetos que han dejado de fumar.

Alternativas para dejar de fumar

A pesar del conocimiento generalizado de que el fumar tabaco es extremadamente perjudicial para la salud, una gran proporción (del 20% al 40%) de la población adulta de la mayoría de los países desarrollados continúa fumando.¹⁰¹ Aunque las investigaciones sugieren que la mayoría de los fumadores de la mayor parte de los países desarrollados querrían dejar de fumar,¹⁰² sólo una pequeña proporción lo consiguen cada año, y la mayor parte de los fumadores ni siquiera planean hacerlo dentro de los seis meses siguientes, considerando la fecha en que se aplicó la encuesta. En consecuencia, la disminución de la prevalencia de tabaquismo sigue siendo muy lenta en la mayoría de los países desarrollados, y el tabaquismo continúa siendo la principal causa de muerte prematura.

El concepto de intentar reducir el daño para la salud causado por el tabaco no es nuevo. La estrategia adoptada por la industria del tabaco ha consistido, sobre todo, en una serie de intentos fracasados de obtener y comercializar productos de tabaco menos perjudiciales (modificación del producto), junto con intentos mucho más intensos para minimizar la percepción de que sus productos son realmente peligrosos.¹⁰³

Hasta hace relativamente poco, dos de las estrategias principales adoptadas por los defensores de la salud han consistido en: a) dejar de fumar: aconsejar la terminación del hábito a los fumadores actuales; y b) prevención: intentar evitar que comiencen a fumar quienes no lo hacen en la actualidad. Se han hecho algunos progresos con el consejo de dejar de fumar,¹⁰⁴⁻¹⁰⁵⁻¹⁰⁶ y los intentos de prevención han tenido éxito limitado.¹⁰⁷⁻¹⁰⁸⁻¹⁰⁹⁻¹¹⁰ El efecto neto ha sido un descenso progresivo, pero lento, de la prevalencia de tabaquismo en muchos países occidentales. Sin embargo, existen algunos indicios de que este progreso se está frenando, lo que podría deberse en parte a que los fumadores restantes son más dependientes y/o están menos motivados para dejar el hábito.¹¹¹ Ese dato ha conducido a una nueva consideración de las estrategias de “reducción del daño” por parte de los defensores de la salud.

De acuerdo a lo anterior es difícil que la mayoría de los fumadores puedan o quieren dejar de fumar totalmente es necesario considerar estrategias diseñadas para obtener una reducción del daño. Para los fines de este capítulo, “reducción del daño por el tabaco” se definirá como: “La terapia diseñada para reducir el daño a la salud causado por el tabaco, pretendiendo la abstinencia completa de todos los constituyentes del tabaco (entre ellos la nicotina).”

Vacunas y moléculas inmunomoduladores

Reducen el recambio de dopamina del sistema mesolímbico cerebral, específicamente en el núcleo accumbens, por lo que se supone que podrían reducir la conducta de búsqueda de nicotina después de la administración de nicotina en sujetos adictos.³¹

La fitoterapia como alternativa de solución

El empleo de los fitoquímicos ha cobrado auge dentro del arsenal terapéutico mundial. La fitofarmacología y la fitoterapia son reconocidas y utilizadas por la medicina tradicional. Toda la farmacopea que surja a partir de las propiedades fitoterapéuticas de las plantas presenta una inmensa ventaja con respecto a los tratamientos químicos. En las plantas o en sus partes los principios activos se hallan siempre biológicamente equilibrados por la presencia de sustancias complementarias, que se potencian entre sí, que no se acumulan en el organismo y, fundamentalmente porque sus efectos indeseables están limitados, y además emplean tecnologías de bajos niveles de inversión e insumos con la

consiguiente disminución de los costos.112

En las revisiones sistemáticas de la bibliografía, no se encontraron tratamientos que contaran con estudios controlados de eficacia acerca de la intervención con herbolariay/o frutas o fitoquímicos para evitar el tabaquismo. En cambio se encontró que cada vez se usan más los tratamientos complementarios.113·114 El número de ensayos aleatorios de tratamientos complementarios se ha duplicado cada cinco años y la biblioteca Cochrane incluye casi 50 revisiones sistemáticas de intervenciones con medicinas complementarias.⁴⁶

Muchas personas acuden a estos tratamientos cuando la medicina convencional fracasa para ellos, o cuando creen firmemente en la efectividad de la medicina complementaria. Las hierbas medicinales son la parte principal de la medicina china tradicional.115 Los autores que realizaron esta revisión definen a las hierbas medicinales como productos derivados de plantas o partes de plantas (p.ej. hojas, tallos, capullos, flores, raíces, tubérculos o frutos) sin procesar o refinadas, usadas para el tratamiento de enfermedades. Los sinónimos de hierbas medicinales incluyen remedios, medicamentos, productos y preparaciones a base de hierbas, hierbas medicinales y fitoquímicos. Además, entre los tratamientos complementarios, también se cuenta con las bebidas funcionales que se caracterizan por su aporte de vitaminas, minerales y extractos naturales, entre otros nutrientes que favorecen la salud de una persona.

Las hierbas medicinales podrían categorizarse en cuatro clases, hierba única, medicinas chinas patentadas, mezclas de diferentes hierbas o cualquiera de los tres tipos más medicinas activas occidentales. Las medicinas chinas patentadas generalmente se basan en recetas bien establecidas y en fórmulas como comprimidos o cápsulas para su comercio, comodidad y sabor agradable. La mezcla de las hierbas prescritas por los herbolarios chinos depende de la diferenciación de los síntomas según los patrones de diagnóstico chinos (es decir, inspección, auscultación, olfato, interrogación y palpación). Sin embargo, los ingredientes activos de estas hierbas medicinales en gran parte no se conocen y las hierbas medicinales generalmente se combinan con diferentes hierbas. Los estudios farmacológicos de China han mostrado que la efectividad clínica de las hierbas puede estar asociada con los efectos antagónicos sobre la acetilcolina e histamina en los músculos intestinales lisos, efectos sedantes y reguladores sobre el sistema nervioso central y autónomo, y efectos reguladores sobre el sistema hepatobiliar.116 Por otro lado es cada vez mayor el número de informes en la bibliografía médica acerca de la toxicidad hepática, el daño renal e incluso cáncer, de algunos de los productos chinos a base de hierbas.117·118·119

Un éxito particular tienen actualmente las bebidas con un beneficio adicional saludable. Se caracterizan por un aporte de componentes funcionales como vitaminas, minerales, fibras y extractos naturales, nutrientes importantes en los procesos fisiológicos. La variedad es inmensa. El contenido de jugo, aroma, color, viscosidad y sabor se combinan arbitrariamente, añadiéndose los correspondientes componentes favorables para la salud.120

Por otro lado una fitomedicina puede ser definida como un medicamento derivado de las plantas en su estado original y abarca gran parte de lo que las poblaciones más afectadas encontrarían en cuanto a los remedios que provienen de plantas de los curanderos tradicionales. Existe algún registro de la variedad de plantas utilizadas en África subsahariana para tratar las dolencias,121 pero ha habido poco en cuanto a la evaluación sistemática de sus beneficios.

La fitoterapia es la ciencia que estudia la utilización de los productos de origen vegetal con finalidad terapéutica, ya sea para prevenir, para atenuar o para curar un estado patológico.¹²²

La fitoterapia ha resultado ser más útil que la medicina moderna para el tratamiento de ciertas enfermedades crónicas, con menos efectos secundarios y más económicos. Las plantas aromáticas y medicinales son fuente exclusiva de algunas sustancias que se emplean en tratamientos médicos, puede decirse que alrededor del 25 % de las sustancias en la farmacopea moderna son derivadas de plantas y muchas otras son sintéticos análogos construidos de componentes prototipos aislados de plantas, se emplean, además, como suplementos nutricionales.¹²³

En particular, el alcohol y el tabaco son las sustancias de abuso más comúnmente utilizadas. En un estudio realizado con un extracto de *Hypericum perforatum* L. que es un ejemplo de compuesto

fitoterapéutico se encontró que muestra una clara acción antidepresiva y se ha utilizado para el tratamiento de depresión leve a moderada ocasionada por el abuso de sustancias, los estudios se han centrado en el alcohol y la dependencia de la nicotina. Esto muestra que los compuestos fitoterapéuticos pueden ser utilizados para tratar las toxicomanías.¹²⁴

Sin embargo no existen referentes que relacionen los fitoquímicos y alguna bebida funcional, como una evaluación sistemática, con el control del tabaquismo, en este trabajo se busca establecer una alternativa para coadyuvar en la erradicación de éste como un peligro ambiental, al establecer una asociación entre el ácido elágico, contenido en la frambuesa y otras frutillas (zarzamora, uva, etc.) y los problemas de la adicción a la nicotina. Si bien está demostrado que en el organismo de las personas fumadoras y en los fumadores pasivos se produce naturalmente una degradación de la nicotina, con esta propuesta se pretende demostrar que el ácido elágico modifica el metabolismo de la nicotina, acelerando y aumentando su degradación.¹²⁵

Además el ácido elágico es un fitoquímico con propiedades antioxidantes,¹²⁶ efectos antimutagénicos¹²⁷ y anticancerígenos,¹²⁸ y que probablemente puede provocar una mayor eliminación de la cotinina reduciendo los efectos perjudiciales y cancerígenos de los hidrocarburos poliaromáticos y de la nitrosamina,⁵⁵ así como los efectos perjudiciales de la nicotina.

BIBLIOGRAFÍA

- 9 NHS Centre for Reviews and Dissemination. Smoking cessation: what the health service can do. *Effectiveness Matters* 1998; 3: 1-4.
- 10 Bray F, Sankila R, Ferlay J, Parkin DM. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. *Eur J Cancer* 2002; 38: 99-166.
- 11 Samet JM. The risk of active and passive smoking. En: Slovic P, ed. *Smoking: Risk, perception and policy*. pp.3-28, copyright©2002.Sage Publications, Inc. Traducción. *Salud Publica Mex* 2002; 44supl1: S144-S160.
- 12 Doll R, Hill AB. A study of the aetiology of carcinoma of the lung. *Br Med J* 1950; 2: 740-748.
- 13 Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits. A preliminary report. *Br Med J* 1954; 1: 1451-1455.
- 14 Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *Br Med J* 1994; 309(6959): 901-911.
- 15 Scientific Committee on Tobacco and Health. *Smoking and Health, Summary of a report of the Royal College of Physicians of London on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases*. Londres: Pitman Medical Publishing, 1962.
- 16 US Department of Health Education and Welfare. *Smoking and health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General*. Washington: Government Printing Office, 1964.
- 17 Cameron P. The presence of pets and smoking as correlates of perceived disease. *J Allergy* 1967; 1: 12-15.
- 18 Cameron P, Kostin JS, Zaks JM, Wolfe JH, Tighe G, Oselett B, Stoker R, Winton J. The health of smokers' and nonsmokers' children. *J Allergy* 1969; 6: 336-341.
- 19 Colley JR, Holland WW. Social and environmental factors in respiratory disease. A preliminary report. *Arch Environ Health* 1967; 1: 157-161.
- 20 Proctor RN. *Cancer wars. How politics shapes what we know and don't know about cancer*. New York: Basic Books, 1997.
- 21 Samet JM, Wang SS. *Environmental tobacco smoke*. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 2000.
- 22 Hirayama T. Passive smoking and lung cancer. *Br Med J* 1981; 282: 1393-1394.
- 23 Trichopoulos D, Kalandidi A, Sparros L, McMahon B. Lung cancer and passive smoking. *Int J Cancer* 1981; 27(1): 1-4.
- 24 California Environmental Protection Agency. Office of Environmental Health Hazard Assessment. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke*. California: Environmental

- Protection Agency, 1997.
- 25 California Environmental Protection Agency. Office of Environmental Health Hazard Assessment. Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke. California: Environmental Protection Agency, 1997.
 - 26 Scientific Committee on Tobacco and Health, HSMO. Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health. California: The Stationary Office, 1998.
 - 27 World Health Organization. International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health. Consultation report. Ginebra: World Health Organization, 1999.
 - 28 Nelkin BD, Mabry M, Baylin SB. Lung cancer. En: Vogelstein B, Kinzler KW, ed. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill, 1998: 113-125.
 - 29 Denissenko MF, Pao A, Tang M, Pfeifer GP. Preferential formation of benzo(a)pyrene adducts at lung cancer mutational hotspots in P53. Science 1996; 274(5286): 430-432.
 - 30 Hussain SP, Harris CC. Molecular epidemiology of human cancer: Contribution of mutation spectra studies of tumor suppressor genes. Cancer Res 1998; 58(18): 4023-4037.
 - 31 AHCPR guideline on smoking cessation. Disponible en: URL: <http://text.nlm.nih.gov/frs/pick?dbName=smkcq&frsK=46209&cp=I&t=888456187&collect=ahcpr>.
 - 32 CDC's Tobacco Information and Prevention Sourcepage. Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/nccdphp/osh/tobacco.htm>.
 - 33 Tierney L, McPhee S, Papadakis M. Current medical diagnosis & treatment. 38a. edición. San Francisco: Appleton & Lange, 1999.
 - 34 McPhee S, Schoeder S. Acercamiento general al paciente, conservación de la salud y prevención de la enfermedad y síntomas comunes, tabaquismo. Diagnóstico y tratamiento. 35ª edición. México: manual moderno, 2000.
 - 35 Hasdai D. Effect of smoking status on the long-term outcome after successful percutaneous coronary revascularization. N Engl J Med 1997; 336: 775.
 - 36 Jha P, Chaloupka F. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington, D.C.: The World Bank; 1999.
 - 37 Peto R, López A D, Boreham J, Thun M. Heath C. Mortality from smoking in developed countries, 1950-2000. Oxford, England: Oxford University Press; 1994.
 - 38 Ezzati M, López AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet 2003; 362: 847-852.
 - 39 Fernández E, Schiaffino A, Borrás JM. Epidemiología del tabaquismo en Europa. Salud Pública Mex 2002; 44 supl 1: SI 1- SI 9.
 - 40 Clemente P, Fleitmann S, Hirsch A. Lisbon declaration 2000 on smoking prevention in Europe. Lisboa: European Network for Smoking Prevention, 2000. Disponible en URL: <http://www.ensp.org/uk/declaration>.
 - 41 World Health Organization. Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke. Report on a WHO WORKING group meeting. Copenhagen: World Health Organization, 2000.
 - 42 World Health Organization. Tobacco Free Initiative, 2001. Disponible en URL: http://tobacco.who.int/en/advocacy/wntd_2001a.html.
 - 43 Council on Scientific Affairs. The worldwide smoking epidemic. Tobacco trade, use and control. JAMA 1990; 263 (24) jun 27: 3312-3318.
 - 44 Kenyon-Rainier S. Transnational tobacco companies and health in underdeveloped countries: Recommendations for avoiding a smoking epidemic. Soc Sci Med 1990; 30 (2): 227-235.
 - 45 Casas-Martínez F, Carbelo-Baquero B, Romero-Llort M. La prevención del tabaquismo. España, 2000. Disponible en: URL: <http://www.Pntic.mec.es/recursos/infantil/salud/tabaquismo.htm#preven>.
 - 46 La actitud modélica en la adquisición del tabaquismo. España, 2000. Disponible en: URL: <http://www.tabaquismo.freehosting.net>.
 - 47 Programa de Acción. Adicciones, Tabaquismo. 1a. Edición. México: Secretaría de Salud, 2001. Disponible en: URL: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic>.
 - 48 Valdés-Salgado R, Micher JM, Hernández L, Hernández M, Hernández-Avila M. Tendencias

- del consumo del tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México, 1989 a 1998. *Salud Publica Mex* 2002; 44 supl 1: S44–S53.
- 49 Evans N, Farkas A, Gilpin E, Berry C, Pierce JP. Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87(20): 1538-1545.
 - 50 French SA, Perry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Weight concerns, dieting behaviour, and smoking initiation among adolescents: A prospective study. *Am J Public Health* 1994; 84(811): 1818-1820.
 - 51 United States Department of Health and Human Services: Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General. US. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Atlanta : Office on smoking and Health, 1994.
 - 52 Brownson RC, Jackson-Thompson J, Wilkerson JC, Davis JR, Owens NW, Fisher EB. Demographic and socio-economic differences in beliefs about the Health effects of smoking. *Am J Public Health* 1992; 82(1): 99-103.
 - 53 Tapia R, Lazcano F, Herrera M, Sepúlveda J. El consumo de tabaco en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud. *Boletín Mensual de Epidemiología*. 1989; 4(3): 33-39.
 - 54 Tapia R, Medina ME, Sepúlveda J, De la Fuente R, Kumate J. La Encuesta Nacional de Adicciones de México. *Salud Publica Mex* 1990; 32: 507-522.
 - 55 Kuri P, ed. National Addiction Survey México, D.F.: INEGI, SSA, Dirección General de Epidemiología, 1998.
 - 56 Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen ejecutivo. Consejo Nacional Contra las Adicciones, Investigación/CONADIC 2003.
 - 57 Herrera-Vázquez, M. Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública Mex* 2004; 46(2): 132-140.
 - 58 Peto R, López AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. En: *Critical Issues in Global Health*. Koop CE, Pearson CE, Schwarz MR (eds.). San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
 - 59 Urbanavicius J, Ferreira M, Costa G, Abin-Carriquiry J, Wonnacott S, Dajas F. Nicotine induces tyrosine hydroxylase plasticity in the neurodegenerating striatum. *Journal of Neurochemistry*, 2007; 102: 723–730.
 - 60 World Health Organization. Regional Office for Europe. First European Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001.
 - 61 Shoab M, Schindler C, Goldberg S. Nicotine self-administration in rats: strain and nicotine pre-exposure effects on acquisition. *Psychopharmacol*, 1997; 129: 35-43.
 - 62 Regalado P, Lara R, Osio E, Ramírez V. Tratamiento actual del tabaquismo. *Salud Pública Méx*. 2007; 49(2): 270-279.
 - 63 Daughton D, Fortmann S, Glover E. The smoking cessation efficacy of varying doses of nicotine patch delivery systems 4 to 5 years post-quit day. *Prev. Med.* 1999; 28: 113.
 - 64 Jimenez C. Terapia sustitutiva con nicotina en Meana Márquez I. Pantoja L. Nicotina y tabaquismo Nuevas Perspectivas. *Avances en farmacología de drogodependencias en Bilbao*. Universidad de Deusto. 1994; 487-91.
 - 65 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Revised third Edition. Washington DS American Psychiatric Association: 1987.
 - 66 Jimenez C. Terapia sustitutiva con nicotina. Aspectos prácticos. *REV. CLIN. ESP.* 1998: 1599-602
 - 67 Henningfield JE. Nicotine Medications for smoking cessation. *N Engl Med* 1995; 333: 1196-1203
 - 68 American psychiatric Association. Diagnostic and Statiscal manual of Mental disorders. Revised third Edition. Washington DS American Psychiatric Association 1987.
 - 69 Schneider M. Nicotine therapy in smoking cessation. Pharmacokinetic considerations. *Clin Pharmacokinetic* 1992: 169-72.
 - 70 Resell MAH, Raw M, Jarvis M. Clinical use of nicotine Chewing gum. *BMJ* 1980; 28: 1599-602.
 - 71 Terapia sustitutiva con nicotina. Actualizaciones sobre el tratamiento de tabaquismo.

Documento de salud pública número 60. Madrid: Consejería de sanidad 2000: 47-75.

