

Tomo II

10 Hábitos Efectivos para la salud del Adulto Mayor



Universidad Iberoamericana

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán

Instituto de Geriatria

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores



Primera edición, julio de 2010
ISBN: 978-607-00-3235-6



D.R © Ana Bertha Pérez Lizaur
México, D.F.

Impreso y hecho en México • Printed and made in Mexico



Editores

EDITORA:

· MCS Ana Bertha Pérez Lizaur NC

COORDINADORES:

· Dra. Sara Gloria Aguilar Navarro

· Dr. Pablo Picardi Marassa

10 HÁBITOS EFECTIVOS PARA LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

Tomo II

Indice

5 Presentación

Ana Bertha Pérez Lizaur NC UIA
Dr. Pablo Picardi Marassa UIA

7 Introducción

Promoción de Estilos de Vida Saludables
Dr. Alberto Ávila Funes INCMNSZ

9 *El Adulto Mayor con Diabetes e Hipertensión*

Dr. Clicerio Rodríguez INSP y Nut. Gladys Bilbao UIA

22 *Estreñimiento en el Anciano*

*Dr. Santiago Gallo Reynoso INCMNSZ
MCS Ana Bertha Pérez Lizaur NC UIA*

38 *Jubilación y Proyecto de Vida*

Dr. Pablo Picardi Marassa UIA

50 *Espiritualidad en el Adulto Mayor*

Dr. Alexander Zatyryka Pacheco S.J. UIA

58 *Alternativas de Tención Integral para el Adulto Mayor*

ME Loredana Tavano Colaizzi UIA

74 *Sexualidad en la Vejez*

Dra. Ana Patricia Navarrete Reyes INCMNSZ

86 *El Adulto Mayor con Cataratas y Problemas de la Visión*

Dr. Mariano Montaña Álvarez Instituto de Geriátría

104 *Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor*

Dra. Sara G. Aguilar Navarro INCMNSZ

116 *Transtornos del Sueño en el Adulto Mayor*

Dra. Flor Ávila Femartt Instituto de Geriátría INCMNSZ

126 *Vida Saludable en el adulto Mayor con Cáncer*

Dr. Juan Miguel García Lara INCMNSZ

136 *Estancias de Día, una Alternativa*

Dr. Sergio S. Valdés Rojas INAPAM



PRESENTACIÓN

Los profesionales de la salud que hemos realizado cada uno de los artículos de este libro estamos dedicados con una gran calidad y pasión al trabajo con los adultos mayores, a quienes les brindamos permanentemente todos nuestros conocimientos con mucho afecto, para que puedan atender y cuidar su salud y logren una calidad de vida satisfactoria y llena de logros personales familiares y sociales.

Para tener una vida saludable es necesario que el adulto mayor se responsabilice de la atención y cuidado de su salud física, emocional y espiritual realizando las actividades diarias de autocuidado que pueda hacer para mantenerse activo y saludable. También es importante que de forma periódica acuda a consulta con profesionales de la salud para su atención, control y supervisión de su estado de salud.

Por otra parte es importante reconocer que en esta etapa de la vida se puede necesitar algún tipo de ayuda. A veces a los adultos mayores les puede ser difícil solicitarla o dejarse ayudar por otro adulto o por un familiar, amigo, cuidador o vecino; ya que no se quiere ser una carga para otro, o no se quiere admitir que se tiene alguna limitación o incapacidad porque esto, a veces, hiere el orgullo o amor propio y no es fácil aceptarlo.

Esperamos que este trabajo pueda servirle de guía y orientación a los adultos mayores para mantenerse sanos, activos y puedan desarrollar una vida agradable y placentera.

MCS Ana Bertha Pérez Lizaur NC

Dr. Pablo Picardi Marassa

salud



2010

INTRODUCCIÓN

Promoción de estilos de vida saludables

Cada vez hay más adultos mayores, por lo cual es imperioso disponer de mejores servicios de salud y de mayor información para el autocuidado de la salud.

El vivir más no es igual a vivir mejor. Muchas veces el adulto mayor pasa sus últimos años de vida enfermo, aislado y dependiente, por ello se recomienda hacerse de buenos hábitos y costumbres durante toda la vida para tener una vejez saludable.

Aunque la prevención de las enfermedades es deseable, el adulto mayor puede mejorar su situación al tomar decisiones y adoptar estrategias para mantener su estado de salud o para prevenir o atenuar el impacto negativo de las enfermedades. El objetivo es volver el envejecimiento en una experiencia positiva para que el adulto mayor sea independiente, autónomo y tenga una buena calidad de vida. Para lograr esto es necesario su participación, buscar oportunidades para aprender y educarse en estos temas. Hace un año, el tomo I de los *10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor* comenzó este trabajo. En ese primer tomo se abordaron temas de salud bucal, el uso de medicamentos y la alimentación, con base en las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud y su “Plan de Acción Mundial sobre Envejecimiento”, sin embargo, los espacios para tratar todos los temas son cortos y quedó aun mucho por decir.

Por ello el tomo II, que tiene en sus manos, retoma el tema y ahora destaca los estilos de vida saludables. En estas páginas usted encontrará consejos prácticos y explicaciones sencillas acerca de una serie de preocupaciones que surgen en la vejez. Este libro no sólo está dirigido al adulto mayor, sino también a sus familiares o cuidadores.

Con respecto a la salud física, se aborda el tema de la diabetes e hipertensión, ambas enfermedades muy frecuentes en esta etapa de la vida. También se incluye la discusión acerca de algunos padecimientos comunes del adulto mayor como son el estreñimiento, la incontinencia, los problemas del sueño y de la vista.

Un tema olvidado y que aquí se destaca es el de la importancia de la sexualidad durante la vejez; así como el detectar tempranamente algún tipo de cáncer. Otro aspecto importante que se abordan acerca del bienestar del adulto mayor es la jubilación, los problemas económicos, la familia y la espiritualidad. Muchas instituciones educativas y de salud están interesadas en promover estilos de vida saludable para lograr la satisfacción de los adultos mayores, de sus familias y sus comunidades. Los entusiastas autores que colaboran en esta obra han sido motivados por el respeto y amor que tienen hacia los adultos mayores, pero sobre todo están interesados en que vivan más y mejor.