- 72 Jiménez Ruiz CA, Solano Reina S, Gonzáles de Vega JM, Ruiz Pardo MI, Flores Martin S, Ramos Pinedo A. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 499-506.
- 73 Jiménez Ruiz CA, Ayesta J, Planchuela MA, Abengoza R, Torrecilla M, Quintas AM. Recomendaciones de la sociedad española de especialistas en tabaquismo para el tratamiento farmacológico del tabaco 2001; 3: 78-85.
- 74 Heatherton TF, Kozlowski TL, Frecker CR & Fagerström OK. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119-1127.
- 75 Jiménez CA, Fagerström OK. ¿Hacemos bien el test de Fagerström?. Prev Tabaq 2003; 5(3): 161-162.
- 76 Palmex K, Buckeley M, Faulds D. Transdermal nicotine chewing gum. JAMA 1998; 260: 1593-6.
- 77 LEISCHOW S, Nilsson Franzon M, Hill A, Otte, P, Merikle E. Efficacy of the nicotine inhaler as an adjuvant to smoking Cessation. Am J Health Behav 1996; 20: 364-71.
- 78 Rose J, Levin E. Interrelations hip between conditioned and primary reinforcement the maintenance of cigarette smoking. Br J Addiction 1991; 86: 605-9.
- 79 Public Health Service. E.U.A. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guide Panel. Staff and Consortium Representatives. JAMA 2000; 283: 3244-3254.
- 80 Pérez A, Clemente ML. Estado actual y futuras terapias farmacológicas en la deshabitación tabáquica. Arch Bronconeumol 2001; 37: 184-96.
- 81 Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar”. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III, Septiembre de 2003.
- 82 NICE (National Institute for Clinical Excellence). Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002. Technology Appraisal No. 39.
- 83 Eddy DM. David Eddy ranks the test. Harv Health Lett 1992; 11.
- 84 Ruiz de Gordejuela E, Elguezabal M. Evaluación económica del tratamiento médico del tabaquismo. Prev Tabaquismo 2001; 3:251-256.
- 85 Regalado P, Lara R, Osio E, Ramírez V. Tratamiento actual del tabaquismo. Salud Pública Méx. 2007; 49(2): 270-279.
- 86 Tonstand S, Tonessen P, Hayek P. Effect of maintenance therapy with Varenicline on Smoking Cessation. JAMA. 2006; 296: 64-71.
- 87 Jorenby D, Leischow S, Nides M. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N. Engl. J. Med. 1999; 340: 685-691.
- 88 Gonzales D, Rennard S, Nides M. Varenicline and $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor partial agonist, vs sustained release Bupropion and Placebo for Smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA. 2006; 296: 47-54.
- 89 Oncken C, González D, Nides M. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist varenicline, for smoking cessation. Arch. Intern. Med. 2006; 166: 1571-1577.
- 90 Rollema H, Chambers L, Coe J. Pharmacological profile of the $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist varenicline, an effective smoking cessation aid. Neuropharmacol. 2007; 52: 985-994.
- 91 UNAM Index of /bmnd/plm_2k8/src/prods 12/septiembre de 2008 plm, Diccionario De especialidades farmacéuticas 2008. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm_2k8/src/prods/42088.htm
- 92 Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar”. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III, Septiembre de 2003.

- 93 Hurt RD, Sachs D, Glover E, Offord K. A comparison of sustained release Bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195-1202.
- 94 Jorenby D, Leischow S, Nides M. A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
- 95 Hays JR, Hurt RD, Wolter TD. Bupropion SR for relapse prevention. 6th Annual Conference of the Society for Research on Nicotine and tobacco. Arlington 2000.
- 96 Jorenby DE, Leischow SJ, Nides M. A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
- 97 Department of Public Health and Epidemiology. Bupropion for Smoking Cessation. Birmingham: The University of Birmingham; 2002.
- 98 Rowland DL, Myers L, Culver A, Davidson JM. Bupropion and sexual function: A placebo controlled prospective study on diabetic men with erectile dysfunction. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17: 350-357.
- 99 Segraves RT, Kavoussi R, Hughes AR, Batey SR, Johnston JA, Donahue R. Evaluation of sexual functioning in depressed outpatients: a double-blind comparison of sustained release bupropion and sertraline treatment. *J Clin Psychopharmacol* 2000; 20: 122-128.
- 100 Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 2003.
- 101 Mackay J, Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. World Health Organization; 2002.
- 102 World Health Organization. *Tobacco or Health: a Global Status Report*. Geneva. Switzerland; 1997.
- 103 Glantz SA, Slade J, Bero LA, Hanauer P, Barnes D. *The cigarette papers*. Berkeley: University of California Press; 1996.
- 104 Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; 53: S5.
- 105 Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998; 53: S5.
- 106 Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
- 107 Reid D. Tobacco control: an overview. *Brit Med Bull* 1996; 52: 108-20.
- 108 Backinger CL, Fagan P, Matthews E, Grana R. Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tob Control* 2003; 12 (Suppl 4): IV46-53.
- 109 Farrelly MC, Davis KC, Haviland ML, Messeri P, Heaton CG. Evidence of a dose-response relationship between "truth" antismoking ads and youth smoking prevalence. *Am J Public Health* 2005; 95 (3): 425-31.
- 110 Bauer UE, Johnson TM, Hopkins RS, Brooks RG. Changes in youth cigarette use and intentions following implementation of a tobacco control program: finding from the Florida Youth Tobacco Survey, 1998-2000. *JAMA* 2000; 284: 723-8.
- 111 Fagerström KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tobacco Control* 1996; 5: 52-6.
- 112 Hernández M, García L, Rojo M, Olivares D. Almendro de la India: Potencial biológico valioso. *Rev Cubana Invest Biomed* 2003; 22(1): 41-47
- 113 Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998; 280(18): 1569-75.
- 114 Vickers A. Recent advances: complementary medicine. *BMJ* 2000; 321: 683-6.
- 115 Fulder S. *The Handbook of Alternative and Complementary Medicine*. Oxford:Oxford University Press,1996.
- 116 Lu W. Chinese herbal medicine for irritable bowel syndrome. *JAMA* 1999; 282(11): 1035.
- 117 Melchart D, Linde K, Weidenhammer W, Hager S, Shaw D, Bauer R. Liver enzyme elevations

in patients treated with traditional Chinese medicine. *JAMA* 1999; 282(1) :28-9.

- 118 Bensoussan A, Myers SP, Carlton AL. Risks associated with the practice of traditional Chinese medicine: an Australian study. *Arch Fam Med* 2000; 9(10): 1071-8.
- 119 Koh HL, Woo SO. Chinese proprietary medicine in Singapore: regulatory control of toxic heavy metals and undeclared drugs. *Drug Saf* 2000; 23(5): 351-62.
- 120 Bidone M. Bebidas funcionales: sabor y buena salud. Disponible en: <http://www.alimentacion.enfasis.com/notas/8142-bebidas-funcionales-sabor-y-buena-salud>. Acceso: mayo de 2009.
- 121 Verzar R, Petri G. Medicinal plants in Mozambique and their popular use. *Journal of Ethnopharmacology* 1987; 19(1): 67-80.
- 122 Bernat J, Cañigüeral S. Fitoterapia: Vademécum de prescripción. Elsevier, España 2003: 15.
- 123 Zambrana T. Beneficios de la fitoterapia. *Rev. Cubana Plant. Med.* 2005; 10 (2).
- 124 Tayfun I. Hypericum perforatum and substance dependence: a review. *Phytotherapy Research.* 2007; 22(5): 578–582.
- 125 Milano P, Vistarop A. Frutillas Vs Nicotina. Instituto Privado Julio Nery Rubio. Área Ciencias Naturales. Lonquimay, Argentina, 2001
- 126 Narayanan BA, Re GG. IGF-II down regulation associated cell cycle arrest in colon cancer cells exposed to phenolic antioxidant ellagic acid. *Anticancer Res* 2001; 21(1A): 359-64.
- 127 Loarca-Pina G, Kuzmicky PA, de Mejia EG, Kado NY. Inhibitory effects of ellagic acid on the direct-acting mutagenicity of aflatoxin B1 in the Salmonella microsuspension assay. *Mutat Res* 1998; 398(1-2): 183-7.
- 128 Mertens-Talcott SU, Talcott ST, Percival SS. Low concentrations of quercetin and ellagic acid synergistically influence proliferation, cytotoxicity and apoptosis in MOLT-4 human leukemia cells. *J Nutr* 2003; 133(8): 2669-74.

CONDICIONES LEGALES Y ECONÓMICAS DE LA VEJEZ

José Luis Uriona Hidalgo.

Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

La ponencia presenta los argumentos jurídicos y normativos más relevantes respecto al tema en cuestión.

Convención Internacional sobre los derechos humanos de las personas de edad:

- Prepararse para el envejecimiento de la población
- Dar más visibilidad a las cuestiones relacionadas con el envejecimiento
- Necesidad de aclarar el contenido de los derechos de las personas de edad
- Necesidad de clarificar las obligaciones de los estados
- Necesidad de fortalecer la protección internacional
- Necesidad de promover un enfoque basado en los derechos humanos en las políticas relativas al envejecimiento

Posible contenido de una futura convención:

- El derecho a la igualdad y a la no discriminación
- Sensibilización
- El derecho a la vida y a una muerte digna
- El derecho a la integridad física, psíquica y emocional y a un trato digno
- Las personas de edad en situación de detención o prisiónf. Personalidad y capacidad jurídicag. El derecho a participar en la vida social, cultural y política de la comunidadh. el derecho a un nivel de vida adecuado y a los servicios socialesi. El derecho a la salud física y psíquicaj. El derecho a la educación y a la culturak. El derecho a la vivienda y a un entorno saludable
- El derecho al trabajo
- El derecho a la seguridad social
- Los derechos de las mujeres de edad
- Los derechos de los ancianos indígenas

*RESÚMENES DE TRABAJOS EN
CARTELES*

EL INSOMNIO Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Norma Enríquez Flores, Luisa Jiménez González, Betsaida Rosado Rovira.

Universidad Mesoamericana de San Agustín (UMSA).

El insomnio es un problema de salud importante y frecuente en el adulto mayor, llegando a ser una alteración que afecta del 35 al 50% del grupo de personas mayores. El sueño adecuado es una de las principales necesidades del organismo, ya que le permite recuperarse del desgaste generado durante el día. A partir del descanso, el cuerpo puede lograr las condiciones óptimas a nivel físico y psicológico para poder desempeñarse de una manera funcional; a su vez, se genera una situación emocional equilibrada que permite que el individuo pueda tener un buen desempeño a nivel social. Este trastorno del sueño es una situación común que involucra problemas para conciliar el sueño, para mantenerlo, o de despertarlo temprano, causando un estado de fatiga y somnolencia durante el tiempo de vigilia que afecta la vida cotidiana del anciano. Con frecuencia el insomnio no es diagnosticado adecuadamente en el adulto mayor, pues se considera una consecuencia del proceso normal del envejecimiento; es verdad que con la vejez ocurren cambios en el patrón del sueño del individuo, sin embargo, el problema se presenta como tal a partir de diversos factores de tipo físico, psicológico, psiquiátrico, ambiental y farmacológico. La detección y el tratamiento adecuado y oportuno del insomnio, pueden mejorar significativamente la salud general y el bienestar del individuo; se considera que el adulto mayor que cuenta con salud biopsicosocial y vive la vida plenamente, mejora su calidad de vida.

Cartel 2

CUIDANDO AL CUIDADOR

Mtra. Álvarez Chávez Angelina, Esp. Flores Cerón Telma, Mtra. Olvera Hernández Elena
Guadalupe Olvera Hernández.

Área Académica de Enfermería. Área Académica de Farmacia. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

México ha incrementado hasta 72 años la vida promedio de su población, Lo anterior significa que cada día tendremos más viejos que vivan más tiempo, pero por desgracia mientras más ancianos, más problemas de dependencia presentan. Esta, es la mayor preocupación de los países, el creciente número de personas mayores de 85 años de edad, hecho que repercute en los cuidados familiares y servicios que deben crearse para su atención.

La mayoría de las personas dependientes reciben los cuidados a través del sistema informal de cuidados, es decir familiares, amigos que no reciben remuneración económica por los servicios que prestan. Y destacando que cuando se habla de de personas que prestan apoyo informal a los mayores nos referimos a las mujeres en la mayoría de las veces. Cabe destacar que esta función es de gran intensidad por el tipo de tareas que se desarrollan, por el número de horas dedicadas al día y por la prolongación en el tiempo de ayuda. Por lo que las personas cuidadoras sienten que la ayuda incide negativamente en su vida.

La experiencia de ser cuidador acarrea sensaciones positivas: Satisfacción por el cuidado del ser querido, búsqueda de su bienestar; pero desafortunadamente suelen ser más intensos los sentimientos negativos de sobrecarga, depresión, impotencia, tristeza y también de culpabilidad, sobre todo cuando se

requiere una toma de decisiones. Los cuidadores, por lo tanto, tienen una serie de necesidades: soporte social; conocimiento de la enfermedad de su familiar; apoyo financiero; y reconocimiento, tanto de su familia como de quien recibe el cuidado. Por lo que se hace necesario generar estrategias que apoyen al cuidador en esta importante función.

Cartel 3

***UTILIDAD DE LA IMAGEN CARDIOVASCULAR EN LA
ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO Y PRONÓSTICO DEL PACIENTE
GERONTOLÓGICO***

Dr. Luis Jiménez Ángeles.

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Departamento de Ingeniería Biomédica, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores y de Monterrey Campus Ciudad de México.

Como resultado del aumento en la esperanza de vida, la población mayor de 60 años (P60) tiene mayor incidencia de enfermedad arterial coronaria (EAC); y por lo tanto existe un aumento significativo de la morbilidad, mortalidad y de los costos de hospitalización para dicha población. De acuerdo a las guías de la American College of Cardiology y de la American Heart Association, la prueba de esfuerzo electrocardiográfica debe ser la primera opción para descartar EAC para pacientes que tienen un registro electrocardiográfico en reposo normal, independiente de la edad. Sin embargo, muchos de los pacientes de la P60 son incapaces de alcanzar una carga de estrés físico adecuado durante la prueba de esfuerzo, y la mayoría de ellos son clasificados y considerados de riesgo intermedio. Las imágenes de perfusión miocárdica SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography, por sus siglas en inglés), han sido extensivamente validadas para la evaluación del diagnóstico y pronóstico en diversas series de estudios y con diferentes poblaciones. Por lo tanto, en la evaluación de la P60, las imágenes SPECT pueden proveer de una elevada información diagnóstica y pronóstica. Con los estudios multicéntricos que se han abordado hasta la actualidad, se puede tener la seguridad de que en un paciente de la P60 con imágenes de SPECT normal tiene un bajo riesgo de un evento cardíaco adverso grave en un seguimiento a corto plazo. El presente trabajo contiene una revisión de las evidencias que soportan dicha afirmación.

Cartel 4

ALZHEIMER

Gladis Jazmín Contreras Hernández.

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro para la cual no existe una recuperación. Es la más común de las demencias. Lentamente la enfermedad ataca las células nerviosas en todas las partes de la corteza cerebral, así como unas estructuras circundantes, deteriorando así las capacidades de la persona de controlar las emociones, reconocer errores y patrones, coordinar el movimiento y recordar. La enfermedad de Alzheimer (EA) también denominada mal de Alzheimer o demencia Senil de tipo Alzheimer (DSTA) es una enfermedad neurodegenerativa, que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células (nerviosas) mueren y diferentes

zonas del cerebro se atrofian. En las etapas tempranas, los síntomas pueden ser muy sutiles. Entre éstos se encuentran: repetición frecuente de frases, ubicación equivocada de cosas con frecuencia, dificultad para recordar el nombre de objetos conocidos, perderse en rutas conocidas, cambios de personalidad. El diagnóstico se basa primero en la historia y la observación clínica, tanto del profesional de la salud como la que es referida por los familiares, basada en las características neurológicas y psicológicas, así como en la ausencia de condiciones alternativas: un diagnóstico de exclusión.^[1] Durante una serie de semanas o meses se realizan pruebas de memoria y de funcionamiento o evaluación intelectual.^[1] También se realizan análisis de sangre y escáner para descartar diagnósticos alternativos. Se ha conseguido aproximar la certeza del diagnóstico a un 85%, pero el definitivo debe hacerse con pruebas histológicas sobre tejido cerebral, generalmente obtenidas en la autopsia.^[1] Las pruebas de imagen cerebral—Tomografía axial computarizada (TAC), Resonancia magnética (RMN), tomografía por emisión de positrones (TEP) o la tomografía computarizada por emisión de fotón único—pueden mostrar diferentes signos de que existe una demencia, pero no específica de cuál se trata. En la actualidad no existe cura para la EA, pero sí tratamientos que intentan reducir el grado de progresión de la enfermedad y sus síntomas de modo que son de naturaleza paliativa. El tratamiento se puede dividir en farmacológico, psicosocial y cuidados.

Cartel 5

AFASIA DE BROCA

Oscar Roberto Camacho Vite.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La afasia, se refiere a la pérdida o daño de la función del lenguaje causada por lesiones en el encéfalo, se caracteriza por errores en el habla (parafasia), déficit en la comprensión y dificultad en encontrar las palabras (anomia). Existen diversos tipos de afasia, y casi todos dependen de lesiones en regiones específicas de los hemisferios cerebrales.

El habla puede clasificarse como fluida (más de 50 palabras por minuto, sin esfuerzo, ausencia de disartria (trastorno por el cual el mecanismo para hablar se daña), longitud normal de las frases y entonación normal. En contraste, la afasia no fluida se caracteriza por una emisión verbal con gran esfuerzo y disminuida (menos de 50 palabras por minuto), articulación inadecuada, degradación de la inflexión y los aspectos melódicos del habla y agramatismo (esto es, tendencia a omitir palabras gramaticalmente pequeñas, tiempos verbales y plurales, y a emplear solo sustantivos y verbos). La afasia en los adultos mayores ocurre repentinamente, a menudo como el resultado de un accidente cerebrovascular (ocurre cuando, por alguna razón, la sangre no es capaz de llegar a una parte del cerebro. Las células cerebrales mueren cuando no reciben el suministro normal de sangre, que lleva el oxígeno y otros nutrientes importantes), embolia cerebral, lesión en la cabeza, tumor en el cerebro.

Al comienzo es frecuente una supresión lingüística (ausencia de palabras) de duración variable. La comprensión del lenguaje escrito esta con frecuencia alterada (alexia) inhabilidad para comprender el significado gramatical de las palabras.

En la escritura aparece el agramatismo, la reducción, las paragrafias literales (cambiar una letra por otra) y grafémicas (cambia un rasgo por otro). El individuo suele estar consciente del déficit y preocupado, con razón, al respecto.

PARKINSON

Viviana León Tapia.

Área Académica de Medicina-Gerontología Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La Enfermedad del Parkinson se caracteriza por una pérdida celular y gliosis en el Sistema Nervioso Periférico y otros núcleos pigmentados del tronco cerebral. Las principales causas de la enfermedad del Parkinson acaban siendo un problema de salud pública como resultado del envejecimiento mundial de las poblaciones, es poco probable que el simple envejecimiento sea un factor importante de la etiología del Parkinson. El hallazgo de parkinsonismos familiares hereditarios indica que en muy raras ocasiones el parkinsonismo puede surgir de un único gen y en ocasiones puede estar producido por la exposición a un agente medioambiental.

- Signos y síntomas en enfermedad de Parkinson son:
- Rigidez muscular
- Lentitud de movimiento voluntario
- Reducción progresiva de velocidad
- Amplitud de movimientos repetitivos
- Temblor grosero de reposo
- Reflejos de enderezamiento alterados

Se dispone de una variedad de fármacos para tratar los síntomas motores del Parkinson, el tratamiento farmacológico se debe combinar con abordajes de rehabilitación en los que participen fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas del lenguaje y una variedad de profesionales relacionados con la salud y el bienestar. Los fármacos anticolinérgicos y la amantadina tienen una función muy pequeña en el tratamiento de los ancianos con Parkinson. El fármaco más eficaz y disponible sigue siendo la levodopa, que suele combinarse con una enzima para impedir la descarboxilación periférica a dopamina.

Cartel 7

SEXUALIDAD EN LA TERCERA EDAD

Ana María Zamora Nájera.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La sexualidad en la tercera edad queda concebida como un aspecto biopsicosocial, el cual debe quedar fuera de los parámetros de anormalidad, prejuicios, de mito, entre otros. Ya que durante años ha quedado marcado con un símbolo de perversión, ridiculidad y desvío. Siendo por tanto el hecho más emblemático en el historial de un ser humano y qué más en un adulto mayor. No encontramos dentro de documentos de sexólogos, psicólogos y profesionales de la salud, un escrito donde exprese a dicha sexualidad como un trastorno, defecto de la edad ni mucho menos un deterioro hormonal. Si bien, no están acostumbrados los adultos mayores a hablar de su sexualidad y dudas sobre ello, como tampoco nosotros de escucharlos y saber comprender sus problemáticas. Demeritamos sus intereses a tal manera de que los vemos de

manera más torpe, lenta y sin emociones propias, esto provoca dentro de sí, un cúmulo de creencias, de especulación alrededor de su vida íntima y sexual. Por tanto debemos enfocarnos a abrir esa pauta para estudiar, comprender y analizar mejor esos factores que hacen falta saber, como lo son los cambios de conducta, apariencia física, disminución del deseo sexual, menopausia/andropausia y sus determinantes. No basta con llevar terapias psicológicas para comenzar a entender esa parte de ellos, o bien, apoyarlos con medicamentos para que obtengan un mejor rendimiento sexual; hace falta claramente programas que aporten conocimientos prácticos y de teoría fácil de comprender para que ellos, los que hace unas décadas nacieran con represiones, poca información sobre sus dudas y por qué no decirlo, también buscando una identidad como lo es la homosexualidad y lesbianismo dejen de ser estereotipados de una forma errónea. Ya que ahora habremos de comprender que la sexualidad es el pilar del placer, no importa la edad, la vejez, sentimos con la piel, con los órganos y con las figuras más representativas de las sensaciones, el cerebro y el amor. Entonces, dejaremos de lado la ideología atacante y agresiva a sus emociones, inquietudes y pulsiones sexuales, para dar inicio a una nueva visualización que nos ha de poner en un estado de inteligencia, conmiseración ante ellos y un retorno a la exploración de su cuerpo, alma y conciencia. Saber que no tienen nada anormal, ni enfermo, es simplemente el deseo natural de amar, sentir caricias, besos que antes eran por miles y ahora son contados. Se dignifique su vida sexual como tal.

Cartel 8

ENVEJECIMIENTO EXITOSO

Luis Gerardo Vargas Bautista.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente, que también se podría definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. La Organización Mundial de la Salud nos dice que el envejecimiento depende no sólo de nuestra estructura genética, sino también (y de manera importante) de lo que hemos hecho durante nuestra vida; del tipo de cosas con las que nos hemos encontrado a lo largo de ella; de cómo y dónde hemos vivido nuestra vida.

Aunque practicar buenos hábitos de salud no garantiza el gozar de una vida más larga, definitivamente puede mejorar su calidad. Si se practican con regularidad, unas cuantas cosas simples pueden ayudar a minimizar el riesgo de enfermedad y enriquecer la vida. Para alcanzar un envejecimiento exitoso no sólo hay que empezar a cuidar la calidad de vida que llevamos a partir de los 45 años, que es donde algunos autores manejan como el descenso de la curva de la vida, donde hay que poner mucho más cuidado y atención para evitar enfermedades cuando se entre a la última etapa del humano.

Se recomienda principalmente: El ejercicio como un factor clave para mantenerse saludable, ya que éste fortalece los huesos, corazón y pulmones, tonifica los músculos, mejora la vitalidad, ayuda a conciliar mejor el sueño y alivia la depresión, tener una dieta bien balanceada que suministre suficiente energía y nutrición para un óptimo crecimiento y desarrollo, mantener una buena higiene y cuidado personal. Son importantes en la prevención de algunos efectos nocivos contra la salud, aunado al no consumir ningún tipo de drogas sean legales o ilegales como el alcohol que inhibe gradualmente la función cerebral y afecta en primera instancia las emociones, los procesos de pensamiento y el juicio o el tabaco que es el que provoca la mayor cantidad de muertes prematuras eso sin olvidar que provoca una gran cantidad de enfermedades mortales para el humano y por último pero sin ser mucho menos importante o peligroso sería el manejo del estrés que puede ocasionar síntomas como insomnio, dolores de cabeza, problemas estomacales, problemas con el estado de ánimo y otros; si bien quizás no es posible evitarlo, la persona

puede sentirse más segura al conocer la fuente de su estrés y eso le ayuda a tener “más control” sobre la situación. Cuanto más control la persona crea que tiene sobre su vida, menor será el daño causado por el estrés. Todos estos factores mencionados con anticipación son cruciales para alcanzar una calidad de vida óptima y por supuesto el envejecimiento ideal.

Cartel 9

VÉRTIGO

Julia Analy Salazar Montiel.

Área Académica de Medicina – Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

El vértigo es una ilusión de movimiento que se basa en información sensitiva errónea que puede derivar de anormalidades en el sistema nervioso o periférico. El trastorno afecta aquellas estructuras que nos permiten estar correctamente conscientes de nuestra posición en el espacio, incluyendo visión, vías propioceptivas de las articulaciones y los tendones, el sistema laberíntico y sus conexiones, así como los músculos del cuello; también puede deberse a trastornos del sistema sensitivo periférico que implica impulsos aferentes propioceptivos y a alteraciones de los sistemas motor y cerebeloso, los pacientes de edad avanzada a menudo tienen cierto grado de degeneración en el par VIII. Todo esto junto le da al paciente una percepción defectuosa de su posición en el espacio y la hace tener una sensación de balanceo que puede describir como mareo. Existen dos tipos de vértigo los cuales son: El vértigo periférico es el causado por la afectación del laberinto (oído interno) y nervio vestibular (el que lleva la información del equilibrio desde el oído interno al cerebro) y es el más frecuente; los pacientes suelen presentar además pérdida de audición y zumbidos, presión y dolor en el oído. El vértigo central es debido a la alteración de los mecanismos neurológicos del propio sistema vestibular. En estos casos es frecuente la existencia de alteraciones de la marcha y postura con inestabilidad muy llamativa, visión doble, problemas para la deglución, entre otras. Las causas que producen el vértigo son: Infecciones de oído medio e interno, Los traumatismos en la cabeza, medicamentos, falta de riego sanguíneo, tumores del nervio acústico. El diagnóstico se da en base a pruebas vestibulares y una audiometría. El tratamiento que se debe seguir para la enfermedad de vértigo en la mayoría de los casos medicamentos antihistamínicos, anticolinérgicos, y antieméticos.

Cartel 10

DEMENCIA

Adalid Torres González.

Área académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La demencia es la pérdida progresiva de funciones cerebrales: no es una enfermedad aislada sino un grupo de padecimientos que involucran problemas de memoria, comportamiento, aprendizaje y comunicación. Hasta hace pocos años, una persona de edad avanzada que sufría trastornos de la memoria y tenía dificultades en cuanto a su cuidado personal, se consideraba senil, término que definía parte de un proceso normal de envejecimiento. Actualmente los síntomas de una persona senil se describen con el término demencia. Las dos causas mayores e irreversibles de demencia son el mal de Alzheimer y la demencia vascular. Ambas afecciones se presentan juntas a menudo. Entre las causas de la demencia

de origen metabólico se encuentran las complicaciones de la tiroides, los niveles de vitamina B12 y las infecciones.

La demencia se puede diagnosticar cuando un paciente presenta dos o más problemas de función cerebral, mismos que pueden involucrar al lenguaje, la memoria, la percepción, el comportamiento emocional o la personalidad y las habilidades cognitivas como el cálculo, el pensamiento abstracto y el discernimiento. Este mal se presenta normalmente a edad avanzada, es poco frecuente que se presente en personas de menos de 60 años y el riesgo de padecerla se incrementa a medida que la persona envejece.

En la actualidad no existe un solo examen diagnóstico para determinar la presencia de la demencia. Sin embargo, se acepta elaborar una evaluación médica y neurológica completa a fin de descartar demencia cuando alguno de los signos está presente. Una evaluación clínica completa debe incluir; historia clínica, exploración física y neurológica, examen de estado mental y exámenes rutinarios.

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas de la demencia y dependerá de la afección específica causante de la enfermedad. En algunos casos se puede requerir hospitalización por un corto tiempo.

Por lo general, la psicoterapia o la terapia grupal son insuficientes pues pueden confundir más a la persona que presente problemas de demencia.

Dentro de las expectativas el resultado es variable; por lo general, la demencia tiende a empeorar y esto resulta en una menor calidad de vida.

Cartel 11

FISIOTERAPIA EN OSTEOARTROSIS

Erasmó Bustamante Mar.

Área académica Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La osteoartrósis (OA) también llamada la enfermedad articular degenerativa, es una enfermedad degenerativa que consiste en una secuencia de alteraciones que afectan a los tejidos del cartílago articular. Su prevalencia aumenta en relación directa con la edad. El riesgo de discapacidad atribuible a la OA es mayor que el de cualquier otra enfermedad en los ancianos y la edad es el factor de riesgo más importante para que se presente; ya que, a los 60 años cerca de 100% de la población detiene cambios histológicos de degeneración de los cartílagos de la rodilla, casi el 80 % tiene cambio radiográficos sugestivos de OA en al menos una articulación; alrededor de 40% reportan manifestaciones de la misma, y 10 tienen limitaciones de las actividades causadas por la enfermedad. El dolor y la rigidez articular son los principales síntomas y se relacionan con la destrucción articular y los episodios agudos de sinovitis secundaria, así como aumento del roce y descarga de peso sobre el hueso subcondral, obstrucción del flujo venoso, espasmos musculares de protección o incluso afectación de tejidos periarticulares, como las bolsas cerosas y los tendones. Es importante resaltar que la OA constituye una de las causas de dolor músculo esquelético en ancianos, y es necesario el diagnóstico diferencial que excluya condiciones clínicas que se confundan o coexistan con esta enfermedad. La fisioterapia es siempre una medida conservadora en el tratamiento de los pacientes con esta enfermedad. Generalmente, los objetivos del tratamiento fisioterapéutico en la OA se dirigen hacia la reducción o alivio del dolor y rigidez articulares, mantenimiento y aumento de la fuerza muscular.

DETERIORO COGNITIVO EN LA TERCERA EDAD

Fernández León Rodrigo.

Área académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

El deterioro cognitivo es la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada.

En la tercera edad es considerado como un estado clínico caracterizado por una declinación de la función amnésica vinculada con el envejecimiento en personas con sesenta y más años de edad. Éste se clasifica en grados de alteración cognitiva: Trastorno de la memoria asociado a la edad, antiguamente llamado “olvido benigno del geronte”: Se refiere a cambios de la memoria de fijación, se trata de cambios propios del envejecimiento normal. El sujeto es absolutamente autoválido, no tiene alteraciones suficientes para que pueda considerársele portador de deterioro. Deterioro cognitivo leve: existe un nivel de deterioro en la memoria, pero no suficiente para ser considerado propio de demencia, porque las funciones cognitivas globales se preservan. Demencia o deterioro cognitivo demencial: es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal. Característicamente, ésta alteración cognitiva provoca incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, afecta la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el juicio y el comportamiento. En el grupo de la tercera edad se encuentran diferentes tipos de demencia entre los más comunes como la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia mixta, demencia de la enfermedad de Parkinson, demencia de la depresión (“pseudodemencia”). Los pacientes con depresiones de este tipo abandonan sus quehaceres habituales, tienden a permanecer quietos, buscan estar acostados en su cama, no hablan, no muestran interés por nada de su entorno.

Cartel 13

QUE ES UN GERONTOLOGO

Erick Angeles Preciado.

Área Académica De Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo.

La gerontología proviene del griego GERONTO que significa viejo y LOGOS que significa estudio que se define como el estudio del fenómeno de la vejez bajo diferentes puntos de vista como el biológico, químico, social, filosófico, económico, arquitectónico, entre otras.

Un gerontólogo estudia el proceso de envejecimiento desde un punto de vista biopsicosocial por lo tanto puede realizar su función en ámbitos administrativos, salud a nivel promoción y prevención, educación, trabajo comunitario a través de formulación y coordinación de proyectos integrales para el adulto mayor a nivel de las entidades que tienen población mayor a su cargo.

La gerontología se desarrolla en un campo multi-disciplinario por lo tanto los profesionales de la misma deben estar aptos para realizar estudios y explorar hechos relacionados al envejecimiento, facilitar los procesos de desarrollo humano y social actuando en instituciones de atención al adulto mayor, y planificar, ejecutar y evaluar planes, programas de salud y de acción social, así como orientar y favorecer el

desarrollo humano en distintas instituciones, también deberán dirigir proyectos y programas de atención al adulto mayor

Actualmente, según cifras del INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) la población es de 10.6 millones de adultos mayores y solo se cuenta con 350 geriatras activos lo cual indica que existe un déficit en profesionales especializados a la atención del adulto mayor y se espera que para el 2050 esta población aumente sustancialmente, por lo que es de suma importancia contar con más profesionales que puedan atender a esta población y a si poder cubrir sus necesidades implementando planes y estrategias que mejoren su calidad de vida.

En la actualidad en México existen solo 6 universidad que ofertan la carrera de gerontología, entre ellas se encuentra las Universidades de Campeche, de Veracruz, Del Estado De México, La Universidad Del Valle De Ecatepec, la Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo y la Universidad de Yucatán, siendo esta la primera Universidad que oferto la carrera de gerontología.

Cartel 14

ACTIVIDADES QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL ADULTO MAYOR PARA NO DEPRIMIRSE

Leslie Betzábeth Oliver, Guadalupe Castillo Lozano.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La depresión en el adulto mayor se está convirtiendo en un problema latente de salud pública. Caracterizada por una mayor gravedad, un elevado riesgo de suicidio y dificultades a la hora de identificarla, es una enfermedad que puede ser llevada con tratamientos clínicos. El ser humano pasa por las diferentes etapas de su vida de forma más o menos afortunada según los casos; sin embargo, al llegar a la vejez aparecen toda una serie de aprensiones y miedos, motivados por la progresiva e irremediable pérdida de facultades, tanto físicas como psíquicas, que hacen que esta etapa de la vida sea la más temida por la mayoría de los individuos. Las situaciones psicosocial, física y biológica son los principales determinantes que marcan las características del colectivo adulto mayor. La primera viene marcada por la disminución del soporte sociofamiliar, la pérdida del estatus tanto social como económico y el mayor aislamiento social, esta problemática se ve agrandada por la menor capacidad y los menores recursos que el anciano tiene para adaptarse a estas nuevas circunstancias físicas. La depresión es muy frecuente en el anciano, puede aparecer como procesos independientes o bien pueden relacionarse de diversas formas, incluso etiológicamente. Esta graduación de depresión va desde la presencia de síntomas depresivos aislados, depresión menor o depresión mayor. El síntoma fundamental de este trastorno, es un honor o afecto abatido, con o sin presencia de ansiedad. Suele acompañarse de otros síntomas secundarios y afines a su contexto. La mitad de los enfermos de depresión no consulta su problema con el médico el costo de en términos económico es alto, pero el costo de términos de sufrimiento es incalculable. Ellos causan dolor y sufrimiento no sólo a quienes lo padecen, sino también a sus seres queridos. La depresión severa puede destruir tanto la vida de la persona enferma como la de su familia. Sin embargo, en gran parte, este sufrimiento se puede evitar. Para impedir caer en depresión se recomiendan, como medidas preventivas generales mantener un ritmo de vida regular, sobre todo en la hora de dormir, fomentar la compañía, la comunicación, evitar el estrés, actividades: como Tai-chi, practicar ejercicio, zumba, yoga, actividades recreativas y culturales, la lectura es fundamental, la pintura artística, juegos de mesa, manualidades, danzón; todas estas anteriores ayudan al combate de este padecimiento.

HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA

Gabriela Cornejo Mota. Área académica de Medicina- Gerontología.

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La hipertrofia benigna de próstata (HPB) es el aumento del tamaño de la glándula prostática producido por un aumento relativo de los estrógenos (hormonas femeninas) sobre la testosterona (hormona masculina) que aparece con la edad en los hombres.

La próstata es una glándula que forma parte del sistema reproductor masculino, con forma de avellana. Se ubica por delante del recto y justo por debajo de la vejiga, rodeando a la uretra proximal. La hipertrofia prostática benigna (HPB) ocurre en la zona que rodea a la uretra (zona de transición).

Sus causas se dan en las células de la próstata, poseen receptores sensibles a la testosterona y a los estrógenos, cuando el equilibrio varía por la edad este desequilibrio estimula la producción de factores de crecimiento celular originando el progresivo aumento de tamaño de la glándula.

Algunos de los síntomas son la dificultad para orinar, necesidad de orinar frecuentemente o necesidad de apretar para conseguir vaciar la vejiga.

En personas mayores de 70 años, la obesidad, hipertensión, intolerancia a los hidratos de carbono por resistencia a la insulina y alteraciones en las grasas de la sangre, son factores que aumentan el tamaño de la próstata.

Como en todos los casos los síntomas orientan al diagnóstico, con la sospecha clara se debe realizar un tacto rectal, y un análisis de orina permitirá saber si hay o no una infección urinaria coexistente.

Para su tratamiento se pueden utilizar medicamentos que pueden durar algunos años en reducir el tamaño total de la próstata y se utiliza la cirugía en los casos no controlados de retención de orina, infecciones repetidas de orina por la obstrucción prostática.

Distribuir el consumo de líquidos durante el día, evitar su ingesta dos horas antes de acostarse e intentar no tomar medicamentos de venta libre para el catarro o sinusitis que contengan descongestionantes o antihistamínicos. Estos fármacos pueden incrementar los síntomas del HPB. Así como otras medidas de autocuidado ayudaran a prevenir el crecimiento excesivo de la próstata.

Cartel 16

MENTALIDAD DE UN ADULTO MAYOR

Paz Rubí Islas Ocádiz. Área Académica de Gerontología.

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Según Erickson las “Ocho Etapas de la Vida” es la teoría de la personalidad humana que se desarrolla en una serie de ocho etapas que tienen lugar desde el momento de nacer y continuar a lo largo de la vida completa de un individuo. En esta se caracteriza a la vejez como un período de “Integridad frente a desesperación”, durante el cual una persona se enfoca en reflejar de nuevo en su vida. En México existe esa imagen de una vejez cansada y apesadumbrada. En el rostro de miles de adultos mayores es fácil ver una sublime resignación ante enfermedades y ante la discriminación que presenta la sociedad en México.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. La personalidad se vuelve frágil, vulnerable por los agentes físicos y por el medio social; las resistencias son menos enérgicas y los sentimientos pueden centrarse en el temor. Una de dichas tensiones es una actitud optimista y una actitud conformista.

Las manifestaciones negativas son:

Aislamiento: adopta actitud de ausencia con todo lo que sucede alrededor.

A pegamiento a sus bienes: conserva todo, en la postura permanente de retener-

Refugio en el pasado: al disminuir el proceso fisiológico y ser menor la memoria de fijación y aumentar la de evocación, la vida se llena de recuerdos.

Reducción de sus intereses: la vida le enseñó a ser realista y esto unido a la dificultad de asumir la complejidad de las nuevas opciones posibles.

La capacidad mental del adulto mayor, en las áreas de conducta, razonamiento, juicio y memoria, se deteriora poco a poco con los años; lo que ocurre es que en general se observa una disminución en estas áreas.

Cartel 17

PROBLEMAS PSICOLOGICOS EN LA VEJEZ

Blanca Isela Hernández Salazar. Área Académica de Gerontología.

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Los problemas psicológicos se podrían decir que son como un comportamiento anormal del individuo que se presentan en las personas de 3ra edad y que tienen sus propias características distintas a la otra etapa de la vida en el que también se podría denominar como envejecimiento normal. Una persona se adapta sin problemas a una nueva situación y si no es así se presentan problemas adversos. El anciano descompensado entra en un estado de senilidad.

La senilidad es la degeneración progresiva de las facultades físicas y psíquicas debido a las alteraciones producidas en el paso del tiempo en los tejidos y por esa razón aparecen los principales problemas psicológicos que son los siguientes:

Depresión senil: es un problema que forma parte de la psicosis es el estado mental que pierde el contacto con la realidad. La depresión senil se basa en las lesiones orgánicas, que son reacciones sentimentales tristes. El estado de tristeza o depresión constituye a una estimulación afectiva, el estado depresivo es un causante de reacciones como el suicidio ya que en todo deprimido existe una potencia y existen dos tipos de depresiones el pasajero y el perdurable.

Neurosis: son problemas sensoriales y motores causadas por el sistema nervioso, tiene características especiales que se pueden diferenciar y que también puede ser acompañada por la depresión frecuentemente de algunos componentes ansiosos como somatización o hipocondría. Psicosis y otras alteraciones: es el estado mental que pierde contacto con la realidad que proviene de etapas anterior eso son muy similares a los descritos de la vida actual.

Enfermedad de Alzheimer: es muy frecuente que el anterior y se da más en las mujeres, se manifiesta por el envejecimiento patológico y acelerado por las neuronas cerebrales.

Demencia senil: es el gradual deterioro de las funciones del cuerpo y de la mente, consiste en una

atrofia generalizada, no se conoce las causas de esta enfermedad.

Cartel 18

SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

Jorge Alan Tolentino Marticorena.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La sexualidad es una característica humana compleja que impregna toda la vida de un individuo desde su nacimiento hasta su muerte. Todas las personas tienen sensaciones, actitudes y creencias sexuales; sin embargo, la experiencia sexual de cada persona es exclusiva, ya que se realiza a través de una perspectiva personal. También se puede definir como el conjunto de disposiciones, inclinaciones y prácticas relacionadas con la obtención de placer sexual.