Dr. J. Alberto Ávila Funes

Jefe de Geriatría

*Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador
Zubirán*

EL ADULTO MAYOR CON DIABETES E HIPERTENSIÓN

Lic. Gladys Bilbao Morcelle NC

Clínica de Nutrición y Coordinadora del Diplomado del Educador en Diabetes en la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Dr. Clicerio González Villalpando

Académico Distinguido de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México



La *diabetes* es una enfermedad metabólica que se caracteriza por glucosa (azúcar) elevada en sangre (hiperglucemia), como resultado de defectos en la acción o en la producción de insulina o de ambos. La insulina es una sustancia (hormona) que produce nuestro cuerpo (en un órgano conocido como páncreas) para ayudar a que las células ingresen glucosa hacia

su interior y así puedan producir energía para vivir. Cuando se padece diabetes, la glucosa queda afuera de las células sin poder entrar y por eso se elevan los niveles de glucosa en la sangre. Los elevados niveles de glucosa en sangre, con el tiempo, causan daño en diferentes órganos, especialmente en los ojos, riñones, corazón y el sistema nervioso, deteriorando con esto la calidad de vida del paciente. Se sabe también que la esperanza de vida se acorta.

A pesar de que el trastorno es serio, para sorpresa de muchos, puede no producir síntomas durante mucho tiempo y cuando los produce con frecuencia son difíciles de identificar.

Los síntomas más característicos de la elevación de la glucosa son: incremento en el deseo de orinar (poliuria), incremento en la sed (polidipsia) e incremento en el apetito (polifagia), todo esto se da porque a las células no les ingresa la glucosa que está en la sangre y no hay suficiente producción de energía.

Los factores de riesgo para desarrollar diabetes son:

- Sobrepeso, obesidad abdominal (en la cintura), familiar cercano (padre, madre, hermano/a) con diabetes, historia de diabetes gestacional o un bebé que nació con más de 4 kilos de peso, presión arterial mayor a 130/80 mmHg (milímetros de mercurio) o haber sido diagnosticado por un médico con hipertensión (presión arterial alta), niveles de grasa en sangre (lípidos) anormales, es decir, colesterol total mayor a 200 mg/dl. (1), hacer relativamente poca actividad física (hacer ejercicio menos de 3 veces a la semana) y ser de origen Latino.

Hay dos tipos de diabetes:

- **La diabetes tipo 1:**

- Ocurre cuando el páncreas no produce nada de insulina.
- Es necesario usar inyecciones de insulina todos los días para poder vivir.
- Sucede con más frecuencia en niños, luego en adolescentes o adultos jóvenes e incluso la hay también en adultos mayores.
- Hasta el 10% de las personas con diabetes, tienen tipo 1.

- **La diabetes tipo 2:**

- Ocurre cuando el páncreas aún produce insulina, pero el cuerpo no la puede usar bien.
- Generalmente el tratamiento es con un plan de alimentación y actividad física, medicamentos orales, y a veces con inyecciones de insulina.
- Puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común en los adultos.
- Del 90 al 95% de las personas con diabetes tienen tipo 2.

Tabla 1. Niveles de glucosa en sangre en ayuno y 2 horas después de consumir los alimentos:

Niveles:	Glucosa en sangre en ayuno	Glucosa 2 horas después de los alimentos
Normal	70-99 mg/dL	70-139 mg/dL
Pre-diabetes	100-125 mg/dL	140-199 mg/dL
Diabetes	126 mg/dL o más	200 mg/dL

La *hipoglucemia* se desarrolla cuando los niveles de glucosa en la sangre son bajos (menos de 70 mg/dl). Las personas con diabetes pueden desarrollar hipoglucemia cuando, comen muy poco, se saltan o retrasan una comida, se inyectan demasiada insulina o toman más cantidad de medicamento oral del que su doctor le recetó, hacen demasiada actividad física o toman bebidas alcohólicas, aunque también puede suceder por una combinación de estos elementos.

Medidas preventivas recomendadas para el adulto mayor que vive con diabetes:

1.- El objetivo principal del manejo de la diabetes en el adulto mayor es desarrollar un estilo de vida sano y con ello obtener un control adecuado de su glucosa sanguínea (monitoreando sus valores con frecuencia), además un nivel óptimo de colesterol y triglicéridos (grasas en la sangre) con lo que se pueda prevenir o retrasar la aparición o el progreso de las complicaciones asociadas con la diabetes.

2.- Prevenir las hiperglucemias y las hipoglucemias adoptando un horario regular para sus alimentos y medicamentos. Se recomienda fraccionar la alimentación de un día en cinco partes.

3.- Diseñar un plan de alimentación que cubra las necesidades de cada individuo para que pueda alcanzar y mantener un peso saludable, se recomienda enseñar al paciente en qué grupo de alimentos se encuentran los hidratos de carbono y cómo hacer el conteo de éstos, de modo que no se exceda de 4 a 5 raciones para cada tiempo de comida principal y 1 o 2 raciones por colación (Tablas 2 y 3) (3).



4.- Evitar el consumo de productos ricos en azúcar como postres, jugos, refrescos regulares, azúcar de mesa, miel, cajeta, piloncillo, mascabado, pan blanco, pan dulce, galletas, papa hervida, ya que son rápidamente absorbidos por el cuerpo y aumentan los niveles de glucosa sanguínea.

5.- Si padece obesidad o sobrepeso, disminuir el 10% de su peso corporal produce una mejoría significativa en su presión arterial.

6.- Aumentar el consumo de fibra alimentaria y comer cereales integrales y verduras frescas.

7.- Reducir el consumo de grasas, preferir productos lácteos descremados. Eliminar el consumo de grasas saturadas como mantequilla, manteca, crema, aderezos cremosos, tocino, chorizo, chicharrón y chocolates.

Seleccionar como fuente de proteína animal carnes sin grasa como pechuga de pollo sin piel, filete de res, cuete, pescado blanco. Como fuente de proteína vegetal: frijoles, lentejas, chícharos, habas, garbanzo y soya, combinándolos con maíz, trigo y arroz.

8.- Practicar ejercicio cinco días de la semana (caminata) por un tiempo de 20 a 30 minutos al día, esto ayudará a sentirse mejor y a disminuir el estrés. Se recomienda iniciar de forma gradual con tres días a la semana y poco a poco aumentar el tiempo y la frecuencia del ejercicio.

En la etapa de adulto mayor, la diabetes es solamente uno de los varios padecimientos que ocurren. También se asocia con otros padecimientos tales. hipertensión, obesidad, osteoporosis, estreñimiento, diarrea, depresión y demencia. Todas estas alteraciones deben ser evaluadas y tratadas oportunamente.

La *hipertensión arterial* (presión arterial elevada) es la elevación de los valores sistólico y diastólico que sobrepasan los límites considerados como normales o deseables. Estos valores han sido establecidos por la Organización Mundial de la Salud y se muestran en la Tabla 4 (2).



Tabla 2. Ejemplos de raciones de alimentos consumidos habitualmente que contienen hidratos de carbono:

GRUPO	RACIÓN	ALIMENTO	HC
Cereales y Tubérculos	1 pieza	Pan integral de caja, tortilla de maíz, barrita de cereal	15g.
	½ taza	Cereal integral de caja, avena, arroz o pasta cocida	15g.
	½ pieza	Papa, elote, pan árabe, bisquet, bolillo sin migajón, bollo hamburguesa, media noche	
	4 piezas	Galletas Marías o habaneras	
Frutas	1 taza	Papaya, melón, fresa y sandía	15g.
	1 pieza	Durazno manzana, naranja en gajos, mandarina, kiwi, granada	15g.
	½ pieza	Pera, toronja, mango, plátano	15g.
	2 piezas	Ciruela roja, tuna, higo,	
Leche y yogurt	1 taza	Leche descremada, yogurt descremado y endulzado con sustitutos de azúcar	15g.
	¾ taza	Jocoque	15g.
	1/3 taza	Leche descremada en polvo	15g.
Leguminosas	½ taza	Frijoles, lentejas, chícharos, habas, alubias, garbanzo cocidos	15g.
Azúcares	2 cucharaditas	Azúcar, mermelada, miel, cajeta, salsa catsup, leche condensada, chocolate en polvo	15g.
	½ taza	Gelatina regular de sabor, nieve de frutas	15g.
	1/3 lata	Agua quina	15g.
	¼ lata	Refresco regular	15g.

Adaptado de: “Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes para Pacientes Renales”, *Fomento de Nutrición y Salud, A.C.*

Tabla 3. Ejemplo: Menú de 1,500 Kcal. contando los hidratos de carbono:

TIEMPO DE COMIDA	CANTIDAD	ALIMENTO	gHC	RACIONES
Desayuno	1 taza	Leche descremada	15	1
	2 piezas	Claros de huevo con nopales, cebolla y jitomate y 1 cucharadita aceite.	0	
	2 piezas	Tortillas de maíz	30	2
	1 taza	Papaya picada	15	1
		TOTAL	60	4
Colación	1 pieza	Manzana con cáscara	15	1
	10 piezas	Almendras	0	
		TOTAL	15	1
Comida	1 taza	Sopa de verdura mixta sin papa	0	
	120 gramos	Pechuga de pollo asada con 1 cdita. aceite	15	1
	1 taza	Arroz cocido	30	2
	½ taza	Frijoles de la olla	15	1
	2 tazas	Ensalada fresca al gusto con 2 cditas. vinagreta		
		TOTAL	60	4
Colación	1 pieza	Manzana con cáscara	15	1
	10 piezas	Almendras	0	
		TOTAL	15	1
Cena	2 piezas	Pan integral con 1/8 pieza aguacate	30	2
	2 rebanadas	Pechuga de pavo	0	
	30 gramos	Queso panela	0	
		Lechuga y jitomate al gusto	0	
		TOTAL	30	2

Tabla 4. Clasificación de la presión arterial:

CATEGORÍA	TENSIÓN SISTÓLICA mm/Hg	TENSIÓN DIASTÓLICA mm/Hg
Óptima	menor a 120	menor a 80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión		
Grado I: leve	140-159	90-99
Grado II: moderada	160-179	100-109
Grado III: importante	180 o mayor	110 o mayor

Adaptado de *Nutriología Médica*, p. 395.

¿Cuáles son los síntomas de la hipertensión?

La hipertensión frecuentemente no tiene síntomas, por ello se le conoce como “El asesino silencioso”. Desde el inicio produce daño, sin embargo no hay síntomas que alerten al principio, por lo cual es necesario medir la presión correctamente. Para eso se requiere reposo de por lo menos 5 minutos y tomar la medida varias veces.

Cuando llegan a existir síntomas, éstos pueden ser dolores de cabeza, zumbidos en los oídos y ver pequeñas luces, mareos, cansancio. Por lo que se puede ver son síntomas muy poco específicos y que se pueden confundir con muchas cosas.

La hipertensión poco a poco va dañando los órganos y los más afectados son: corazón, cerebro, ojos y riñones.

¿Qué consecuencias puede tener la hipertensión arterial?

El trastorno puede ocasionar una disminución de la calidad de vida y también una reducción en la esperanza de vida. Las alteraciones comunes secundarias a la hipertensión son: derrame cerebral, infarto al miocardio, angina de pecho, arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y ceguera.

Factores de riesgo para padecer hipertensión arterial:

Herencia familiar, hombre mayor de 40 años, mujer mayor de 50 años, vida sedentaria, fumar, estrés, beber alcohol en exceso, padecer obesidad o sobrepeso, consumo de sal excesivo y/o alimentos que la contienen.