Así que durante la vejez la sexualidad debe ser estudiada dentro del contexto biológico en el que se manifiesta.

Algunos adultos mayores pueden negarse a comentar el tema de la sexualidad o rechazar la ayuda cuando los problemas son evidentes. La incapacidad de aceptar la vejez puede hacer que estas personas envidien a los jóvenes y no sientan más que hostilidad y amargura hacia ellos, que tengan prejuicios frente a otros ancianos y se nieguen a relacionarse con ellos, que rechacen a su compañero que también está envejeciendo y que intentan frenéticamente parecer jóvenes.

Este comportamiento de rechazo también se debe a que alrededor de la sexualidad durante la vejez, giran una cantidad impresionante de mitos y aberraciones que lo único que provocan es una baja autoestima en el adulto mayor, por lo tanto en ocasiones un rechazo entre ellos mismos.

Pero la mayoría de personas ignora cómo puede ser el acto sexual durante la tercera edad y desconoce lo maravilloso que puede llegar a ser este momento y el nivel de placer que pueden llegar a alcanzar los adultos mayores.

Por lo tanto es muy importante e interesante entender y saber un poco más de este tema tan primordial y así entender la sexualidad en esta etapa de la vida y poder entender el comportamiento de los adultos mayores y eliminar esos mitos que giran alrededor de ellos.

Cartel 19

MENOPAUSIA

Hernández Ortiz Luz Silvia.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Es el periodo de la vida de la mujer caracterizado por un conjunto complejo de fenómenos, cuya característica central es la cesación fisiológica menstrual, al cual acompañan otros trastornos. El periodo menopáusico comprende dos fases: premenopausia, que dura de dos a cinco años, (según el organismo de cada persona) y la posmenopausia, que es la fase más prolongada, caracterizada por la aparición de síntomas de intensidad variable. Entre la pre y la posmenopausia está la desaparición de las menstruaciones, que corresponde al cese de la función ovárica y que puede ocurrir entre los 45 y 55 años,

aunque se puede presentar raramente antes o después de estas edades. La primera manifestación de la menopausia es el acortamiento de los ciclos menstruales y posteriormente la desaparición por completo, por que el ovario ya no elabora estrógenos como antes. Esto va a afectar al calcio óseo aumentado la osteoporosis, al metabolismo de lípidos y glúcidos con aumento excesivo de peso. Aparecen una serie de síntomas y signos relacionados con la carencia de estrógeno. La sintomatología se puede clasificar en: Trastornos cronológicos son los referentes a perturbaciones que se presentan en la fecha de la menopausia, independientemente de las molestias mayores o menores propias a ellas. Trastornos clínicos y estos pueden tener tres clases: 1. Los que no dependen directamente de la menopausia, pero se desarrollan a esta edad, por ejemplo las tumoraciones uterinas y mamarias, diabetes. 2. Complicaciones determinadas por la menopausia sobre las afecciones anteriormente existentes por ejemplo la pérdida de equilibrio circulatorio en enfermas con lesiones cardiacas. 3. Síntomas directamente dependientes de la menopausia por ejemplo oleadas de calor, palpitaciones, obesidad, etc.

Algunos trastornos característicos de la menopausia son que la persona se vuelve más vulnerable, sufre cambios de humor, la sensibilidad esta exaltada con cada año que pasa, comienzan los trastornos físicos y psicológicos. La familia, amigos, relaciones sociales multiplican los motivos para las impresiones deprimentes y todo lo empieza a ver de otra forma, es decir negativamente. El reto más grande es superar el psicológico, ya que la mujer se siente deteriorada, deprimida, y comienzan las ideas de que ya no son mujeres para tener una vida sexual activa, entre otras.

Cartel 20

MITOS Y REALIDADES DE LA VEJEZ

Nayeli de la Cruz Cortés.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La noción de la vejez se ha modificado constantemente a lo largo de la historia, desde la antigüedad donde se les respetaba hasta nuestros días donde se le excluye dentro de la sociedad. El mito es una realidad no concreta, esta es transmitida por generaciones y estas rigen el sistema social. Se refleja en los estereotipos de la tercera edad teniendo una imagen negativa en este sector poblacional, al vincular la juventud con la salud, la belleza, la quietud, ganas y fuerza; uniendo a la vejez como el descuido, inactividad, pobreza y enfermedad, como si el hecho de llegar a esa etapa de la vida sea un delito, al contrario se debe ver como una admiración por en las circunstancias en que vive el mundo. Es necesario una preparación en el individuo y en la familia en este ciclo de vida, si no es así se convierten en prisioneros de su propio entorno y no tienen más remedio de cumplir con las reglas que dicta la sociedad. Se puede decir que los prejuicios perjudican al buen envejecer. Llegar a esta edad es una etapa con similitud de la niñez a la adolescencia con excepción a las características. No hay que subestimar a nuestros adultos mayores, siguen teniendo capacidad de aprendizaje, los avances científicos lo han permitido, a veces en sus conversaciones suelen contar la misma historia de alguna manera llega a ser molesto, pero para ellos es una forma de adaptación positiva en su actualidad y forma de reinención, ayuda a tener un buen autoestima. Tampoco es motivo para llegar a ser un invisible ante la sociedad, es la motivación más importante de esta etapa para llevar a la práctica lo aprendido en la juventud, siguen siendo una persona más de la sociedad con derechos, en algunos casos obligaciones, con independencia y autonomía. En conclusión el envejecimiento es una etapa más que experimenta todo ser humano en todas sus dimensiones, necesita un mejor sentido de comprensión, todo ser relacionado con las vejez deben de promover el vinculo del adulto mayor con la sociedad para derribar los mitos y estereotipos de la vejez llevando un nuevo rol de aprendizaje.

EL ROL DEL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA

Dulce Lorena Martínez. Área Académica de Medicina-Gerontología.

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La familia funciona como un sistema formado por un conjunto de unidades interrelacionadas, con estructura y dinámica propias, con reglas y roles establecidos, donde sus integrantes interactúan con propia adaptabilidad y comunicación en factores biológicos, psicológicos y sociales. Este sistema social ha ido evolucionando en las últimas décadas, pero sigue representando el principal soporte del adulto mayor brindando un apoyo psicoafectivo y emocional; al mismo tiempo el anciano actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia, como nexo de unión y reflexión entre generaciones.

Los cambios que sufren los adultos mayores de hoy se refieren a un rol sin rol, es decir donde el adulto mayor ocupa una posición social pero sin obligaciones laborales que le representen un estatus económico y una vida digna. En esta etapa de la vida, el desempeño de roles establecidos como marido, padre, trabajador se cambia por abuelo, viudo, jubilado, etc., y la familia como apoyo informal se convierte en el único sustento y satisfactor de necesidades básicas, físicas, psíquicas y sociales del anciano.

La relación con los hijos y nietos es alta no viéndose diferencias por estatus social, edad, sexo y estilo de vida; asimismo la asignación de tareas en la familia va a disminuir el sentimiento de inutilidad al igual que compartir situaciones estresantes haciendo que estas se relativicen.

Así entre el adulto mayor y su familia se establece una relación de ayuda mutua, basada en las actividades de la vida cotidiana que le permitan seguir sintiéndose útil. Estas relaciones juegan un papel primordial en el anciano y en su bienestar psicológico, ya que les ayuda a mantener la salud y la autoestima y disminuyen el sentimiento de soledad.

Cartel 22

AUTOESTIMA

Modesto Anaya Godínez.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Es llamada amor propio, es la percepción emocional profunda que las personas tienen de sí mismas. Puede expresarse como el amor hacia uno mismo. El término suele confundirse con el narcisismo o el coloquial ego, que referencia en realidad una actitud ostensible que demuestra un individuo acerca de sí mismo ante los demás, y no la verdadera actitud u opinión emocional que este tiene de sí. Es un aspecto básico de la inteligencia emocional.

La percepción emocional puede fácilmente llegar a sobrepasar en sus causas a la racionalización y la lógica del individuo. Por ello, tener una buena autoestima implica ser conscientes de las virtudes y defectos propios autoconcepto así como de lo que los demás realmente dicen de uno heteroconcepto y sienten hacia uno heteroestima, aceptando todo ello en su justa medida, sin amplificarlo ni reducirlo, sabiendo y afirmando que en cualquier caso uno es valioso y digno. Implica, por lo tanto, el respeto hacia uno mismo y consecuentemente hacia los demás. La autoestima es el requisito indispensable para las relaciones interpersonales sanas.

Está relacionada con otras variables psicológicas como son el locus de control y la expectativa de autoeficacia, de forma que un locus de control interno implica, generalmente, una alta autoestima, y viceversa; así como una alta expectativa de autoeficacia para ciertos comportamientos y situaciones suele estar asociada también a una alta autoestima, y viceversa.

Renny Yagosesky, autor de Autoestima en palabras sencillas, considera que la autoestima es una función del organismo y un recurso integral y complejo de autoprotección y desarrollo personal. Es un constructo que trasciende la idea básica de autovaloración, y aunque la incluye, va más allá e incorpora aspectos biopsicosociales, pues las debilidades de autoestima afectan la salud, las relaciones y la productividad, mientras que su robustecimiento potencia en la persona global, es decir, su salud, su adaptabilidad social y sus capacidades productivas.

Autoestima en adultos mayores:

Se refiere al conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos, en relación con lo que el mismo y los demás piensan sobre esa persona. Es la creencia del individuo, de que puede dominar las situaciones y controlar los sucesos.

La imagen corporal son todas aquellas creencias descriptivas y evaluativas acerca, de la propia apariencia, es decir se refiere aspecto físico y corporal, sensaciones gestos y expresiones. Las personas de edades más jóvenes están preocupadas por el aspecto físico no está determinada solo en la función de la edad, sino que tiene influencias ambientales, sociales y culturales.

Cartel 23

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Aldo Erick Hernández Monroy.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Envejecimiento saludable, etapa última que comienza mucho antes de los 65 años. Este solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables y realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades, con esto podemos esperar que nuestra edad adulta y los años posteriores sean especialmente alentadores y productivos. Varios estudios han concluido que para lograr una vida larga y feliz, llamado envejecimiento saludable, es el resultado de las opciones de cada persona en asuntos como la dieta, el ejercicio y los mecanismos adecuados para enfrentar las adversidades. Se han identificado siete factores que parecían predecir un envejecimiento saludable: el consumo moderado de bebidas alcohólicas, no fumar, un matrimonio estable, el ejercicio, el peso adecuado, los mecanismos positivos para lidiar con las dificultades y la ausencia de depresión. El concepto de vejez saludable incluye tres componentes principales: baja probabilidad de padecer enfermedades o invalidez, elevada capacidad funcional física y cognitiva y mantenimiento de una vida activa en la sociedad. La baja probabilidad de enfermar se refiere a la ausencia o bajo nivel de gravedad de los factores de riesgo de padecer una enfermedad. Respecto al elevado nivel funcional, éste incluye los dos componentes, físico y cognitivo, éste último vinculado al aprendizaje y a la memoria de corto plazo. Ambos elementos confieren el potencial necesario para una vida activa en la sociedad. Estos dos puntos resultan, por tanto, básicos, ya que las alteraciones físicas o cognitivas son las responsables de la dependencia y la pérdida de autonomía. La actividad física y cognitiva nos dice lo que la persona puede hacer, pero no lo que realmente hace. La vejez exitosa va más allá de este potencial e incluye la vida activa efectiva. Aunque la implicación activa en la vida diaria toma varias formas, las dos más importantes son, sin duda, las relaciones interpersonales y la actividad productiva. Las relaciones interpersonales engloban los contactos con otras personas, es

decir, intercambio de información, soporte emocional y asistencia directa. Sobre la actividad productiva, su característica definitoria es la creación de valor social, tanto si es remunerada como si no. Por ejemplo, una persona mayor que cuida a un miembro discapacitado de su familia o trabaja como voluntario en una iglesia u hospital está siendo productiva, aunque no sea pagada por su trabajo. Es necesario empezar desde la infancia con esta prevención, que no es otra cosa que hábitos de vida saludable útiles para todas las edades. Si descubrimos maneras de prolongar y mantener nuestra vitalidad física e intelectual por un período tan largo como sea posible, podremos seguir aportando a nuestras familias y a la comunidad, al mismo tiempo que ellos siguen beneficiándose de nuestras experiencias y éxitos. Un envejecimiento saludable y feliz bien puede que no sea cuestión de los astros ni de la suerte, sino de nuestros genes y de nosotros mismos.

Cartel 24

DIABETES MELLITUS EN LA VEJEZ

Ana Elena Hernández Torrijos.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La Diabetes Mellitus en México es la principal causa de muerte, también es la principal enfermedad crónica más frecuente en Adultos Mayores y para el año 2030 se estima que el principal grupo de edad que tenga la enfermedad sea el de 65 años y más. Por ello se pretende dar a conocer la enfermedad para que se tenga una mayor prevención, diagnóstico o en caso de padecer la enfermedad tener mayor control sobre ella.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónico degenerativa que se caracteriza por hiperglucemia, puede provocar muchas complicaciones con el paso de los años, en muchos órganos del cuerpo como ojos, riñones, nervios, corazón, cerebro y extremidades inferiores; y esto lleva a mayor riesgo en Adultos Mayores

Diabetes tipo 1. Se debe a la destrucción progresiva de las células del páncreas que producen la insulina, llamadas células beta. Es la menos frecuente. Suele presentarse en edades tempranas, desde la infancia y la adolescencia.

Diabetes tipo 2. Se origina debido a una producción de insulina escasa, junto con el aprovechamiento insuficiente de dicha sustancia por parte de la célula. Es la más frecuente en México, en la población de Adultos Mayores, se presenta con una frecuencia hasta del 25%.

Las causas de la diabetes mellitus pueden ser por predisposición genética, factor inmunológico (anticuerpos anti-insulina), sedentarismo, obesidad, malos hábitos de alimentación que provocan alteración de los niveles de glucosa, presión arterial y colesterol.

El diagnóstico lo hará el médico pudiendo detectar la enfermedad por medio de los síntomas y signos del padecimiento (sed intensa, orina frecuente y pérdida de peso) y exámenes de sangre y orina. El tratamiento lo hace el médico. Probablemente recetará píldoras, insulina, medicamentos inyectables o una combinación de todos éstos para ayudar a controlar los niveles de glucosa en la sangre. Es muy importante el autocuidado por parte del Adulto Mayor para evitar complicaciones y así contribuir a mejorar su calidad y expectativas de vida.

CUIDADOR ASISTENCIAL DEL ADULTO MAYOR

Olga Lidia Mendoza.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La discapacidad física se ha convertido en un problema de salud frecuente en la tercera edad esto a su vez a generando un grado de dependencia requiriendo apoyo y cuidado para la mejora de su calidad de vida del adulto mayor,

Los cuidadores asistenciales toman vital importancia en el proceso salud enfermedad. Ellos son directamente responsables de la atención del adulto mayor. Estos podrían ser formales (profesionales), informales (familiares).

El cuidar a una persona implica una gran responsabilidad y un duro trabajo, Si bien cuidar al adulto mayor trae muchas satisfacciones, existen sacrificios que podrían llegar a exigir mucha fortaleza de carácter, sobre todo cuando el cuidador tiene que realizar tareas que no siempre resultan agradables Cuando la enfermedad o la dependencia avanzan, y la situación se prolonga, las personas experimentan cambios en su vida, que pueden provocar agotamiento emocional genera un estrés y cansancio tan extremos que se presentan alteraciones a nivel físico, mental y emocional que pueden manifestarse de distintas formas. Convirtiéndose en ocasiones en paciente oculto. Todo este cuadro podría desembocar en conductas de abuso por parte del cuidador, ya que es tanta la presión que tiene sobre sí que no tiene la tolerancia suficiente para poder enfrentar los retos que tiene el cuidar de un adulto mayor, por lo que ante el mínimo problema pierde el control y podría caer en conductas de agresión. Para ello habría que ser muy consciente del proceso al que se va a enfrenta e identificar los grupos y técnicas de apoyo para evitar esta tensión.

Cartel 26

TRATAMIENTO PARA LA DESNUTRICION EN EL ADULTO MAYOR

Talía Rea Reyes.

Área académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Desnutrición a un desequilibrio negativo entre el aporte de uno o más nutrientes al organismo y las necesidades de esos nutrientes, que produce una alteración en la forma o el funcionamiento del organismo. Su frecuencia en la población general no es alta (probablemente no supera el 5%), pero aumenta enormemente en ancianos frágiles u hospitalizados, en los que se puede alcanzar el 50%.

Existen muchas causas o factores de riesgo de desnutrición que hacen obligada la valoración cuidadosa del estado nutricional en los ancianos. Una persona de edad avanzada cuando enferma, suele ingerir una dieta inadecuada, a la vez que sufre una mayor demanda de nutrientes o energética por la enfermedad, lo que puede trastornar el equilibrio nutricional. Casi cualquier enfermedad puede producir un deterioro de la alimentación y pérdida de peso. Las enfermedades más frecuentes que afectan el estado nutricional del paciente son las enfermedades cardíacas, respiratorias y digestivas, la depresión y la diabetes mellitus.

Además de las enfermedades, la propia incapacidad física secundaria a cualquiera de ellas puede dificultar la adquisición de alimentos, su preparación o su ingesta.

Para poder evaluar este problema es preciso reconocerlo. Ante cualquier persona mayor que pierda peso o apetito es fundamental buscar una razón y no atribuir la pérdida solamente a la edad.

El tratamiento fundamental de la desnutrición es el tratamiento de las causas subyacentes encontradas, siempre que sea posible. Si se cura o mejora la enfermedad, se retira una medicina que quite el apetito, se educa sobre la dieta más adecuada o se buscan ayudas para que la persona pueda obtener suficiente comida, la nutrición mejorara.

Cartel 27

MAL DE PARKINSON EN EL ADULTO MAYOR

Ana Estefanía Sánchez Martínez.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso y es una enfermedad progresiva. Afecta al control del movimiento, e incluso al habla y al lenguaje corporal. Este trastorno, por lo general empieza entre los 50 y los 65 años de edad, se caracteriza por una triada de síntomas: temblor, rigidez y acinesia. Suele acompañarse de anomalías en el equilibrio, la postura y la función autonómica. Los signos característicos incluyen lenguaje monótono y lento, escritura pequeña (micrografía) y pérdida de la expresión facial (cara de máscara), con frecuencia sin deterioro de la capacidad mental. Esta enfermedad progresiva es acompañada por pérdida de neuronas pigmentadas (dopaminérgicas) que se asocia con degeneración neuronal en la sustancia negra y, en menor grado, en el globo pálido y el núcleo caudado. La enfermedad afecta aproximadamente a un millón de personas en Estados Unidos, se desconoce la causa de este trastorno degenerativo. La degeneración de las neuronas de la sustancia negra que envía a sus axones al cuerpo estriado, da lugar a una reducción de la liberación del neurotransmisor dopamina dentro del cuerpo estriado. Los síntomas de la enfermedad aparecen cuando falta aproximadamente el 80% de la dopamina. Entonces se afecta la capacidad individual de realizar movimientos controlados. Existen algunos tipos de la enfermedad de Parkinson es los que la causa es desconocida. La enfermedad del Parkinson puede tratarse mediante la elevación del nivel de dopamina cerebral. Hasta el momento no se ha definido ningún factor genético o infeccioso que pudiera estar relacionado con el inicio de la enfermedad. Únicamente se ha comprobado que es más frecuente en personas no fumadoras, aunque sigue sin conocerse el significado de este hallazgo.

Cartel 28

CROMOSOMA 4 “EL SECRETO DE LA LONGEVIDAD HUMANA

Gerardo Barragán.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

El envejecimiento o senescencia, es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas, que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como la respuesta a agentes nocivos externos que inciden sobre el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana, ha sido motivación de preocupación desde hace años. Existen genes

que influyen directa e indirectamente en el proceso fisiológico de envejecer, tal es el caso de los genes que modifican proteínas, por ejemplo el oncogén “N-ras” que causa mutaciones celulares y origina cáncer.

La genética humana ha tenido significativos avances en los últimos años, especialmente en el terreno del envejecimiento, ya que se ha logrado descubrir y aislar un componente genético dentro del cromosoma 4, que modifica totalmente el comportamiento celular, en especial afecta a la mitocondria, responsable de la respiración celular.