Recomendaciones generales para controlar la hipertensión:

1.- Reducir el consumo de sodio que se encuentra en alimentos como: sal de mesa, palomitas, papitas, tehuacán, chamoy, jamón, queso, salami, salchichas, hot cakes, bisquets, galletas saladas, pretzels, hojaldras, tamales, bebidas carbonatadas (aunque no tengan azúcar), bacalao, mortadela, moronga, chorizo, paté, chilorio, pipián, catsup, salsa de soya, aderezos para ensalada cremosos, alcaparras, consomés, polvos para preparar bebidas de sabor, alimentos enlatados ya que se relacionan con la retención de líquidos y esto aumenta los valores de presión arterial (3).

2.- Mantener un consumo adecuado de potasio a través del consumo frecuente de jitomate, espinacas, apio, acelgas, champiñones, lechuga, nopales, verdolagas (3).

3.- Limitar el consumo de alcohol ya que aumenta la presión arterial.



Bibliografía:

“Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus”,
American Diabetes Association, Diabetes Care, vol. 33,
supl.1, January, 2010.

Casanueva E., Kaufer-Horwitz M., Pérez-Lizaur A., Arroyo
P., *Nutriología Médica*, 3ª edición, Editorial Médica
Panamericana, pp. 390-419.

Pérez-Lizaur A., Palacios B., “Sistema Mexicano de
Alimentos equivalentes para Pacientes Renales”, *Fomento
de Nutrición y Salud, A.C.*, julio, 2009.

Lecturas recomendadas:

Collazo-Clavell M., *Guía de la Clínica Mayo sobre
tratamiento de la Diabetes Mellitus*, Clínica Mayo,
Rochester, Intersistemas, 2001.



ESTREÑIMIENTO EN EL ANCIANO

Dr. Santiago Gallo Reynoso

Consultor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

MCS. Ana Bertha Pérez Lizaur NC

Directora del Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana

El colon es el segmento distal del tubo digestivo cuya función es concentrar los residuos formando las heces fecales. Se encuentra sujeto tanto a la presión del abdomen como a la suya propia, que es producida por su capa muscular que transporta la materia fecal.

El estreñimiento es un síntoma muy común en el paciente de la tercera edad, que puede ser ocasionado por muchos factores y representa molestias, preocupación y consultas médicas por los trastornos que ocasiona. Veremos someramente el cuadro clínico, sus causas predisponentes, su fisiopatología y las posibles complicaciones indicando los síntomas de alarma que deben ser atendidos inmediatamente y propondremos el tratamiento convencional. Finalmente presentaremos un glosario para el entendimiento de los términos comúnmente utilizados por médicos y pacientes.

Cuadro clínico:

El principal síntoma es el estreñimiento, el cual puede iniciarse con la dificultad para evacuar diariamente heces encintadas y duras, o bien puede faltar la evacuación de uno a cuatro días. Se puede acompañar o no de distensión abdominal por gas (meteorismo) con presencia de ruidos audibles, dolor cólico intermitente (de diversa intensidad) y sensación de evacuación inminente sin lograr realizarla.



Generalmente hay sensación de náuseas y repudio al alimento por no querer agravar los síntomas.

Frecuentemente se presentan cuadros diarreicos alternos, cuando llegan a pasar dos o tres días el colon pierde su fuerza muscular y entonces se produce un “despeño diarreico” que ayuda a evacuar el intestino.

Cede la diarrea cuando ya no hay heces y vuelve a presentarse el estreñimiento.

Causas predisponentes:

Hay varias causas que producen este trastorno, éstas son las principales:

- Falta de fibra en la alimentación.
- Operaciones abdominales previas.
- Trastornos vasculares.
- Algunas enfermedades crónicas.
- Medicamentos que disminuyen la motilidad del colon.
- Obstrucciones por tumores.



La presencia de fibra en el residuo intestinal asegura que éste contiene suficiente agua debido a la presión osmótica que la atrapa, lo que a su vez hace blandas las heces. Cuando no se ingiere fibra con los alimentos, las heces se tornan duras, estrechas y difíciles de transportar debido a la falta de agua atrapada.

Normalmente el intestino delgado realiza la digestión y absorción de los nutrimentos y su contenido residual debe pasar al intestino grueso. Cuando éste tiene un diámetro estrecho hay una mayor presión en su interior, lo que hace tener cólicos, distensión abdominal, ruidos intestinales y malestar después de las comidas. Si por el contrario, existe

una adecuada ingestión de fibra, con el agua atrapada aumenta el diámetro del colon y la presión es menor, por lo que se pueden realizar tranquilamente las evacuaciones una o dos veces al día.

Cuando se ha practicado alguna cirugía abdominal se pueden producir alteraciones mecánicas o motoras del transporte (tránsito intestinal), condicionadas por la presencia de adherencias (material fibroso entre las asas intestinales) o bien la disminución en el calibre del tubo intestinal por estenosis de una anastomosis (unión quirúrgica cuando se ha realizado el corte de un segmento del intestino).

Menos frecuentemente se debe a trastornos vasculares, pero la ateroesclerosis con la consiguiente disminución de flujo sanguíneo llega a condicionar alteraciones motoras y de transporte que detienen el flujo intestinal normal; estas alteraciones en los vasos se establecen generalmente en edades avanzadas, puesto que se han ido produciendo lentamente a través de la vida de los pacientes.

Las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y el hipotiroidismo pueden también ser las causas de estreñimiento debido a cambios motores secundarios tanto en las alteraciones microvasculares, como en las neurológicas y metabólicas que producen estos padecimientos.

Existen medicamentos que pueden alterar la motilidad del intestino y especialmente del colon, como los antidepresivos que son utilizados con mayor frecuencia en pacientes ancianos. Hay otros que, por el contrario, producen despeños diarreicos, como algunos antibióticos del tipo de la Eritromicina.

La presencia de tumores en el abdomen puede igualmente condicionar estrechez de la luz del colon o compresión de la misma; afectan especialmente en la región pélvica: próstata en los hombres y los de origen ginecológico en las mujeres, en ambos casos se producen compresión en el recto.

Fisiopatología:

Los alimentos sólidos tienen una consistencia mayor a los líquidos internos de nuestro organismo, por esta razón cuando salen del estómago y pasan al duodeno se licúan por completo para poder ser digeridos y absorbidos. Lo que no se puede digerir ni absorber es lo que conocemos como residuo. El colon tiene la función de concentrar el residuo que le llega del intestino delgado; si existe poco residuo entonces puede absorberle mayor cantidad de líquido y producir heces duras.

Si comparamos al colon con una manguera recordaremos que cuando la tapamos parcialmente con el dedo hacemos que el agua sea lanzada más lejos, ya que al disminuir el diámetro de salida se produce un aumento de la presión. En forma semejante, si el colon tiene poco

diámetro la presión interna es mayor; hay contractura de la pared (con presencia de cólicos). Por el contrario, si las heces son suaves por la presencia del líquido atrapado por presión osmótica del residuo, los movimientos serán más sencillos y sin tanta presión; esto disminuye la presencia de cólicos y favorece la evacuación.

Los divertículos son pequeños sáculos (saquitos) de la capa mucosa, que por aumento en la presión interna son “empujados” a través las fibras musculares que forman la pared del colon.

Los pólipos (adenomas) son crecimientos localizados de la mucosa que tienen el potencial de transformarse en tumores malignos del colon; en su formación se ha identificado que a mayor permanencia del residuo en el intestino, las bacterias tienen la posibilidad de formar sustancias tóxicas “cancerígenas”, que son las que producen cambios en el genoma que después llevan a desarrollar el cáncer de colon.



Complicaciones y síntomas de alarma:

Hemorragia rectal:

Un divertículo puede sangrar en forma abundante, aún cuando generalmente es autolimitada (por la pequeñez del vaso que sangra), lo que puede condicionar un cuadro agudo que requiera transfusión sanguínea en el hospital o simplemente anemia por sangrado crónico, escaso pero constante.



Cuadro agudo abdominal:

Dolor intenso con febrícula condicionado por diverticulitis que sucede cuando un divertículo se perfora y produce un pequeño proceso infeccioso localizado, que condiciona contractura y por ello dolor intenso en el segmento del colon afectado (generalmente en la porción inferior izquierda del abdomen), disminución o imposibilidad para evacuar y distensión abdominal (porque no puede pasar el contenido adecuadamente y las bacterias al proliferar por quedarse estacionado el tránsito intestinal producen gas y con ello la distensión).

Suboclusión intestinal:

Cuando el cuadro anterior persiste es porque se ha producido una oclusión al tránsito del contenido intestinal, debe hospitalizarse para intentar su restablecimiento, que puede hacerse con la colocación de una sonda nasogástrica para extraer el líquido, residuo aire y gas atrapados en el intestino; si no logra hacerse esto, el tratamiento debe ser quirúrgico para quitar la causa obstructiva (tumor, adherencia, infartos vasculares, etcétera).

Tratamiento convencional:

- Aumento de fibra en la alimentación:

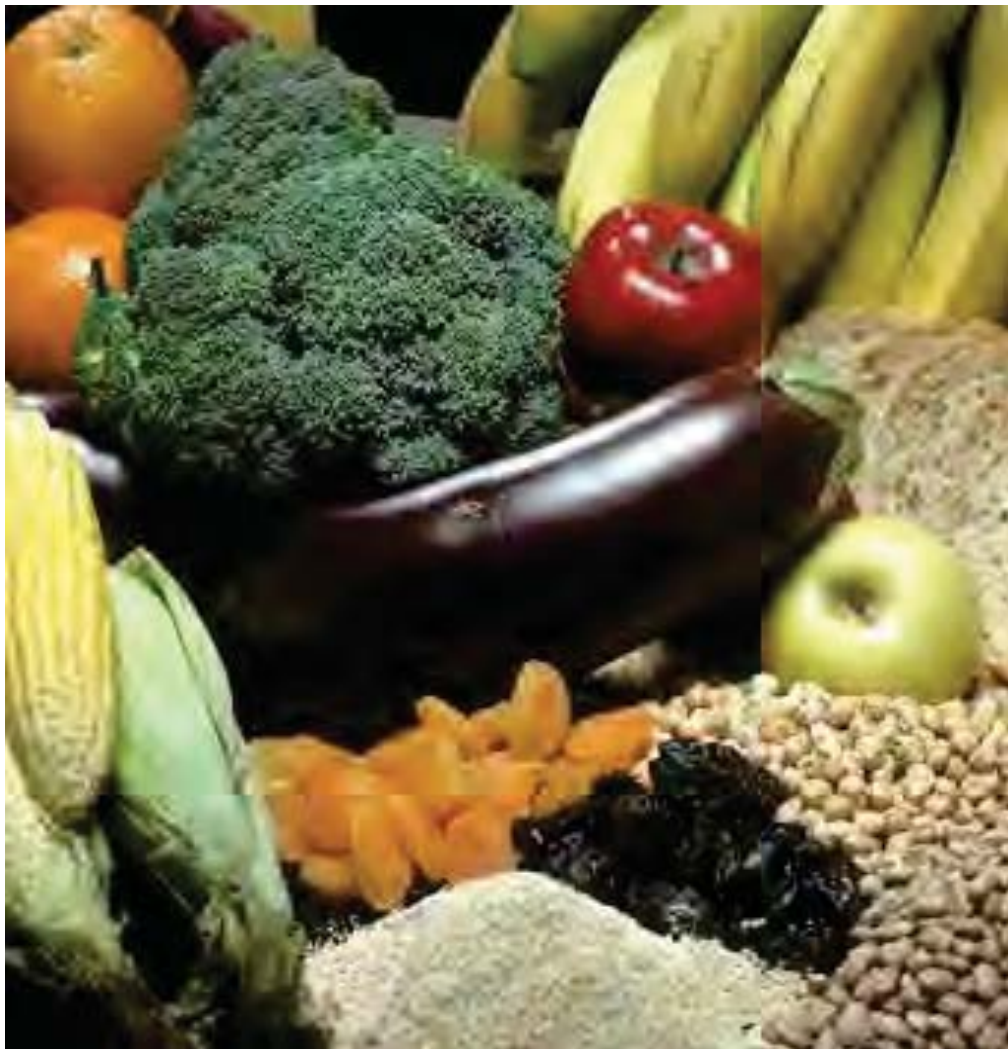
El paciente debe recibir orientación y ayuda para mejorar sus hábitos alimenticios y pueda, dentro de su propia dieta, ingerir la suficiente cantidad de fibra.