Se ha descubierto que en uno de los brazos de este cromosoma, se encuentra el gen específico “CISD2” que científicos expertos en genética de la Universidad de Pekín en China lograron aislar, primeramente en ratones y después en humanos.

Se determinó que este gen específico cuando se desactiva ocasiona que dentro de la mitocondria se generen formas inestables de oxígeno (ROS), lo que comúnmente se conoce como radicales libres, que al interaccionar con los diferentes tipos de células que nos constituyen, las degradan y generan una “cascada apoptótica”, es decir, un suicidio celular masivo.

La acumulación de radicales libres, se ha concluido en diversos estudios que pueden desencadenar múltiples enfermedades, que afectan de manera considerable la salud del individuo.

Los avances tecnológicos, en especial de la genética humana, nos han permitido acceder a lugares nunca antes imaginados por el hombre, donde tal vez se encuentre la clave de la senescencia.

Cartel 29

TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ADULTO MAYOR

Tania Hernández Juárez y Julio Roldan.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

El evidente y progresivo envejecimiento de la población ha llevado a todas las disciplinas sanitarias a plantearse diferentes métodos de abordaje que frenen en la medida de lo posible los cambios y las patologías (casi siempre crónicas e invalidantes) que acompañan al envejecimiento.

Una de estas disciplinas sanitarias es sin duda la Terapia Ocupacional. Una disciplina que en nuestro país lleva varias décadas mejorando la calidad de vida de muchos pacientes de todo tipo de patología. En los últimos años, la principal ubicación de los profesionales de la Terapia Ocupacional se encuentra en el área de la geriatría. La poca promoción y divulgación por parte de los terapeutas, han llevado a que esta disciplina sea, en muchos de los casos, devaluada y falta de reconocimiento. Es cuando nacen los mitos, nacidos del desconocimiento, sobre la terapia ocupacional y todo lo que deriva de ella. Por otro lado, existen una serie de pensamientos dentro de las personas, y por tanto de los terapeutas ocupacionales, que están distorsionados y que no permiten alcanzar un nivel óptimo de satisfacción, en este caso a nivel laboral.

Las actividades y tratamientos que un terapeuta ocupacional pone en marcha en una residencia no están diseñadas de una manera aleatoria o arbitraria, sino que llevan detrás de sí un proceso que si se desarrolla de manera correcta llevará a conseguir el objetivo que se persiga en cada momento y paciente.

Las actividades propuestas a los ancianos de una residencia están debidamente analizadas y diseñadas en función de la situación de cada paciente. La actividad que se usa en Terapia Ocupacional es siempre terapéutica y puede ser diversos tipos: educativa, comunicacional, intelectual, lúdica, etc.

Por otro lado, es muy frecuente en las Residencias de Ancianos asociar el Servicio de Terapia Ocupacional al de Animación Sociocultural. Es un gran error, ya que son disciplinas radicalmente

distintas.

En muchos casos una animación bien planificada y desarrollada es el complemento perfecto a la estimulación que realizan el equipo rehabilitador. Este profesional será el encargado de organizar actividades o eventos que dinamicen socialmente al anciano y fomenten su participación. La Terapia Ocupacional busca fundamentalmente sanar mediante la ocupación. Por tanto, todo lo que esta disciplina propone al paciente es para su aumentar su calidad de vida y su salud.

Cartel 30

ABANDONO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

Magnolia Guadalupe Flores Gaspar.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

El término abandono hace referencia a la renuncia voluntaria, intencional, absoluta y premeditada de los hijos a los padres sin la intención de volver.

El abandono que sufre la tercera edad es una dinámica que se vive a diario, son innumerables las historias que existen sobre el abandono, desplazamiento o el destierro del núcleo familiar. Historias que describen la realidad de miles de adultos mayores.

Es por esto de la elección del tema a describir, la importancia que se le debe atribuir al abandono, situación que todos como personas sufrimos en alguna etapa de nuestras vidas, pero ante la mirada de la sociedad no es mucho lo que se hace para remediar esto.

Una de las razones más comunes es cuando una persona de la tercera edad ha cumplido con su vida laboral útil, persona que no es productiva en términos económicos para un grupo familiar, transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece. Situación que se transforma en causal de rompimiento de interacción humana, relaciones, comunicación y hasta la afectividad, etc. Siendo esta última de gran importancia para el fortalecimiento y crecimiento de una familia.

Cuando el sujeto en cuestión pertenece a un grupo familiar extenso y nadie de los componentes de la familia se quiere preocupar o hacerse cargo del cuidado de este. Viviendo periodos cortos en los hogares de quien le haya tocado el turno de cuidarlo, haciendo sentir que es una carga. Circunstancia que lo lleva a estados de depresión, desequilibrio emocional, rechazo y el estado anímico decae, llevándolo a cuadros depresivos que en muchos casos se desea que llegue al momento de morir para llegar al término de su calvario. Siendo esta etapa de la vida la más dura y triste para una persona que debería disfrutar y descansar con agrado hasta el término de su vida.



COMORBILIDAD

Anthony Iván Armenta Carrasco.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La co-morbilidad es la existencia de múltiples enfermedades en el paciente gerontológico. Los adultos mayores son el sector de la población con el mayor índice de problemas de salud.

La enfermedad aparece a cualquier edad en cualquier persona, no importa la edad o condición social. Pero en el adulto mayor prevalece y evoluciona. Las principales características que se presentan en las personas de la tercera edad y que tienen 60 años o más es la suma de diferentes enfermedades que empiezan a manifestarse en esta etapa de la vida del adulto mayor y esta es por el deterioro de su sistema inmunológico. Con frecuencia prevalecen de dos o más patologías, estos factores dependen de cada persona, como la pérdida de la función motora, la desnutrición y el medio ambiente, entre otras es de suma importancia fomentar los buenos hábitos alimenticios, brindar actividades como físicas y/o artísticas que les ayuden a mantener una calidad de vida saludable y de esta manera fomentar a que mejoren su calidad de vida.

La tercera edad es un grupo de riesgo en el punto de mira de algunas enfermedades y afecciones como las siguientes.

Artritis: es la inflamación de una articulación, caracterizada por dolor, limitación de movimientos.

Alzheimer: La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que constituye la principal causa de demencia en personas mayores de 60 años. Se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales,

Gripe: Se trata de una enfermedad “común” que dura entre 3 y 7 días, pero las personas mayores pueden tener complicaciones que a menudo requieren hospitalización por problemas respiratorios.

Problemas Visuales: Con la edad adulta es muy frecuente que nuestra vista vaya perdiendo facultades. Es por ello que se aconseja a las personas mayores una revisión ocular una vez al año para detectar los problemas visuales más frecuentes y su tratamiento específico

Artrosis: Consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se traduce en dificultades de movilidad y dolor articular con los movimientos.

Cartel 32

DISCRIMINACION EN LA VEJEZ

Mariana Rojo Trejo.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Se hablado en muchos casos de discriminación. Pero ¿qué es?...

Es cuando no aceptamos a la gente tal y como es con sus costumbres, rasgos físicos, ideas, raza o preferencias sexuales. Lamentablemente en la sociedad en la que vivimos vemos esto todos los días, quizás algunos si reconozcan que lo han hecho y algunos otros no.

Por lo tanto existe también la discriminación en el adulto mayor ya sea por parte de la sociedad o de la propia familia. Algunos piensan que las personas adultas ya no pueden realizar ningún tipo de trabajo. La vejez es una etapa de madurez, conocimiento, libertad. Y como jóvenes no vemos que algún día viviremos esa etapa por lo que hay que cuidar a nuestros viejitos y tratarlos con mucho cariño y respeto.

El modelo cultural define a la vejez como el deterioro y a los viejos se les atribuye características negativas: incapaces, inútiles, obsoletos que se les imputan a cada uno de los individuos que presentan signos externos de vejez.

Ello resulta, en una pérdida del status o del prestigio de la posición social que tienen los ancianos en la sociedad y los ancianos la hacen suya pensando que no tienen nada valioso que ofrecer.

La problemática de la tercera edad y su situación de exclusión social se encuentran justo en la intersección de cambios sociales, pues trasciende hacia una serie de realidades, tales como el mercado de trabajo, el sistema de producción, seguridad social, los sistemas de pensiones, las reformas al sistema público de salud, la estructura familiar y el consumo.

La exclusión social de la vejez en la complejidad social contemporánea responde, entre otros factores, al hecho de que los viejos y las viejas se han constituido como sujetos de beneficio que los margina, que no les da un lugar y un rol activo como recurso para el desarrollo y ejercicio de ciudadanía.

Cartel 33

OSTEOPOROSIS EN EL ADULTO MAYOR

Tania Angeles Urbano.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La osteoporosis es una enfermedad que puede presentarse en distintas épocas de la vida, sin embargo las personas de la tercera edad son una población una tanto más vulnerable a este problema. La osteoporosis es una enfermedad que se caracteriza por una disminución de la densidad de los huesos por pérdida del tejido óseo normal. Se presenta en casos de enfermedades endocrinológicas, como la diabetes, el hipertiroidismo o los hipogonadismos, enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoide. Con el paso de los años todas las personas van perdiendo masa ósea, por lo que la osteoporosis es especialmente frecuente a partir de los 70 años. Deben saber que la osteoporosis no produce síntomas, no duele ni causa ninguna alteración en sí misma. Sin embargo, al producirse gran fragilidad en los huesos, aparecen con gran frecuencia fracturas óseas, que son las que condicionan los síntomas en estos enfermos. La osteoporosis del anciano produce típicamente fracturas en los huesos largos, sobre todo en la muñeca, y más aún en el fémur, siendo la responsable de las típicas fracturas de cadera de las personas mayores. No existen alteraciones de los análisis básicos que permitan hacer el diagnóstico. Aun cuando el diagnóstico de certeza se obtiene con el estudio de la biopsia del hueso, en la práctica habitual se utilizan diversas técnicas radiológicas para el diagnóstico, que además son también útiles para valorar la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Las más inespecíficas son las radiografías simples de los huesos afectados, que muestran osteoporosis cuando ésta ya está bastante avanzada. Como medidas generales, es necesario hacer mención de la dieta, rica en calcio y baja en proteínas, la abstención de tóxicos como el tabaco y el alcohol, y el ejercicio físico habitual. Debemos poner atención en ciertos puntos de esta enfermedad ya que las personas de la tercera edad que padezcan esta enfermedad son más frágiles a las demás pero se puede lograr una buena calidad de vida y optimizar sus actividades diarias con ejercicios una dieta rica en calcio y llevando un buen tratamiento médico para su enfermedad.

PROCESO DE DUELO EN EL ADULTO MAYOR

Juleth Elizabeth González Centeno.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Duelo etimológicamente proviene del vocablo duellum, que significa combate, dolos que significa dolor. Podemos definir al duelo como la reacción frente a la pérdida de una persona amada. Cuando perdemos lo que amamos y creemos poseer, sobreviene el dolor de la pérdida o duelo.

Desde que nacemos nos enfrentamos a una serie de pérdidas, las cuales vamos superando, estas implican un crecimiento físico y psicológico. A pesar de que todos los días nos enfrentamos a pérdidas, en la tercera edad es cuando se hace más grande el temor a enfrentarlas. El duelo de perder a un ser amado es muy significativo en la vida del adulto mayor, esto genera gran dolor al saber que ha perdido una fuente importante de amor y cariño, pero también el dolor se siente cuando la persona misma se ve reflejada en esa otra persona que se fue y empieza a sentir de manera más cercana que en cualquier momento llegará su tiempo de despedirse. Algunas veces no se quiere reconocer que el estado físico ya no es el mismo y esto ocasiona enojo, cuando esto pasa la calidad de vida disminuye significativamente.

El duelo presenta cinco etapas que son

1.-negación: aquí es cuando no creemos que exista esa pérdida y el dolor se amortigua con la idea de que no existe dicha pérdida.

2.-Ira: aquí es cuando sentimos ese sentimiento de coraje y todo lo que esté relacionado con la pérdida lo vemos en contra de nosotros y pensamos que tuvimos que haber hecho algo muy malo para que esto nos pasara.

3.-Pacto o negociación: es aquí cuando queremos intercambiar cosas que aun tenemos por lo que ya no existe, este negocio se trata de hacer con Dios.

4.-Depresión: esta es la etapa por la que la mayoría de las personas tarda más tiempo en recuperarse, es una absoluta tristeza ya que aquí nos damos cuenta de que la pérdida como tal existe.

5.-Aceptación: aquí se comienza a sentir cierta paz y lo que nos ayuda a seguir adelante es la esperanza de que hay un mañana en donde siempre sale el sol.

Una persona que logra reconocer y aceptar los cambios que se dan a través de los años tiene mayor capacidad de disfrutar sus triunfos y sus fracasos. Mientras uno encuentre el espacio y las herramientas necesarias para enfrentar los desafíos de cada etapa en la vida se tendrán mayores posibilidades de enriquecerse a sí mismo como persona y compartir lo vivido y lo aprendido con las demás personas.



RAZONES POR LAS CUALES LOS ADULTOS MAYORES PADECEN POLIFARMACIA Y LOS EFECTOS QUE ÉSTA PROVOCA

Gabriela Penguelly Cruz.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La polifarmacia es un padecimiento frecuente en adultos mayores, en el cuál se ingieren diferentes medicamentos simultáneamente y éstos generan reacciones adversas. Los fármacos más usados por esta categoría son antiácidos, laxantes, analgésicos no narcóticos, cardiológicos, para prevención de osteoporosis, antioxidantes, con acción sobre el sistema nervioso, esteroides y vitaminas.

En este grupo de personas es común debido a que padecen de enfermedades numerosas y que las derivaciones del envejecimiento crean vulnerabilidad a los efectos secundarios. Normalmente, los adultos mayores no cuentan con una orientación adecuada para el tratamiento de sus malestares y por ello recurren a medios poco ortodoxos que les generan consecuencias perjudiciales.

Es usual que los ancianos, al no conformarse con el resultado que les da un profesional en medicina, acudan a diferentes tipos de ayuda en busca de otra solución, aunque no siempre sea de alguien capacitado para proporcionar esa información. El problema real se presenta cuando ellos reciben varias indicaciones de diversas personas y precisan seguir las todas; la falta de coordinación en las prescripciones y el nulo conocimiento de los expertos acerca de la múltiple atención pueden provocar que los medicamentos recetados tengan una reacción entre sí que altere de manera nociva la salud del individuo.

Cada fármaco tiene reacciones específicas en el organismo y sus propios efectos secundarios, pero, en general, causan síntomas similares. Algunos de ellos son anorexia, debilidad, vómito, cefalea, retención de líquidos, insuficiencia cardíaca, mala absorción de nutrimentos, alteración del metabolismo y supresión del apetito.

El control de este padecimiento sólo requiere de atención al paciente y conocimiento de sus enfermedades y tratamientos. Evaluación continua, evitar interacciones, dosificar correctamente, identificar el tipo de atención necesaria, colaboración familiar y supervisión son recomendaciones indispensables para evitar el problema de la polifarmacia.

Cartel 36

FACTORES EN LA ALIMENTACION QUE ESTIMULA EL ESTADO ANIMICO CAUSANDO PLACER Y FELICIDAD EN EL ADULTO MAYOR

Brenda Ileana Morales Aguirre.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

En los últimos 20 años se han llevado a cabo estudios acerca del vínculo que existe entre el consumo de determinados alimentos y el estado anímico, así causando reacciones en la química cerebral que originan cambios benéficos en el adulto mayor. Adecuar la temperatura, consistencia, sabor, aroma, una alimentación variada y colorida, hacen posible estimular el apetito en la persona de la tercera edad, ocasionado felicidad y placer.

Un pequeño estímulo entre las comidas, es el chocolate, asociado con la aportación de beneficios en la salud y además del deleite que provoca, pues ayuda a generar endorfinas, que son sustancias del cerebro, dando al cuerpo vitalidad y alegría. O bien, alimentos naturales, como el plátano que tiene un efecto calmante sobre el sistema nervioso y fomenta el pensamiento positivo y un estado de ánimo optimista.

El propósito de este trabajo es analizar bibliográficamente, que tipo de alimentos originan felicidad y placer en los adultos mayores, dando así una contribución en su bienestar.

Cartel 37

COMO MANTENER EN BUEN ESTADO EL TEJIDO MAGRO EN ADULTOS MAYORES SALUDABLES

Jonathan Gerardo Barrera García.

Área académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Desde que se tiene capacidad de ver cómo el cuerpo humano de va desgastando a través de los años, se han planteado numerosos cuestionamientos y teorías acerca de este proceso de deterioro que en las diferentes etapas de la vida la denominamos como vejez. Se dice que representa en términos generales un proceso continuo de declinación de las funciones orgánicas, que muchas veces trae consigo múltiples malestares, siendo algunos de estos la osteoporosis, la artritis o deficiencias en la alimentación, pero no todos los sistemas orgánicos tienen igual comportamiento en su proceso de declinación, así que dependerá de varios factores como la genética del individuo, el entorno familiar, situación económica, creencias religiosas o hasta políticas lo que influenciará en su estado de salud. Es a causa de esto, que esta investigación tiene como fin exponer de manera breve y concisa las diferentes causas, cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que se viven cuando se tiene esa edad.

Este trabajo está dirigido para cualquier persona que esté interesada en saber que sucede con el cuerpo del adulto mayor o anciano, cuyo parámetro general de edad es a partir de los 65 años; y que pueda ampliar sus conocimientos sobre el tema o simplemente vea el otro ángulo de visión que se presenta acerca de cómo llevar una modo de vida más equilibrado y estable a base de la buena alimentación apoyándose en algunas recomendaciones tanto de aspecto nutricio como de actividad física, que es en lo que se concentra casi en su totalidad el trabajo. Se explicará la forma en como mantener el tejido no graso en buen nivel en el organismo y contando con aspectos ya mencionados se puede llevar a cabo una buena manera de vivir.

También se darán a conocer datos de variaciones de composición corporal en el anciano tanto en peso y talla, se verán efectos de alimentos para el tejido magro, y algunos ejemplos de ejercicios sencillos diseñados especialmente para el adulto mayor, todo en torno a los tejidos no grasos como los son el óseo y el muscular.



DEPRESIÓN Y SUICIDIO EN EL ADULTO MAYOR

Grecia Nefthalí Navarrete Álvarez.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Los síntomas depresivos pueden formar una variada gama de manifestaciones que incluyen síntomas psíquicos y corporales. Entre los primeros, se encuentran síntomas afectivos consistentes en una alteración del humor entendido como alteración del estado de ánimo. Es el ánimo depresivo o tristeza vital. Otros síntomas de esta esfera afectan a la pérdida de interés por las cosas, así como; la capacidad para disfrutar. Constituyen el núcleo central de la depresión y se acompañan de una disminución de la vitalidad con alteración de la actividad laboral y social del individuo. En esta esfera pueden existir otros síntomas como ideas de culpa, autorreproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse y/o ideas de suicidio.

Sin embargo, en la depresión existen síntomas corporales o somáticos, entre los más frecuentes están las alteraciones del sueño con insomnio y menos veces hipersomnias; pérdida de peso con falta de apetito; cansancio o falta de energía. Así como gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea, que en ocasiones son predominantes en la depresión del anciano.

En la vejez, concurren una serie de factores que pueden favorecer la aparición de este trastorno. Entre ellos se encuentran:

Pérdida de salud que acontece con la edad. Presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de familiares, amigos y seres queridos en ocasiones acompañadas de reacciones de duelo patológicas. Merma de la capacidad económica, pérdida de roles en el seno de la familia, cambios bruscos con la llegada de la jubilación, Factores biológicos presentes, aunque no suficientes para la depresión, entre ellos se han implicado cambios en la estructura cerebral, se ha postulado que pudieran ser un factor de vulnerabilidad.

A pesar de ello el envejecimiento no es sinónimo de depresión. No se deben confundir el envejecimiento normal con la presencia de una enfermedad por más que en ocasiones estén presentes una mayor introversión, reiteración y presencia del pasado en algunos ancianos. Es decir, ni todos los ancianos están deprimidos ni los síntomas de una depresión cuando aparecen en un anciano, son «normales» para su edad.

Cartel 39

NUTRIENTES ESENCIALES EN EL ADULTO MAYOR SIN PATOLOGÍAS

Erika Venancia Montes Campa.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

El adulto mayor o persona de la tercera edad es un individuo que se encuentra dentro del rango de 60 años en adelante, según la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. Este sector de la población tiene necesidades específicas, tanto medicas como nutricionales. Generalmente se supone que los requerimientos de energía disminuyen con la edad, pero que existen poco o ningún cambio en las necesidades de proteínas y micronutrientes entre la madurez temprana y tardía.