Ésta debe ser la adecuada para cada paciente, aumentándola paulatinamente y motivándolo para que pueda alcanzar la meta.

Algunas sugerencias para aumentar el consumo de fibra en la alimentación son:

- Consumir cereales integrales: salvado de trigo, avena, arroz integral, panes integrales, tortilla de maíz, palomitas de maíz, cereales de caja con fibra.

- Leguminosas: frijoles, lentejas, alubias, habas.
- Verduras y frutas, de preferencia crudas y con cáscara, como: elote, espinaca, nopal, acelgas, apio, chícharo, chile, naranja en gajos, mandarina en gajos, toronja en gajos, lima en gajos, guayaba, tejocote, mango, moras, granada, higo, tuna, ciruela pasa y en general frutas o verduras deshidratadas.
- Aumentar el consumo de líquidos; se recomienda un consumo de 1.5 a 2 litros diarios, en infusiones, jugos diluidos o agua sola.



- Iniciar o mantener una actividad física constante, por lo menos 30 minutos 5 veces a la semana como caminar, correr, andar en bicicleta, nadar. Así como ejercicios de flexibilidad como yoga y tai chi que fortalezcan los músculos abdominales.
- Fibras adicionales:

Existen diversos alimentos con alto contenido de fibra que pueden ser utilizados como adición o complemento a la dieta. Hay también compuestos de fibras vegetales que se ingieren de manera extra al contenido de la dieta, usualmente con un horario establecido y asegurando la ingesta de suficiente líquido cada día.

Estas fibras pueden ser o no hidrosolubles, con sabores, en forma de granulados o simplemente como una molienda; debe tenerse en cuenta el contenido de azúcar adicional que puede ser de importancia según el paciente pueda tolerarla o bien ser contada en su ingesta dietético-energética diaria.

Recientemente se puede contar con un derivado plástico (polietilenglicol), que por su alto poder de atrapamiento de agua ayuda a que las heces se puedan manejar más fácilmente; no tiene consistencia desagradable y no tiene sabor ni adiciones energéticas. Debe individualizarse la cantidad diaria suficiente para no producir un efecto laxante.

- Laxantes:

Son aquellas sustancias que inhiben los movimientos en la capa circular del colon y favorecen la evacuación, sin embargo, generalmente producen atonía del mismo y el organismo se va “acostumbrando” a ellos por lo que se requiere incremento de la dosis y finalmente los pacientes pueden llegar a hacerse dependientes.

Existen desde los naturales como es la hoja sen, hasta los sintéticos. Todos estos pueden condicionar una alteración en la mucosa colónica como es la hiperpigmentación de la misma (melanosis coli), que no es en sí un cambio patológico puesto que no produce síntomas ni genera cambios patógenos.

- Moduladores gastrointestinales y procinéticos:

Son sustancias que producen disminución en la fuerza circular (de estasis) y favorecen los movimientos peristálticos. Generalmente derivados del Pinaverio y otros que producen este relajamiento específico de la musculatura intestinal. Los procinéticos son sustancias que aumentan el peristaltismo y ayudan al producir un tránsito intestinal acelerado.

No se recomienda el darlos aisladamente porque pueden producir aumento de la sintomatología, en especial la presencia de cólicos.

- Antiflatulentos:

La simeticona es una sustancia que disminuye la tensión superficial de las burbujas de gas en el interior del intestino y su función final es que no se forman grandes burbujas de aire, sino muchas muy pequeñas que disminuyen los síntomas. Pueden tomarse con cada alimento o con los que se produzcan más malestares, son del tipo de los medicamentos sintomáticos.



Glosario:

Colitis o colon espástico:

Este trastorno engloba diversos síntomas que cuando el anciano llega al consultorio dice: “Doctor vengo a verlo porque tengo „colitis””; este término no se encuentra bien definido en su sintomatología, presentación ni causas; parece que fuera una cosa “mágica” y no entiende el por

qué le duele el abdomen. Al definirla y explicarla, el paciente puede tener un proceso activo en el control y manejo del trastorno funcional que padece y al que debemos enseñarle a llamarlo adecuadamente como “colon espástico”.

Trastornos funcionales:

Son aquellos trastornos secundarios a las causas sencillas que los producen, frecuentemente ocurre por la falta de residuo; aquí quedan englobados los periodos de estreñimiento y diarrea alternos y también los despeños diarreicos o cuadros de estreñimiento secundarios a alguna alteración de tipo emocional-sicológica. Por definición no deben tener causa patológica primaria.



Residuo:

Todo aquel producto que queda después de la digestión y absorción de los alimentos (nótese que no se toma en cuenta las bacterias que se produce en el colon (que llegan a contar hasta el 40% del peso de la materia fecal)).

Está compuesto principalmente por fibras vegetales (cáscaras, semillas, tallos, hojas), polisacáridos no absorbibles (almidón) o no digeridos, como puede ser la lactosa, edulcorantes, etc.), cartílagos, aceites (como el de ricino o cualquiera que sea consumido en exceso a la capacidad propia de producción de bilis y de enzimas), sales químicas (fosfatos, otros).

Flatulencia:

Es el aumento de los ruidos intestinales y del gas que sale por vía rectal, puede producirse por la falta de peristaltismo y tránsito intestinal adecuado, al tenerse mayor permanencia del residuo en contacto con la flora microbiana. Puede también generarse por deficiencias en la digestión de azúcares como es la intolerancia a la lactosa; el disacárido de la leche llega al colon (por no haber sido digerido ni absorbido en el intestino delgado); las



bacterias lo digieren pero tienen metabolismo anaeróbico, lo que produce ácido láctico y bióxido de carbono, el ácido láctico produce diarrea y el bióxido de carbono distensión, dolor y la “flatulencia” característica. Puede suceder también con la insuficiencia a la trehalosa, disacárido contenido en los hongos.