Los nutrimentos requeridos se clasifican en:

- Macronutrimentos: Proteínas, Grasas y Carbohidratos.
- Micronutrimentos: Vitaminas, Oligoelementos y (Agua- electrolitos).

En cuanto a las proteínas, las necesidades nutricionales no disminuyen con la edad, pero se deben considerar los cambios en el metabolismo de la persona, debido a que se disminuye el poder de absorción de éstas. La ingesta recomendada se sitúa en 1 gr por kg/día, (12 – 15% del consumo energético). Las proteínas pueden ser de origen animal o vegetal, pero la carne sigue siendo la fuente importante de proteínas y las personas de edad avanzada deben mantener su consumo. Los lípidos o grasas, es preciso recomendar a este sector de la población el consumo de aceites y grasas en abundancia y variedad, y preconizar un consumo regular de carne, pescado, huevos y víscera. El consumo lipídico total o teórico es de 1 gr por kg/día, constituyendo el 30% de la ingesta energética total. Las necesidades de los Hidratos de Carbono son de unos 4 g/kg/día y representa el 55% de la ingesta energética total. Siendo indispensable para el funcionamiento de los músculos y el cerebro.

Los oligoelementos se encuentran en pequeñas cantidades en el organismo, pero su función es esencial. Intervienen en la elaboración de ciertos tejidos, en la síntesis de hormonas y en múltiples sistemas enzimáticos, estos oligoelementos son: hierro, cinc, selenio, cobre.

Las vitaminas son sustancias indispensables para la vida; el organismo no las puede fabricar por sí mismo por lo que debe tomarlas de la alimentación. Las necesidades del anciano con buena salud son parecidas a las del adulto.

Cartel 40

RECOMENDACIONES PARA MANTENER UNA LA SALUD ÓSEA EN EL ADULTO MAYOR CON OSTEOPOROSIS

Gustavo Adán Maruri Vázquez.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Los hábitos que posee el adulto mayor se ven reflejados en su calidad de vida, la cual se ve deficiente hoy en día, un ejemplo claro de las consecuencias que esto conlleva, es la degradación constante del cuerpo del anciano, como lo es el caso de la Osteoporosis. La Osteoporosis es un trastorno en la que la cantidad de calcio en los huesos se reduce, haciéndolos a estos porosos, débiles y frágiles ante cualquier actividad, afectando generalmente al sexo femenino.

Las causas de esta enfermedad se deben principalmente a una alimentación baja en nutrientes, el más importante es el calcio, el cual tiene como principal función el de servir de estructura para la formación de huesos y dientes los cuales cumplen con funciones sumamente importantes como lo es la alimentación. No podemos ingerir un alimento si no tenemos la dentadura en buenas condiciones lo cual permite al adulto mayor consumir alimentos que le sean organolépticos, otras causas por las cuales se puede generar la patología son desde un punto de vista económico, psicológico y fisiológicos como base principal, debido al desgaste natural del cuerpo y la capacidad de realizar sus funciones.

Las recomendaciones para mantener una salud ósea es el ingerir suficiente calcio, vitamina D, llevar una actividad física regular como hacer caminatas, ejercicios de resistencia. El calcio es necesario también para la transmisión normal de los nervios, contracción muscular, mantener una presión arterial saludable y coagulación de la sangre, podemos observar que la deficiencia del mismo desencadena otra serie de enfermedades. La salud ósea se puede calcular mediante la absorción de energía dual de rayos x, herramienta considerada la más precisa, entre otras. Aunque no existe una cura para la osteoporosis si lo

hay en tratamientos que reducen o incluso invierten la pérdida ósea, como medicamentos antiresortivos adecuados al paciente, los más seguros y aprobados son el alendronato, risedronato, raloxifeno, y calcitonina, estos previamente recetados al paciente.

Cartel 41

CONSUMO IDEAL DE FIBRA EN LA DIETA DEL ADULTO MAYOR

Alina Guadalupe Cornejo Hernández.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La fibra es un hidrato de carbono complejo, el cual el intestino humano no tiene enzimas con las cuales logre absorberlo. Por ello, su ingesta no representa un aporte calórico. En la etapa adulta tardía, debe tenerse especial cuidado en tener una dieta balanceada y atractiva que aporte una nutrición equilibrada y saludable. Cuando los adultos mayores incorporan dietas saludables pueden controlar o disminuir muchos de los cambios asociados al proceso de envejecimiento, asegurando de este modo, que muchos de ellos puedan seguir disfrutando de una buena calidad de vida, que les permita compartir activamente dentro de la familia y de la comunidad. Los hábitos alimenticios de un adulto mayor se pueden ver afectados por factores como vivir solo, el consumo de dietas monótonas o el ingerir alimentos únicamente una o dos veces durante todo el día.

En este trabajo de investigación se realiza un análisis bibliográfico sobre los beneficios del consumo ideal de fibra, tales como, el control de los niveles de glucemia, la prevención del cáncer de colon, disminución de la presión arterial, impide la formación de cálculos biliares, disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular y retarda la absorción de los glúcidos y lípidos, de ahí que se recomiende su consumo a pacientes diabéticos.

Las fuentes de fibra que se pueden incluir en la dieta son las frutas, verduras, leguminosas y cereales de grano entero.

Algunos consejos para aumentar la cantidad de fibra en la alimentación: consumir los vegetales y frutas con cáscara, comer frutas frescas en lugar de jugos de frutas, elegir pan, galletas y arroz integral.

La recomendación de consumo de fibra en la dieta del adulto mayor es de 18 a 24 gramos diariamente.

Cartel 42

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES EN ADULTOS MAYORES, COMO CONSECUENCIA DE UNA MALA ALIMENTACIÓN

Nidia Sarai Martínez Tapia.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

A medida que la gente envejece, los cambios fisiológicos, psicosociales y económicos que se presentan afectan la nutrición.

Las funciones del cuerpo se hacen más lentas con la edad, y la capacidad del cuerpo para reemplazar

las células se reduce.

En la vida adulta es frecuente una disminución en el consumo de alimentos; en consecuencia, no se alcanzan a cubrir las cantidades mínimas recomendables de nutrientes.

Si los hábitos alimenticios establecidos por la persona mayor son deficientes, es indudable que llevan varios años así. Estos hábitos no son fáciles de cambiar. Los malos hábitos alimenticios que empezaron a una edad avanzada también pueden representar problemas.

Las enfermedades más frecuentes dentro de las personas de la tercera edad con malos hábitos alimenticios son:

- Cardiopatías
- Cáncer
- Enfermedad cerebro vascular
- Enfermedad respiratoria baja crónica
- Influenza y neumonía
- Osteoporosis
- Diabetes tipo dos
- Obesidad

Por esos es importante vigilar la dieta de un adulto mayor, para prevenir cualquiera de estas patologías, que no le permitan tener una buena calidad de vida.

Cartel 43

IMPORTANCIA DEL CALCIO EN EL ADULTO MAYOR

Alma Hernández García.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado De Hidalgo.

El calcio es el mineral más abundante en el organismo y básicamente todos los procesos orgánicos requieren de este metal. El calcio corporal total, se aproxima a los 1200 gramos, lo que es equivalente a decir 1,5 a 2% de nuestro peso corporal. De esto, casi un 99% se concentran en los huesos y dientes el 1% restante se distribuye en el torrente sanguíneo, los líquidos intersticiales y las células musculares. A pesar de que esta segunda fracción es muy pequeña tiene una enorme influencia funcional ya que interviene en un gran número de transformaciones y mecanismos como son la coagulación de la sangre, la contracción muscular, la actividad enzimática, la transmisión de impulsos nervioso etc.

La junta de alimentación y nutrición determinaron la cantidad de calcio que el adulto mayor requiere dando como resultado; hombres y mujeres 1200 miligramos por día.

Por lo tanto es importante el aporte adecuado en el adulto mayor por que ayudara a la prevención, control y obtención de un estado saludable ya que provee rigidez, da fortaleza a huesos, dientes, encías, ayuda en la regularidad de la frecuencia cardiaca, y en la transmisión de impulsos nerviosos, previene enfermedades cardiovasculares, ya que disminuye los niveles de colesterol en sangre, previene los calambres en la musculatura corporal, debido a que el músculo utiliza el calcio para realizar sus movimientos y contracciones, es fundamental para que la sangre coagule adecuadamente, es preventivo ante enfermedades como el cáncer, contribuye a reducir la tensión arterial en personas con hipertensión arterial, previene la osteoporosis (pérdida de masa ósea), es activador de diferentes enzimas, mantiene la permeabilidad de las

membranas celulares, es un coadyuvante de la actividad neuro-muscular y mantiene la piel sana.

Los alimentos ricos en calcio que son absorbidos más rápido son los que no contienen oxalatos ni fitatos ya que estos forman con el calcio sales insolubles y esto no permite una absorción segura. Algunos ejemplos de los más absorbidos; leche, yogurt, quesos, col rizada, berros, y soya.

Cartel 44

HABITOS PARA ENVEJECER CON UNA BUENA SALUD, DIA A DIA DISMINUYENDO PATOLOGIAS

Debbie López García.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Una calidad de vida buena se basa en la alimentación, la población que padece problemas de hipertensión arterial, diabetes o anemia entre otras enfermedades, tener una buena alimentación mejora considerablemente su calidad de vida.

Nuestra esperanza de vida es cada vez mayor. Pero no sólo se trata de añadir años a la vida, sino de sumar calidad de vida a esos años. Una dieta completa y equilibrada, la práctica regular de ejercicio físico y fomentar las actividades sociales son las claves fundamentales para envejecer con salud.

El desarrollo de este tema es con la finalidad que las personas de la tercera edad, día a día vivan saludablemente previniendo las patologías que pueden llegar a padecer con una buena alimentación, entre las cuales las más comunes son:

Malnutrición: En este problema ellos pueden deshidratarse y presentar problemas de anemia.

Depresión: Esta también es muy frecuente en los ancianos, ya que al llegar a una etapa de vida mayor, donde ellos sienten que ya no le sirven a nadie y que simplemente son un estorbo, a los ancianos ya no se les apetece la comida, o también es importante mencionar que algunos no comen porque ya no tienen de donde solventar esos gastos.

Presión arterial: La presión arterial no presenta síntomas, pero cuando los presenta ya es muy tarde, esta solo se controla con buenos hábitos de salud.

Osteoporosis: Esta disminuye lo que son los minerales que el hueso necesita, volviéndolos quebradizos y propensos a fracturas.

Ya teniendo una dieta equilibrada, cocinar no será tan difícil, al contrario este nos traerá muchos beneficios, como al momento de comprar los ingredientes estamos manejando un buen ejercicio mental, también la cocción de los alimentos es recordar los tiempos que manejaremos, son ejercicios muy buenos que mantienen nuestra mente activa día con día.



TERCERA EDAD Y SUS DERECHOS HUMANOS

Lizbeth Sauza Vázquez.

Área Académica de Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos fué aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre 1948, cuenta con un preámbulo y 30 artículos que establecen una amplia gama de derechos humanos y libertades fundamentales a los cuales todos los hombres y mujeres tienen derecho, independientemente del lugar donde vivan y sin distinción de ningún tipo.

Los derechos humanos son aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. Independientemente de factores particulares como el estatus, sexo, orientación sexual, etnia o nacionalidad; y son independientes o no dependen exclusivamente del ordenamiento jurídico vigente.

Sería ideal que todos los pueblos y naciones se esforzaran para promover mediante la enseñanza y la educación el respeto a los derechos y libertades de cada individuo, y de manera progresiva reconocerla a nivel nacional e internacional.

En especial se hace muy evidente que las condiciones físicas y sociales en las que viven las personas más vulnerables como los adultos mayores pueden favorecer o perjudicar la calidad de vida y el bienestar integral de las personas, ya que no existen políticas destinadas a proteger el derecho de las personas adultas mayores, ya que la vejez es una etapa de pérdidas pero también de plenitud dependiendo de la combinación de los recursos y estructura de oportunidades, esto constituye un tema urgente de tener en cuenta que realmente sea de carácter universal.

Cartel 46

ENFERMEDAD DE GOTA EN EL ADULTO MAYOR

Nadia Cruz López

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La enfermedad de gota se presenta debido al exceso de ácido úrico en la sangre, el cuerpo reacciona ante este problema depositando los excedentes en articulaciones, lo que forma cúmulos sumamente dolorosos.

La gota es más común de lo que se cree, siendo el tipo de artritis más frecuente en adultos mayores. Ataca principalmente a hombres, y su mayor prevalencia ocurre en las personas mayores de 60 años.

Generalmente no se sabe sobre ella, por lo que no se llevan a cabo las medidas preventivas necesarias para evitarla; desconociendo que una de las principales causas del padecimiento de la gota es la alimentación.

La población en general, desconoce la gran problemática que está causando esta enfermedad en la actualidad, al igual que los síntomas que se presentan al padecerla y la forma de prevenirla con una adecuada alimentación; así como también proporcionar una dieta especial para personas que presentan

dicha enfermedad. Motivo por el cual es necesaria una mayor difusión sobre la enfermedad de la gota.

En la mayoría de los casos, los adultos mayores dependen de la ayuda proporcionada por sus familiares o por otro tipo de personas para sus cuidados. Es a ellas a quienes va dirigida esta exposición para brindarles mayor información y conocimientos sobre esta enfermedad con el fin de prevenirla en quienes no la tienen, y tratarla en forma óptima con una alimentación adecuada en quienes ya la padecen; evitando síntomas dolorosos y experiencias difíciles, proporcionándoles una vida más tranquila.

El reconocimiento temprano de esta enfermedad es primordial ya que es un tipo de artritis controlable y algunas veces reversible. Las características de un adulto mayor como la polifarmacia, hacen que se busque en el tratamiento una solución más natural y menos dañina.

Cartel 47

TIPOS DE CANCERES QUE PUEDEN DISMINUIR SU INCIDENCIA MEJORANDO LA ALIMENTACION DEL PACIENTE

Elia Lizeth Chapa González

Área académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Cáncer es el nombre de un grupo de enfermedades que son el resultado del crecimiento incontrolado de células anormales. Es una progresión compleja a través de varias etapas: activación, inicio (lesión o daño por un carcinógeno), promoción (el DNA dañado se divide durante el periodo, potencialmente a lo largo de 10 a 30 años), progresión (crecimiento y diseminación) y posible remisión (tratamiento exitoso o reversión), estas son las fases que lleva una célula normal a una cancerosa.

El desarrollo del cáncer está relacionado con la edad pero no es dependiente de ella; el desarrollo no es consistente ni lineal. Para los pacientes, el tratamiento presenta un reto farmacológico y nutricional. La dieta puede reenfocar el papel de la genética en el desarrollo del cáncer. Aunque los patrones dietéticos hacen el mayor impacto cuando se empieza tempranamente en la vida. La ingesta de verduras, frutas y antioxidantes está relacionada con reducciones en el inicio y progresión del cáncer. Los principales tipos de cáncer que pueden disminuir mejorando la calidad de la dieta son: cáncer oral, esofágico, gástrico, coló-rectal, pulmonar, de mama, de próstata, a esta dieta se le puede agregar el consumo de fibra, ácidos graso omega 3 y soya.

Cartel 48

NUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Alejandra González Amador.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Nutrición: es el conjunto de procesos armónicos y coordinados por los cuales el ser vivo utiliza, transforma, incorpora y excreta en una serie de sustancias que recibe del mundo exterior a través de los alimentos. Está condicionado por los factores sociales, culturales, económicos y biológicos. Es el mecanismo mediante el cual el organismo incorpora los elementos necesarios para su óptimo funcionamiento, tales como crecimiento, desarrollo, mantenimiento, reparación, etc. El conocimiento

científico de la nutrición permite actualmente definir de forma aceptable el número y la cantidad de sustancias que son indispensables para las personas y con esto mantener un estado nutritivo adecuado.

A medida que las personas envejecen, necesitan dar atención especial a los alimentos que consumen. Debido a los cambios que ocurren en el cuerpo y a la reducción de actividad física, las personas mayores necesitan cambio de calorías.

Una dieta bien definida balanceada proporciona vitaminas, minerales, calorías y otros nutrientes de una variedad de alimentos de acuerdo a al requerimiento que necesite en particular cada persona.

A lo largo de la vida ocurren cambios fisiológicos, psicosociales y económicos que afectan la nutrición.

La alimentación después de los 60 años será adecuada a la disminución general de las funciones. La falta de dientes naturales obliga al uso de alimentos blandos o subdivididos.

La buena nutrición en el adulto mayor es de gran importancia ya que de esto depende su bienestar y su salud.

Cartel 49

LA BUENA ALIMENTACION: FUENTE DE UNA BUENA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

Vianey Paredes Islas.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La calidad de vida es el ajuste entre las características objetivas de calidad ambiental y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo como las percibe el mismo y el grupo social al que pertenece.

Está compuesta por elementos objetivos (recursos económicos, hábitat adecuado, servicios de salud) y subjetivos (satisfacción individual, etc).

A medida que han pasado los años hemos vivido ciertos cambios en la población, que han ido disminuyendo los nacimientos y aumentando las expectativas de vida de la población, es por esto que cada día existe mayor población adulta. El adulto mayor o senescente va experimentando cambios biológicos, físicos y mentales, esto hace que sea un grupo de alto riesgo nutricional, por lo cual es necesario un cambio en su alimentación para que logren una mejor calidad de vida.

El mejoramiento nutricional es un factor que participa en el aumento de la esperanza de vida. La alimentación en el adulto mayor es tan importante como en las demás etapas de la vida.



IMPORTANCIA DE ALIMENTOS FUNCIONALES EN LA DIETA DE LOS ADULTOS MAYORES

Yessica Ibarra Hernández.

Área académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Los alimentos funcionales son aquellos alimentos a los que se les ha añadido alguna sustancia, para que resulten beneficiosos para la salud además de nutrirnos. Los alimentos funcionales han sido definidos como una nueva gama de alimentos procesados que contienen compuestos biológicamente activos y que al ser incluidos en las dietas alimentarias del ser humano, ofrecen beneficios para la salud o efectos fisiológicos deseables, más allá de los proporcionados por la nutrición básica. Representan por lo tanto un verdadero avance científico en el campo de la Ciencia y Tecnología de los Alimentos. El mercado mundial de alimentos funcionales está en crecimiento. El aumento de la esperanza de vida, que tiene como consecuencia el incremento de la población anciana y el deseo de gozar de una mejor calidad de vida, así como el aumento de los costes sanitarios, han potenciado que los gobiernos, los investigadores, los profesionales de la salud y la industria alimenticia busquen la manera de controlar estos cambios de forma más eficaz. Ya existen una gran variedad de alimentos a disposición del consumidor, pero en estos momentos la prioridad es identificar qué alimentos funcionales pueden mejorar la salud y el bienestar y reducir el riesgo o retrasar la aparición de importantes enfermedades, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la osteoporosis. Si los alimentos funcionales se combinan con un estilo de vida sano, pueden contribuir de forma positiva a mejorar la salud y el bienestar. Curar o prevenir enfermedades mediante la alimentación es una posibilidad particularmente atractiva porque se basa en recursos que, en comparación con los fármacos y otras estrategias terapéuticas, son más abundantes y disponibles, menos costosos, altamente sostenibles, y resultan familiares para todos y su manejo es, en principio menos riesgoso. Es de especial relevancia para la industria nacional conocer la actitud del consumidor frente a los alimentos funcionales y cuál es su comportamiento ante la oferta.

Cartel 51

ACTIVIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR

Carmen Candelaria González Flores.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La actividad física se entiende como “el movimiento del cuerpo”. Sin embargo, se debe superar tal idea para comprender que la actividad física es el movimiento humano intencional que busca el objetivo de desarrollar su naturaleza y potencialidades no sólo físicas, sino psicológicas y sociales en un contexto determinado.

La realización de actividad física ayuda para tener un buen condicionamiento físico y esto contribuye a tener mejor salud. La práctica de actividad física regular es una de las prioridades en salud pública como forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas. La actividad física en los adultos mayores tiene varias ventajas, por el hecho de tener hábitos de vida que contribuyan al bienestar de la persona, mejorar su calidad de vida y su interacción social. Se recomienda que los adultos realicen 30 minutos de actividad física de intensidad moderada casi todos los días de la semana.