Algunos alimentos como las leguminosas pueden estar relacionados con aumento de producción de gas normalmente en su digestión, es de importancia recordar que la soya es un frijol (leguminosa) y que no puede sustituir fácilmente a la leche en los pacientes intolerantes a la lactosa porque pueden seguir existiendo los molestos gases intestinales o “flatulencia” por ella.

Tránsito intestinal:

Paso del contenido alimenticio y los residuos a través del tubo digestivo.



JUBILACIÓN Y PROYECTO DE VIDA

Dr. Pablo Picardi Marassa

Departamento de Salud, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.



Uno de los sucesos importantes en la vida de una persona adulta y sobre el que se toman una serie de decisiones es la jubilación. En su origen la palabra significa júbilo o alegría, pero en muchos casos el jubilarse no provoca esa emoción, ya que, en algunas personas, surgen sentimientos negativos asociados a la vejez, la inutilidad o la muerte, además de una importante disminución de sus ingresos.

Hace cientos de años la jubilación no existía, se trabajaba toda la vida hasta que la muerte llegaba, es decir, que aun siendo adulto mayor se continuaba desarrollando actividades laborales productivas para la familia y la sociedad. Incluso en algunas comunidades rurales e indígenas de México todavía se continúa trabajando toda la vida.

A partir de la revolución industrial, la sociedad moderna establece legalmente el retiro de la actividad laboral del trabajador después de ciertos años de antigüedad en el empleo, por lo que debe recibir una compensación económica que el Estado, el IMSS, el ISSTE o las compañías están obligados a pagarle porque el empleado realizó durante todos los años de su vida laboral una aportación para el retiro o para su jubilación.

Esta ganancia económica legal y social en México fue una conquista obtenida por los sindicatos y está contemplada en la ley federal del trabajo, documento que expone y regula los derechos laborales en el país.

Normalmente en México la mujer se puede jubilar a partir de los 60 años y el hombre a partir de los 65 años, pero en algunos casos una persona se puede jubilar a menor edad por diversos motivos o causas de tipo legal o de salud.

Jubilación literalmente significa dejar de trabajar. El término de la vida laboral y productiva y el paso a ser un pensionado o jubilado no es sencillo, pues, en muchos casos, la situación está directamente relacionada al aislamiento social, a la vejez, inactividad, pasividad, inseguridad, miedos, sentimientos de improductividad, pérdida de ingresos y de reconocimiento social, así como del sentido de la vida, pues el jubilarse significa ingresar a la etapa de adulto mayor o viejo lo que normalmente conlleva cambios y duelos por todo lo que se pierde, y se junta con una situación de crisis personal, familiar y social que puede incluso afectar su salud física y emocional.

Hay personas que después de jubilarse se enferman, se deprimen y al poco tiempo mueren. Estas afectaciones a la salud física y emocional se conocen como el síndrome de la jubilación.

Cuando se ha tenido una vida consagrada al trabajo pasar, de un día a otro, a ser una persona jubilada sin ocupación es una modificación muy grande y compleja que influye en la mente, los sentimientos y el ser total de la persona.



Prevenir este cambio es muy importante.

La manera de asumir este cambio de vida es diferente en el hombre y en la mujer, porque ella normalmente no sufre un cambio tan abrupto en su vida en el eje actividad-inactividad, ya que la mujer continúa con las tareas de la casa, del cuidado de la familia e hijos, de la atención de la pareja, de los nietos o de otros adultos mayores, además de que se integra con mayor facilidad a actividades en los diferentes programas públicos de atención al adulto mayor, así como a labores altruista y de beneficencia a diferencia del hombre.



Está demostrado que la calidad de vida como jubilado depende mucho de todo lo que se haya realizado antes, es decir, de cómo se haya preparado para los cambios, desempeñar nuevos roles, ocupar nuevos lugares en la vida o reestructurar el tiempo y las actividades. Ello dependerá del cómo y cuánto la persona se ha preparado

antes de jubilarse y ha elaborado un nuevo proyecto de vida. Para que éste sea un cambio armonioso la persona debe prepararse con tiempo antes de jubilarse, pues debe tomar una serie de decisiones personales, económicas, de estilo de vida, familiar y social, con el fin de poder elaborar un plan de vida para esta nueva etapa que inicia. La vida continúa y se debe seguir adelante, sólo que ahora la situación ha cambiado: el ser jubilado, producirá un cambio de vida muy importante para la persona y su familia.

Incluso, el proceso de jubilación comienza antes de la edad oficial y legal para ello, cuando en la persona comienzan a surgir las primeras ideas como: “ya quisiera jubilarme”, “ya estoy cansado, quiero descansar y para ello pronto me jubilaré”, y puede prolongarse mucho tiempo después. Este proceso lleva tiempo y no es igual para todas las personas, ya que cada ser humano tiene su tiempo interno para procesar, elaborar y acomodar en su mente todas las ideas, emociones y sentimientos que le van surgiendo cuando comienza a pensar en su jubilación.

Es importante señalar las etapas por las que pueden atravesar algunas personas que comienzan a **pensar en su jubilación**:

Etapas de prejubilación:

Se caracteriza porque la persona comienza a recapacitar en su jubilación e imagina cómo va a cambiar su vida.



Etapas de elaboración y reorientación:

Es cuando la persona evalúa su pasado, sus expectativas y se pone metas realistas que sabe puede lograr.

Etapas de elaboración de un proyecto de vida:

Es cuando la persona elabora un plan de vida, una rutina diaria que podrá realizar con satisfacción cuando sea jubilado, estando consciente de las posibilidades y de sus limitaciones personales, sabiendo quién se es, lo que se espera de esta nueva etapa de vida, tanto de uno mismo como los demás.

Etapas de jubilación:

Se caracteriza porque la persona realizó los trámites administrativos y legales y socialmente ya es un jubilado, hecho que puede despertar diferentes tipos de sentimientos:

- Alegría y satisfacción porque se pueden hacer cosas que antes no se podían hacer.
- Tristeza y decepción porque no es como lo había pensado o imaginado, o porque los ingresos económicos son menores.
- Equilibrio emocional y relajamiento porque ahora tiene tiempo para el ocio y para poder realizar actividades de recreación y esparcimiento.