Un programa de ejercicios puede producir la involución cardiovascular previniendo la arteriosclerosis, la involución respiratoria y la endocrina. Facilita la actividad articular y previene la osteoporosis y fracturas óseas. Se incrementa la absorción de calcio y potasio, reduce niveles plasmáticos de colesterol y triglicéridos, mejora el aspecto estético, la calidad y el disfrute de la vida.

Un aspecto fundamental del programa de ejercicio es el fortalecimiento de la musculatura buscando aumentar la masa muscular y la fuerza muscular; evitando así una de las principales causas de incapacidad y de caídas. El entrenamiento de la fuerza muscular está asociado positivamente con una alta densidad mineral ósea en ancianos ayudar al anciano frágil a preservar la masa ósea, aumentar masa y fuerza muscular, la agilidad y el equilibrio variables fundamentales para la manutención de la capacidad funcional del anciano.

Los principales efectos del ejercicio y la actividad física en la tercera edad pueden ser resumidos en: Mejora de la velocidad de andar, mejora del equilibrio, aumento del nivel de actividad física espontánea, mejora de la auto-eficacia, contribución en la manutención y/o aumento de la densidad ósea, ayuda en el control de Diabetes, Artritis, Enfermedades cardiovasculares, mejora de la ingestión dietética, disminución de la depresión, fortalece los músculos de las piernas y columna, mejora los reflejos, mejora la sinergia motora de las reacciones posturales, mejora la velocidad de andar, incrementa la flexibilidad, mantiene el peso corporal, mejora la movilidad articular, disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Cartel 52

ACTIVIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR SIN PATOLOGIAS

Juan José Chilino Suárez.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Actividad: Conjunto de fenómenos que manifiestan vida, movimiento o funcionamiento.

Actividad Física: La actividad física es cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal.

En este trabajo conoceremos la importancia de que el adulto mayor realice algún tipo de actividad física, ofertando distintas opciones para que este en completa armonía y disfrute a si de una vida plena y sana. La única manera de cuidar nuestra salud es con una buena alimentación complementada con actividad física. Así también sabremos que la naturaleza del ser humano es demostrar vida.

Una vida unida al deporte es una vida sana y feliz por consecuencia, todos podremos disfrutar de estos beneficios ya que todos tenemos un cuerpo que cuidar pero es en un adulto mayor donde estas ventajas se hacen enormes.

A la actividad física se le atribuye un gran número de efectos beneficiosos. Está absolutamente demostrado que el ejercicio físico controlado, mejora la calidad de vida, crea hábitos mucho más sanos y disminuye el riesgo de la muerte súbita y de las enfermedades coronarias. En conclusión, ayuda a mantener un estado de salud y bienestar.

EFFECTOS DE LA COMPAÑÍA FAMILIAR PARA LOS ADULTOS MAYORES

Laura Almaraz Moctezuma.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

La familia según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad, y para los adultos mayores es la fuente primaria de apoyo emocional.

Los tipos de relaciones que podemos encontrar en una familia son variados, sin embargo debemos comprender el rol del anciano en la familia actual, la cual está sufriendo cambios sociales, estructurales, económicos entre otros.

Existen muchos tipos de relaciones familiares y de formas de compañía, pero ¿cuál de ellas, es la mejor?

Los efectos que provoca la compañía familiar pueden ser positivos, pero también negativos.

Muchas veces la falta de apoyo familiar hacia los ancianos propicia un sentimiento de abandono, que puede llegar a convertirse en una severa depresión, psicológicamente puede afectar al organismo, ocasionando enfermedades, o empeorando las ya concebidas; pero también el exceso de convivencia, puede provocar en los adultos mayores sentimiento de culpa, el sentir que son una carga para los demás, y que a la larga también conllevaría a un estado de depresión severa.

¿Cómo podemos definir si nuestra relación con los ancianos mayores es perjudicial o benéfica?

Es difícil resolver este cuestionamiento, sin embargo podremos comprender cuales son las señales de que la relación se está volviendo perjudicial, y no constituye un apoyo hacia los ancianos; y así según cada individuo encontrar el punto, donde la relación sea cómoda para ambas partes y brinde beneficios y recompensas para el adulto mayor.

Cartel 54

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ADULTO MAYOR

Iván García Bautista.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

El envejecimiento es una trayectoria biológica, un proceso orgánico de carácter dinámico, universal y mantenido que determina cambios decisivos tanto en la constitución y funcionalismo de nuestro organismo como en nuestro comportamiento y nuestra manera de estar en el mundo.

Puede ser entendido como un proceso que se inicia con el nacimiento y acaba con la muerte y que, en gran medida, está programado genéticamente. Algunos sitúan su inicio no tanto al nacer sino en torno a los treinta años, coincidiendo con el punto de nuestra biología a partir del cual los procesos catabólicos empiezan a dominar sobre los anabólicos.

En términos biológicos se caracteriza sobre todo por una pérdida de los mecanismos de reserva, con el consecuente aumento de la vulnerabilidad ante estímulos cada vez menos potentes. Ello implica mayor

facilidad para claudicar y enfermar, así como un pronóstico peor con menores posibilidades de superar las enfermedades.

Los principales cambios fisiológicos del adulto mayor son: estatura, masa muscular, agua corporal, masa ósea, masa grasa, cambios en la conciencia sensorial (gusto y olfato, masticación y deglución, apetito y sed).

Desafortunadamente, todavía es limitado el conocimiento sobre esos cambios y los mecanismos responsables.

Cartel 55

ARTRITIS REUMATOIDE

Serrano Monzalvo Mayra.

Área académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La artritis reumatoide es una alteración crónica autoinmune caracterizada por la inflamación persistente de la membrana sinovial que afecta habitualmente a las articulaciones periféricas. La progresión de la enfermedad va produciendo una degeneración de los cartílagos y un debilitamiento en los tendones, lo cual produce fuertes dolores y una reducción.

Afecta al individuo a nivel cognitivo, emocional y comportamental, desde el momento que recibe el diagnóstico al igual que las personas que lo rodean. Las reacciones emocionales más persistentes son: depresión, indefensión, desesperanza e ira. Produce una discapacidad que ya no puede mover ninguna parte de su cuerpo, fuertes dolores y deformación, lo cual provoca un gran daño emocional para el enfermo; y para la familia un desgaste. En la actualidad no existe cura, pero sí tratamientos que te ayudan a controlarla. El promedio que viven los portadores de esta enfermedad es muy poco.

Existen varios estudios y se establece que la enfermedad es más frecuente en las mujeres. La existencia de agregación familiar indica su carácter hereditario. Sin embargo la herencia de la artritis reumatoide es poligénica y no sigue un patrón mendeliano, es importante saber si es de manera genética y así radicar en la contribución de mecanismos y posibles aplicaciones a la clínica como marcadores de riesgo, diagnóstico, pronóstico e incluso blanco terapéutico.

Por ello es importante conocer cuáles son las causas; y así desarrollar un patrón para que cada individuo posible, se abstenga y reciba la orientación adecuada; por consiguiente en un futuro no la desarrolle.

Para el paciente gerontológico resulta difícil enfrentar y adaptarse a esta enfermedad, pero varía de acuerdo con la motivación que tanto el cómo su núcleo social le transmitan.



BENEFICIOS DE LA AVENA EN LA DIETA DE UN ADULTO MAYOR

Claudia Arteaga.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

El presente proyecto está orientado a educar y sensibilizar a sus lectores respecto a la importancia que tienen los adultos mayores dentro de nuestra sociedad y por ende la importancia y necesidad de mantenerlos sanos, cuidando la salud alimentaria y justamente se propone para tal fin, incluir dentro de su dieta la Avena, un alimento que pertenece al grupo de cereales cuyas propiedades y nutrientes la hacen uno de los cereales más completos, ya que contiene los niveles de energía, proteínas, fibra, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas y minerales, ideales en su dieta.

Se ha demostrado que la Avena contribuye de manera significativa a prevenir, controlar y combatir las enfermedades más comunes de los adultos mayores como por ejemplo las de tipo cardiovascular, osteoporosis, problemas intestinales, etc.

Además del bajo costo que representa la adquisición de este cereal, la diversidad de formas en que puede ser consumida y su delicioso sabor.

Cartel 57

TROMBOSIS VENOSA

Roxana Aida Herrera Pérez.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La trombosis venosa periférica (TVP) se define como la creación de un coagulo que obstruye una vena; esta puede presentarse en las extremidades inferiores, en la pelvis y en casos más graves, afectar a la vena safena interna y las venas ilíacas. El 98% de las TVP se localizan en las extremidades inferiores y en menor porcentaje se ve en las extremidades superiores. Los síntomas presentados son: dolor e hinchazón de las pantorrillas, calor local, induración del lecho de los músculos sóleo y gemelos, dolor con la palpación y signo positivo de Homans que es (dolor de la pantorrilla al flexionar dorsalmente el pie). La TVP es tratada con anticoagulantes y/o anti-agregantes plaquetarios. Se pueden utilizar fármacos líticos de vía local y sistémica; así mismo los fármacos antiagregantes plaquetarios como: el ácido acetilsalicílico que reduce la mortalidad vascular con una dosis de 120mg el primer día y después 75mg; otro es el dipirimidol que actúa como inhibidor junto con la warfarina para evitar embolia con las prótesis valvulares; se conocen otros fármacos antiagregantes como lo son la ticlopidina y el clopidogrel.

En el adulto existe mayor índice de mortalidad por esta enfermedad y se han realizado estudios para conocer la evolución de esta patología en este grupo de población. El objetivo de este trabajo es hacer una revisión bibliográfica acerca de esta enfermedad en cuanto a desarrollo y tratamiento en los adultos mayores de 65 años.

HIPERTROFLA BENIGNA DE PRÓSTATA

Gabriela Cornejo Mota.

Es el aumento del tamaño de la glándula prostática producido por un aumento relativo de los estrógenos sobre la testosterona que aparece con la edad en los hombres. Es muy común en los hombres a partir de los 60 años. Para su diagnóstico, es frecuente la “biopsia prostática” y el tacto renal, que además puede detectar síntomas de cáncer.

CAUSAS. Las células de la próstata poseen receptores sensibles a la testosterona y a los estrógenos, cuando el equilibrio varía por la edad este desequilibrio estimula la producción de factores de crecimiento celular originando el progresivo aumento de tamaño de la glándula.

SÍNTOMAS: Dificultad para orinar, chorro urinario de poca fuerza, necesidad de orinar frecuentemente, necesidad de apretar para conseguir vaciar la vejiga

MEDIDAS DE AUTOCUIDADO: Orinar cuando se presenta la necesidad, evitar el alcohol y la cafeína, reducir el estrés, Intentar no tomar medicamentos de venta libre.

En personas mayores de 70 años, la obesidad, hipertensión, intolerancia a los hidratos de carbono por resistencia a la insulina y alteraciones en las grasas de la sangre, son factores que aumentan el tamaño de la próstata. Como en todos los casos los síntomas orientan al diagnóstico, con la sospecha clara se debe realizar un tacto rectal, y un análisis de orina permitirá saber si hay o no una infección urinaria coexistente.

Para su tratamiento se pueden utilizar medicamentos que pueden durar algunos años en reducir el tamaño total de la próstata y se utiliza la cirugía en los casos no controlados de retención de orina, infecciones repetidas de orina por la obstrucción prostática. Distribuir el consumo de líquidos durante el día y evitar su ingesta dos horas antes de acostarse, así como otras medidas de auto cuidado ayudaran a prevenir el crecimiento excesivo de la próstata.

Cartel 59

LA DEPRESION Y SUS FACTORES EN CAMPECHE

M. Espinosa – Morales¹, H. Arian Brito Avilez¹, L. Antonio Salinas Santos², E. de Jesús González Reyes³, N. del Rosario Lara Pool⁴.

**Licenciatura en Gerontología, Universidad Autónoma de Campeche. Facultad de Enfermería.
Universidad Autónoma de Campeche.**

En el estado de Campeche la variaciones para el trato de los ancianos viene con una carga de muchos prejuicios, empezando por los culturales, económicos, social. Los cambios biológicos son los primeros en aparecer cuando se alcanza cierta edad, sus factores son muchos y se conjugan de acuerdo al nivel de vida antes de llegar a la edad longeva aun así la mayoría a lo largo de toda su vida no recibieron ninguna atención medica, a pesar de el constante llamado de conciencia para trato a los ancianos, en los rincones del estado no ve el progreso, en la Colonia el Polvorín, es considerada económicamente con ingresos muy escasos, y con población en su gran mayoría a una escala educativa que apenas y llegan a la secundaria, realmente es muy pobre, todo ello tiene sus antecedentes y su porqué. La cuestión es que de años pasados hasta la actualidad, se detecta que en su mayoría de adultos mayores presentas estados depresivos a causas

de enfermedades crónicas degenerativas y de la propia naturaleza de la vejez, por lo cual resulta interesante saber:

El objetivo de esta investigación es enriquecer el estudio en el estado de Campeche, y aportar parte de ello como acción solidaria a favor de los ancianos que hasta la fecha no se tiene aplicado en estos sectores de la sociedad, además de que su estudio permitirá conocer que es a partir de este momento que se inicia una nueva misión y compromiso a favor de los adultos mayores, con lo que su análisis nos permitirá desarrollar un criterio y un juicio acerca de los problemas y las circunstancias en que ha actuado y actúa la sociedad, a favor de la gente longeva en la Colonia Polvorín Campeche.

Dentro del ámbito biológico para el análisis, fue necesario realizar una revisión detallada en el anciano para poder inferir a un diagnóstico previo de su estado físico, lo que nos permitió deducir su estado depresivo. Para ello se contemplo los estudios del Doctor Krassoievitch implementados en el diagnóstico diferencial de depresión en el anciano.

En cuanto a los aspectos sociales es de mayor importancia establecer comunicación con la familia tanto para obtener como para dar información. Con frecuencia, hay desconocimiento en cuanto a la naturaleza de la depresión como una entidad patológica. Se debe intentar su corrección mediante, paseos y otras tantas alternativas adecuadas y exitosas.

Dentro de lo que marca el proyecto realizado, la depresión en el estado de Campeche se presenta como una de los principales amenazas en la salud de los adultos mayores a la vez, tiende a ser principal causa de cambios patológicos según la autora Rosalía Rodríguez la depresión se puede tratar, “tratamiento farmacológico siendo a si los antidepresivos y el lectroconvulsivo, corrección mediante regaños, paseos y otras tantas alternativas inadecuadas y desde luego exitosas”.

Cartel 60

AUTOESTIMA

Anaya Godínez Modesto, M. Bertha Maribel Pimentel Pérez.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

En Psicología, la autoestima, también denominada *sinamatogria* del latin simato amor propio o auto apreciación, es la percepción emocional profunda que las personas tienen de sí mismas. Puede expresarse como el amor hacia uno mismo.

El término suele confundirse con el narcisismo o el coloquial *ego* (egocentrismo), que referencia en realidad una actitud ostensible que demuestra un individuo acerca de sí mismo ante los demás, y no la verdadera actitud u opinión emocional que este tiene de sí. Es un aspecto básico de la inteligencia emocional.

La percepción emocional puede fácilmente llegar a sobrepasar en sus causas a la racionalización y la lógica del individuo. Por ello, tener una buena autoestima implica ser conscientes de las virtudes y defectos propios (autoconcepto) así como de lo que los demás realmente dicen de uno (heteroconcepto) y sienten hacia uno (heteroestima), aceptando todo ello en su justa medida, sin amplificarlo ni reducirlo, sabiendo y afirmando que en cualquier caso uno es valioso y digno. Implica, por lo tanto, el respeto hacia uno mismo y consecuentemente hacia los demás. La autoestima es el requisito indispensable para las relaciones interpersonales y humanas sanas. El amarse así mismo permite que puedas amar y respetar a los demás.

La autoestima es la idea que tenemos sobre nosotros mismos. Es cuanto usted se valora.

Alta autoestima

- Seguro acerca de quién es y seguridad en sí mismo.
- Capaz de tener intimidad en sus relaciones.
- Capaz de mostrar sus verdaderos sentimientos.
- Capaz de reconocer sus propios logros.
- Habilidad de perdonarse y perdonar a los demás.
- Personas que le dan la bienvenida a los cambios. Autoestima baja
- Inseguridad acerca de quién es usted y falta de confianza en usted mismo.
- Problemas de intimidad en relaciones.
- Esconder los verdaderos sentimientos.
- Inhabilidad de premiarse a usted mismo por los logros.
- Inhabilidad de perdonarse a usted mismo y a los demás.
- Miedo al cambio
- ¡TU ELIGES DONDE QUIERES ESTAR!

Cartel 61

PATOLOGIAS URBANAS. UN ENFOQUE DE LA VEJEZ

Hernández Hernández G, Rodríguez Ibarra Francisco J¹, Percastegui Castillo Ana L.A,
Cariño Cortés Raquel.

Área Académica de Gerontología. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado
de Hidalgo.

La salud para el hombre indígena es armonía consigo mismo, con el medio y con la divinidad¹. La ausencia de salud es sinónimo de violación de tabúes, faltas cometidas o transgresiones de pautas morales o sociales que perjudican a toda la comunidad. El curador, es la persona encargada de velar por la salud física y psíquica de los pobladores de estas remotas regiones, donde en general los ancianos indígenas llegan al final de sus vidas acompañados y rodeados de afecto y comprensión². Cuando la comunidad aborigen emigra de su lugar de origen a los pueblos o ciudades, se transforman en comunidades periurbanas. Donde se destaca el aumento de la desnutrición en toda la población, con mayor impacto en los niños y en los ancianos. Los ancianos presentan síndromes depresivos y aparecen enfermedades mentales en la población joven y adulta, con secuelas difíciles de superar en el tercer decenio que requieren asesoramiento gerontológico profesional. Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo presentar las causas de las “patologías urbanas” del adulto mayor, con la finalidad de analizar la conveniencia de los cambios para un estilo de vida “urbano” saludable.

LA GERONTOLOGÍA PREVENTIVA, UNA VACUNA EMERGENTE PARA LA SOCIEDAD MEXICANA

Labra Cruz Laura E¹, Islas Cruz Esther L., López Hernández Esteban G., Monzalvo Robles Y., Cariño Cortés Raquel.

Área Académica de Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La gerontología es una ciencia que tiene como objetivo el estudio del proceso de envejecimiento en toda su extensión. En México, se contempla el abordaje de los adultos mayores de 60 años desde un modelo bio-psico-social. Desde este enfoque se pretende convertir la experiencia de envejecer en un proceso de cambio bioquímico, fisiológico y psicológico constante y consciente para el adulto mayor; así como a la búsqueda de cambios debidos a la edad relativos a los roles sociales, intercambio y estructura social.

El proceso de envejecimiento ha sido producido en las distintas regiones del mundo de diversas formas, tanto respecto a la fecha de inicio como en cuanto a la velocidad con que se lleva a cabo¹. En México se calcula que el proceso de envejecimiento acelerado se iniciará en el año 2018 y terminará sólo un cuarto de siglo después, esto es, en el año 2043 los ancianos mexicanos representarán 14%². Dado que nuestro país presentará uno de los crecimientos más acelerados en el mundo, el presente trabajo está enfocado a proponer medidas que permitan consolidar la infraestructura social para la atención de los ancianos, que hoy día es muy deficiente en México. Por lo tanto, el presente trabajo está enfocado a desarrollar propuestas preventivas enfocadas a la salud física, mental y social de los grupos más desfavorecidos de la sociedad; mediante sugerencias para la implementación de políticas de salud y seguridad social, así como de su revalorización dentro de la sociedad ya que las personas mayores también son una fuente de saber y de experiencia que la sociedad mexicana podría aprovechar mejor. La implementación de estos cambios constituye un nuevo desafío para los profesionales de la salud (gerontólogos, psicólogos, nutriólogos, gerontólogos, enfermeras, psiquiatras, etc.); así como para los demás integrantes de la sociedad. De este panorama surge la Gerontología preventiva, donde es fundamental actuar preventivamente en aspectos como la educación sanitaria de la población, factores sociales y ambientales, pesquisaje de condiciones geriátricas, inmunizaciones y prevención de accidentes³.

Cartel 63

LA EDUCACIÓN INTEGRAL, BASE PARA UNA BUENA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Carrasco Álvarez Karina R., García López María del C., Ortiz Aguilar Rosa M., Cariño Cortés Raquel.

Área Académica de Gerontología. Universidad autónoma del Estado de Hidalgo.

La Organización Mundial de la salud (OMS) ha definido por consenso a la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones¹. La esperanza de vida de los seres humanos aumentó de manera significativa en el siglo XX, especialmente en las personas de mayor edad. La calidad de vida asociada a la salud biológica, psicológica y a la situación social, no ha tenido la misma mejoría, especialmente en México². La promoción de estilos de vida saludables tiene una

gran oportunidad en el campo Gerontológico, lo cual implica estrategias educativas para la prevención y la recuperación de la salud, lo cual podría reducir la morbilidad y mejorar la esperanza de vida libre de discapacidad. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo consiste en analizar el panorama mundial entre dos variables: nivel educativo integral (bio-psico-social) y calidad de vida del adulto mayor.

Por lo tanto, el envejecer saludable tendrá que ver con la flexibilidad ante los cambios bio-psico sociales, lo que permitirá no aferrarse a una personalidad unívoca, aceptar las transformaciones propias y ajenas, construir proyectos y recrearlos, romper con rutinas rígidas, probar, innovar, realizar actividades nunca antes exploradas, cuestionar y autocuestionarse. Sobre la base de estas características de funcionamiento se logrará realizar la elaboración anticipada y gradual del envejecimiento, pero sobre todo con una base educativa sólida sobre los cambios bio-psico-sociales actuales desde la perspectiva histórica nacional y mundial.

Cartel 64

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Soto Azuara Jesús U, Barrera Aguilar Zoara D, Pérez Ramírez Diego.
Área Académica de Medicina. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La Enfermedad de Alzheimer es un trastorno grave, degenerativo, producido por la pérdida gradual de neuronas cerebrales. Es similar a la demencia senil pero su comienzo es mas temprano. Es la causa más frecuente de demencia en adultos mayores, afecta alrededor del 20% de la población de 70 años. Su causa no es del todo conocida pero se han estudiado algunas hipótesis que lo relacionan con el déficit de la acetilcolina, el acúmulo de amiloide y/o por trastornos metabólicos. Pero en menos de un 10% de los casos, aparece antes de los 60 años de edad como consecuencia de mutaciones autosómicas dominantes, representando, apenas, un 0,01% de todos los casos. Estas mutaciones se han descubierto en tres genes distintos: el gen de la proteína precursora de amiloide (APP) y los genes de las presenilinas 1 y 2.

La forma de aparición de la enfermedad es muy variada, no existe un patrón único y, en ocasiones, puede no notarse nada hasta que la enfermedad ha evolucionado un poco.

Existen dos tipos de mal de Alzheimer: la de aparición temprana: aparece alrededor de los 35-50 años, ya que su proceso es rápido; puede ser hereditaria y ya se han identificado varios genes. Y de aparición tardía: la forma más común de la enfermedad que se desarrolla en personas de 60 años en adelante. Esta forma de la enfermedad puede ser hereditaria en algunas familias, pero el papel de los genes es menos claro.

Los 10 signos de alarma de la enfermedad de Alzheimer son: 1.-Pérdida de memoria que afecta a la capacidad laboral. 2.-Dificultad para llevar a cabo tareas familiares. 3.-Problemas con el lenguaje. 4.-Desorientación en tiempo y lugar. 5.-Juicio pobre o disminuido. 6.-Problemas con el pensamiento abstracto. 7.-Cosas colocadas en lugares erróneos. 8.-Cambios en el humor o en el comportamiento. 9.-Cambios en la personalidad. 10.-Pérdida de iniciativa.

La Asociación del Alzheimer ha establecido los criterios diagnósticos más comúnmente usados, (Criterios NINCDS-ADRDA del Alzheimer.87).Estas pautas categorizan el diagnóstico de Alzheimer en dos: posible o probable. Una vez confirmado el diagnostico, la expectativa promedio de vida de los pacientes es aproximadamente de 7 a 10 años, aunque se conocen casos en los que se llega antes a la etapa terminal, entre 4 y 5 años; también existe el otro extremo, donde pueden sobrevivir hasta 21 años.

La enfermedad pasa por diferentes etapas (Estadio 0: PREDEMENCIA, Estadio 1: DEMENCIA INICIAL, Estadio 2: DEMENCIA MODERADA, Estadio 3: DEMENCIA AVANZADA),

caracterizadas por un progresivo empeoramiento en la sintomatología.

Se ha probado la eficacia de fármacos anticolinesterásicos que tienen una acción inhibitoria de la colinesterasa y se han incorporado nuevos fármacos que intervienen en la regulación de la neurotransmisión glutamérgica, sin embargo la mejoría obtenida con dichos fármacos es discreta, es decir, no se ha conseguido alterar el curso de la demencia subyacente.

Se han realizado estudios globales sobre las diferentes medidas que se pueden tomar para prevenir la aparición de la enfermedad de Alzheimer, pero no parece haber medidas definitivas para prevenir la aparición del Alzheimer.

Cartel 65

TIPS DE ALIMENTACIÓN Y CONSEJOS PARA EL CUIDADO DE LAS PRÓTESIS TOTALES

Escorza Roldán María Guadalupe, Jusúe Esparza Patricia, Islas Ocadiz Iris Sol del Rocío, Quezada Juárez Dulce María, Ramírez Hernández Ana María. Odontología 7^o2.

Estomatología Geriátrica.

Actualmente el número de personas de la tercera edad ha tenido un notable aumento, resultado de una mejor calidad de vida y por ende de una esperanza de vida mayor. La Odontología como especialidad integral no se podía quedar atrás, y ha buscado la manera de anteponer la prevención a la enfermedad por medio de un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno que sin lugar a dudas logrará mantener por más tiempo las piezas dentales dentro de la cavidad bucal.

En este cartel damos a conocer algunas medidas de prevención, tips de alimentación y consejos para el cuidado de las prótesis totales.

Cartel 66

ORIENTACION NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR

Karla Guerra.

Área Académica de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Las experiencias acumuladas en la vida del anciano, han causado una mayor variabilidad en las necesidades de nutrientes y la complejidad de factores que pueden interferir con la satisfacción de los requerimientos de los nutrientes.

Como consecuencia, se debe prestar más atención a las necesidades del anciano en relación a las circunstancias económicas, sociales, físicas y fisiológicas del individuo. Debe tomarse en cuenta cada uno de estos factores si se quiere que sea efectiva la orientación nutricional de los adultos mayores. La dieta recomendada debe adaptarse a las demandas fisiológicas de las restricciones sociales y económicas del individuo.

La nutrición es importante para la salud y la vitalidad en cualquier etapa de la vida. Dentro de los límites de la herencia genética y el ambiente, un buen estado nutricional es la mejor póliza para un

crecimiento óptimo y para llegar a la vida adulta con las máximas necesidades físicas. Con los avances médicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sean vuelto posible una vida más larga para la gente.

Ahora es importante asegurar que los años adicionales se caracterizan por el mayor grado posible de salud y vigor. Por lo tanto en mantenimiento de un buen estado nutricional es un compuesto básico de una vida larga y llena de gozo

Cuando hablamos de la nutrición en el anciano, habremos de señalar en primer término como el aspecto de más importancia, la inadecuada alimentación que predomina en este grupo de la población, por todos los factores bio-psico-sociales que le acompañan y que empezando por señalar la pérdida de la dentadura, los trastornos de la digestión, los del tránsito intestinal como el estreñimiento, hasta las gastritis medicamentosas que limitan indudablemente una adecuada digestión, o bien la influencia de otros males somáticos como el dolor y los psicósomáticos que producen anorexia como la depresión. Otros factores como la soledad en que muchos viven con limitaciones físicas para disponer de alimentos frescos, que cubran además el gusto o la apetencia del día con la frecuencia necesaria los traiga.

Con la limitada o nula convivencia pierden el deseo de preparar alimentos que alarguen el gusto por comer haciendo dietas monótonas y de mala calidad; Bresard en un estudio encontró que los ancianos solteros o despojados de sus seres queridos, que vivían solos, tenían una ingestión calórica de 2,168 Kcal comparada con 2,300 Kcal, para los que vivían dentro de un ambiente familiar. Otro factor que limita específicamente la alimentación, es la pobreza en que la mayoría de ellos se encuentra. Y por último cabe señalar otro factor que es determinante para alcanzar el adecuado equilibrio en la nutrición, que es la actividad física y mental del individuo anciano, donde generalmente predomina en la realidad una gran inactividad.

Cartel 67

NUTRICION RELACIONADO CON EL ALZHEIMER

Karla Angélica Maldonado Zamudio.

Área Académica de la Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La enfermedad de Alzheimer es un proceso de deterioro mental progresivo en el cual se va perdiendo la memoria inmediata y la persona se siente triste, irritable y con un comportamiento a veces infantil. Las posibles causas van desde una tendencia genética a virus, toxinas, falta de oxigenación cerebral, etc.

Cada vez más los especialistas están de acuerdo en que la alimentación es responsable en gran medida de la "eficacia" de nuestro sistema nervioso.

En general, el exceso de hidratos de carbono (demasiado azúcar, dulces, alcohol, alimentos refinados, etc.) y de grasas saturadas tiende a atenuar la actividad cerebral mientras que las proteínas lo activan. Hay que incluir siempre una porción de proteínas en la comida ya que regula los niveles de insulina y así el cerebro recibe la glucosa de una manera uniforme y funciona mucho mejor.

Los frutos secos, las legumbres, el brócoli y frutas como la manzana, la pera y el melocotón son ricos en Boro que es un nutriente muy importante para una actividad cerebral adecuada.

Los antioxidantes son importantísimos ya que ayudan a eliminar los radicales libres. Algunos autores hablan de tomar un gramo de vitamina C tres veces al día (consultarlo con nuestro médico o especialista) El Selenio, Cinc, Carotenos y Flavonoides son muy importantes.

Es vital intentar evitar el colesterol ya que las arterias cerebrales deben estar lo más limpias posibles

para favorecer la oxigenación y nutrición cerebral. Por supuesto hemos de evitar el abuso de café, excitantes, azúcar y alcohol.

Cartel 68

GERONTOLOGÍA VS GERIATRÍA

Sánchez Guzmán José A, Méndez Díaz José A, Cervantes Lango Francisco, Cazares López Liliana, Martínez Lazcano M.

Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

En el contexto gerontológico es común la dificultad para distinguir el ámbito de acción entre los profesionistas gerontólogos y geriatras debido a que la imagen del Gerontólogo en México aún no está consolidada, sin embargo, es bien sabido por la población en general que los geriatras abarcan casi la totalidad de atención al adulto mayor; por lo tanto el siguiente trabajo tiene como objetivo delimitar los campos de acción para establecer las diferencias en la formación profesional de los gerontólogos y los geriatras en nuestro país con la finalidad de difundir los roles que contribuyan a mejorar la calidad de vida del adulto mayor mexicano.

Desde el punto de vista histórico la Gerontología como ciencia fue creada por Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso en el año de 1903, en donde él propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento. En África el estudio de la gerontología comienza en los años 60, teniendo su mejor momento en la década de los 80 dando grandes aportaciones teóricas a la gerontología. Por esto se nombra una Comisión Interdisciplinaria para la elaboración del Plan de Estudios de la Licenciatura en Gerontología. En América del Norte en Estados Unidos de América. La Sociedad Gerontológica Americana fue fundada en 1945 y cuyos orígenes se remontan al club de investigación sobre el envejecimiento creada en 1939.

Tiene grandes aportaciones al desarrollo teórico.

En Europa debido a las necesidades políticas, sociales y económicas derivadas de la transición demográfica.

Se funda en España, “La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología” en 1948.

Debido a que en América Latina y El Caribe surgieron cambios demográficos, en 1950 fue fundada la primera Sociedad de Geriatria y Gerontología en Uruguay. Sin embargo en los posteriores años son fundadas más instituciones en diferentes países de Latinoamérica. En 1951 se fundó en Argentina, en 1957 Venezuela, en 1969 Brasil, en 1990 Chile.

En México los estudios son inclinados con enfoque en el campo biológico, uno de los primeros geriatras fue el Dr. Arturo Lozano Cardoso. Sin embargo en 1992 fue fundada la Unidad de Investigación de Estudios Superiores Zaragoza la cual posee el objetivo constituir un grupo interdisciplinario el cual sea capaz de crear estrategias en el ámbito gerontológico.

El 1993 en la UNAM el consejo estudiantil certifica un plan de estudios el cual inicia determinadamente como una subespecialidad de medicina. Hasta finales de la década de los 70 surge en México específicamente en la Universidad Autónoma de Yucatán esta disciplina, pero fue en 1999 cuando inician los esfuerzos para incorporar a la gerontología en los planes de estudio.

UNA SANA NUTRICIÓN PARA UNA BUENA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

García Chávez Brenda A¹, Martínez Olgún Suluy, Velázquez Rodríguez G.
Área Académica de Medicina-Gerontología. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La nutrición en el ser humano juega un papel importante en el crecimiento, desarrollo y conservación de la salud a lo largo de la vida. La nutrición ejerce una influencia importante en las tres esferas del ser humano. (Unidad biopsicosocial).

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida y genera cambios metabólicos que se conocen poco. Por lo general, los ancianos varían de peso explicable en parte por el descenso progresivo de la tasa metabólica basal a partir de los 25 años, presentan disminución de la masa muscular, aumento del tejido graso y menor proporción de agua, es frecuente la descalcificación de los huesos después de los 50 años, con mayor frecuencia entre las mujeres. Además, su gasto energético disminuye porque suelen ser menos activos de lo que fueron en su juventud, todo ello contribuye a que en general sus necesidades nutricias sean muy variables de un sujeto a otro.

Con frecuencia los ancianos tienen una dieta inadecuada, debido a multitud de alteraciones orgánicas como dificultades para masticar por pérdida de dientes o empleo de dentaduras mal ajustadas, disminución del apetito por atrofia de los sentidos del gusto y el olfato, disminución de las secreciones salival y gástrica, a menudo los fármacos interfieren con el apetito, diversas alteraciones en la digestión como acidez, regurgitaciones, estreñimiento, presencia de diversas enfermedades crónicas que exigen modificaciones en la dieta, haciéndola menos atractiva y tolerable. Puede haber reducción o pérdida del deseo de comer, debido a la soledad en la que se encuentran, el aislamiento e quienes viven en asilos, la invalidez física que impide adquirir o preparar los alimentos, la pobreza derivada de bajos ingresos, bajo nivel educativo y los malos hábitos que los han acompañados toda su vida contribuyen a que se desarrollen problemas de nutrición.

La desnutrición es frecuente en este grupo, derivado de una dieta inadecuada o de los trastornos orgánicos presentes, los cuales impiden que puedan aprovechar los alimentos, complicada muchas veces por factores sociales, económicos y culturales.

Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo establecer las características de la alimentación adecuada para el adulto mayor mexicano (AM) estándar con sus variaciones más comunes para proponer medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida del AM.

Cartel 70

DUELO EN EL ANCIANO

Edgar Jaime Blanco Campero.
Universidad Estatal del Valle de Ecatepec.

Es importante tener en cuenta que en esta etapa del desarrollo las reacciones del duelo serán más sostenidas en el tiempo, esto debido a que el anciano tiene más dificultades para adaptarse a los cambios. La pérdida es el tema predominante en la vida emocional del anciano. Para el

anciano la muerte no solo le pone término a la vida, sino que ahora esta más presente que nunca. El duelo en el anciano es similar al del niño, debido a que en la senectud se produce una vuelta a la dependencia. John Bowlby (1980) plantea que esa actitud de búsqueda o vuelta a la dependencia, se debe a la expresión de la respuesta instintiva a la separación que observamos en la infancia. Este impulso no solo se provoca cuando perdemos a la figura de apego más importante en cualquier etapa de la vida, sino que es específico de los seres humanos. Esto produce una disminución de la capacidad para el duelo. La dependencia que presenta el anciano lo lleva a desarrollar conductas no patológicas y adaptativas a la pérdida. También necesitan un sustituto que les brinde seguridad, ya que la pérdida de la persona querida amenaza esta seguridad. No obstante, en otros casos, no parece haber un intento de búsqueda de sustituto, presentándose conductas autodestructivas, en un aparente intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar signos de dolor por esta pérdida. El anciano en condición de dependencia, parecería estar más preparado para su propia muerte que la del objeto de su dependencia.

VIUDEZ EN LA TERCERA EDAD

La viudez en esta etapa está acompañada de la soledad, entendida como la crisis que se produce por la pérdida de personas queridas. Esta es una de las experiencias más duras a las cuales se ve enfrentado el senescente, el hecho de perder al ser con quien ha compartido una larga etapa de su vida. Es importante el papel que juegan los hijos en esta situación, ya que son ellos quienes deben tratar de aliviar esta soledad.

Durante el primer año de condolencia o duelo, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas, lo que no implica totalmente el hecho de estar desarrollando un cuadro patológico.

Otro punto importante a destacar es el hecho de que debido a que el ciclo de la vida de los hombres es más corto, y estos suelen ser mayores que sus esposas, la situación de viudez es más normal entre las mujeres mayores. Lo cual acarrea una serie de conflictos, no sólo por la muerte del cónyuge sino además por el hecho de tener que enfrentar ahora la vida sola. Si el marido, en este caso, ha sido la principal fuente de sustento ya sea económico, afectivo o de otra índole, su muerte suele implicar cambios en el nivel de vida. Incluso el despertarse adquiere otro significado cuando nos damos cuenta que a nuestro lado ya no hay nadie. Las mujeres viudas aprenden a funcionar en su propia casa sin la presencia de su marido. Ellas además enfrentan numerosos estresores que desafían los recursos adaptativos. También tiene fuertes fluctuaciones en sus recursos financieros. La mayoría de las mujeres siente que la pérdida del esposo es una pérdida de apoyo emocional. Por su parte los hombres viudos, tienden a sufrir de intensa depresión luego de la muerte de sus esposas, lo cual se traduce en la búsqueda rápida de una nueva pareja para casarse. La persona viuda, entonces, debe reconstruir una identidad cuyo elemento esencial pudo haber sido la persona casada durante la mayor parte de su vida adulta. Como plantea el psiquiatra Colin Parkes, "aun cuando las palabras siguen siendo las mismas, cambian de significado. La familia no es lo que era. Ni el hogar, ni el matrimonio."

¿COMO AYUDAR?

El éxito de comenzar una viudez sin traumatismos que se vayan agudizando con el tiempo, depende de la elaboración de un duelo que no tiene que ser necesariamente rápido, pues no se puede forzar, pero que si depende de manera muy significativa de la

Voluntad del deudo para superar la etapa de dolor y del apoyo y acompañamiento de los demás miembros de la familia o de las personas que rodean al viudo (a).

No se trata de prodigarle todo el tiempo palabras de consuelo que pueden tornarse vacías y absurdas, se trata de tener una atención muy cautelosa con él (ella), que se sienta acompañado (a) la mayor parte del tiempo, que no le obliguen a hacer actividades que no quiere hacer, pero que tampoco lo (a) abandonen

al reposo total.

Tratamiento Psicoterapéutico. Como una manera de tratar el proceso de duelo normal desde la terapia se debe fomentar el deporte así como también el establecer una nuevas relaciones y realizar otras actividades ajenas a lo cotidiano. Más específicamente el tratamiento psicoterapéutico debe apuntar a favorecer la revisión de la relación personal con el fallecido, ayudar al paciente a expresar el dolor y la angustia, a reconocer las alteraciones cognitivas, afectivas y de conductas secundarias al duelo, así como también, encontrar una representación intrapsíquica del fallecido para evitar interpretaciones con mucha carga de conflicto. Además debe potenciar los mecanismos de adaptación del paciente, debe permitir la transferencia, y por último, debe facilitar la transmisión de la dependencia del fallecido a otras fuentes de gratificación cuando sea necesario.

Si ahora nos centramos en el tratamiento para enfrentar el dolor de la depresión en el anciano producido por el duelo patológico, el tratamiento farmacológico será administrarle fármacos al anciano en pequeñas dosis que actúan sobre la serotonina y la noradrenalina. Y el tratamiento terapéutico suele ser difícil ya que están constantemente rememorando la pérdida. La familia, un sacerdote o los servicios de una organización pueden ayudar para reestablecer un puente con el mundo exterior. Es importante por esto que el terapeuta mantenga contacto con los familiares para así conocer como afectó la pérdida a nivel familiar y para que estos conozcan la situación del anciano, y así ser un apoyo y una compañía.

ISBN: 978-607-00-3527-2



9 786070 103527 2