Etapas de tristeza o depresión:



Cuando se da cuenta que las expectativas que tenía no se cumplen o porque lo que había imaginado no se puede alcanzar.

Algunas recomendaciones para elaborar un nuevo proyecto de vida al jubilarse

Reflexionar profundamente sobre el sentido de la vida, sobre lo vivido, sobre las cosas que se hicieron y lo que falta por hacer; las cosas que queremos y podemos cambiar y lo que no queremos o no podemos cambiar; preguntarse ¿cómo quiero vivir y disfrutar los años que me restan de vida?, tratando de encontrar los principales ejes rectores de la existencia.

Cuando se sabe a dónde se quiere ir y cómo se quiere caminar por la vida se puede tener gozo por ella estando mejor con uno mismo y con los demás.

Abrirse nuevos horizontes para elaborar el plan de vida que incluya un estilo de vida saludable, ya que la jubilación es la terminación de la actividad laboral pero no es sinónimo de vejez, de inutilidad ni tampoco es el final de la vida misma.

Establecer un presupuesto diario, semanal o mensual con base en los nuevos ingresos que se percibirán con la jubilación, dando prioridad a los gastos de vivienda, vestido, alimentación, salud y disfrute del tiempo libre.

Asociar la jubilación con ilusiones, alegría, deseos por cumplir, ganas de vivir positiva y no negativamente, no caer en el pesimismo y decepción.



Tratar de relacionarse con otros y participar en diferentes actividades que ofrecen los centros de atención al adulto mayor en la ciudad, la delegación o la colonia.

Establecer una nueva rutina diaria, para mantener hábitos saludables en la alimentación, sueño, paseo, horario de descanso, meditación, reflexión, compartir con la familia, la pareja, los amigos, vecinos y mascotas.

Realizar actividad física como caminar o bailar, practicar yoga o lo que les guste y se ajuste a las necesidades y al estado de salud.

Mantenerse activo y con un espíritu emprendedor brindará mayor felicidad, salud física y emocional.

Disfrutar de la libertad y del tiempo libre que se tiene abriendo el espíritu y la mente a innumerables opciones, proyectos, viajes, actividades. Pensar en ser el eje de la familia.

Algunas empresas o centros de trabajos incluyen actividades en grupos que ayudan a poder pensar en el retiro y la jubilación; tratar de incorporarse a estos grupos, ya que podrá contar con el apoyo de todos los participantes que pueden ser un estímulo y una motivación importante debido a que todos se encuentran en la misma situación y tienen edades y problemas semejantes.

Beneficios de un adecuado plan de vida como jubilado

- Crecimiento personal y espiritual que lo pueden hacer sentir dueño de si mismo y de su tiempo.
- Organización de la vida cotidiana de acuerdo con sus gustos y necesidades.
- Mayor salud física y emocional.
- Estilo de vida saludable.

-Actividad física, diversión y disfrute de la libertad y del tiempo libre.

-Participación en actividades sociales con amigos, vecinos y servicio a la comunidad.

- Mayor autoestima personal y reconocimiento familiar y social.
- Mayor creatividad, productividad para desarrollar todo el potencial como ser humano.
- Oportunidades de desarrollar nuevas habilidades y competencias.
- Oportunidad de contribuir al disfrute y bienestar de otros.
- Permanecer integrado a la familia, a la comunidad y a la sociedad.
- Tener acceso a nuevos recursos educativos y tecnológicos.
- Vivir con dignidad y seguridad su nueva etapa de la vida como adulto mayor.



BIBLIOGRAFÍA:

Carrascal, JM. (2005) La vida sigue. Editorial Planeta. Barcelona.

Crespo, JA., Limón, MR. (2003) Grupos de debate para mayores: Guía práctica para disfrutar con plenitud la jubilación y la vejez. Editorial Narcea, Madrid.

Hernández Rodríguez, G. (2005). Aspectos sociológicos de la Jubilación. IMSERSO, España.

Moragas,R.(2001)La jubilación:un enfoque positivo. Editorial Grijalbo. Barcelona.

Moragas,R.(2007)Prevención de la dependencia. Preparación para la jubilación. Fundación Viure i Conviure. Barcelona.

Vega, J.L., Bueno. Maria B. (2004). Pensando en el futuro. Curso de preparación para la jubilación. Editorial Síntesis. Madrid.



ESPIRITUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

Dr. Alexander Paul Zatyryka Pacheco, SJ
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.

Cuando pensamos en las prácticas que mantienen una vida de calidad en los adultos mayores es fundamental tomar en cuenta aquello que aglutina y armoniza todas las demás facetas de la vida: la espiritualidad.

Esta actividad propiamente humana sirve como principio coordinador de todo lo demás, ayuda a ubicarnos en la realidad con un conocimiento auténtico de quienes somos y a dónde queremos ir. Nos da sentido y nos ayuda a establecer prioridades correctas quitándonos la ansiedad de pretender ser o hacer lo que no nos toca. En este artículo quisiera compartir con ustedes algunos elementos de este factor imprescindible para una vida plena.

Se suele llamar espiritualidad o vida espiritual a una serie de prácticas que le permiten al ser humano entrar en contacto con lo más profundo de sí mismo. Las principales tradiciones religiosas hablan del proceso de llegar a nuestro Corazón (escrito así, con mayúscula; que no hace referencia al órgano corporal que bombea la sangre, sino a un “órgano espiritual” donde reside nuestra capacidad de amar, de gozar la vida a plenitud, de construir con otros una realidad mejor, más humana. Es donde reside nuestra identidad más profunda y auténtica. En ocasiones las preocupaciones, las dificultades y heridas que la vida nos va dejando, nos impiden encontrar el camino de regreso al Corazón, y, para sanarnos de esta “enfermedad”, debemos buscar un camino espiritual.

Es importante subrayar que el camino espiritual no se identifica necesariamente con una religión, pues alguien puede tener una espiritualidad y no pertenecer a ninguna comunidad religiosa, sin embargo, la práctica religiosa sana y bien llevada puede proporcionar a sus miembros una excelente espiritualidad, de hecho, suele ser el camino más

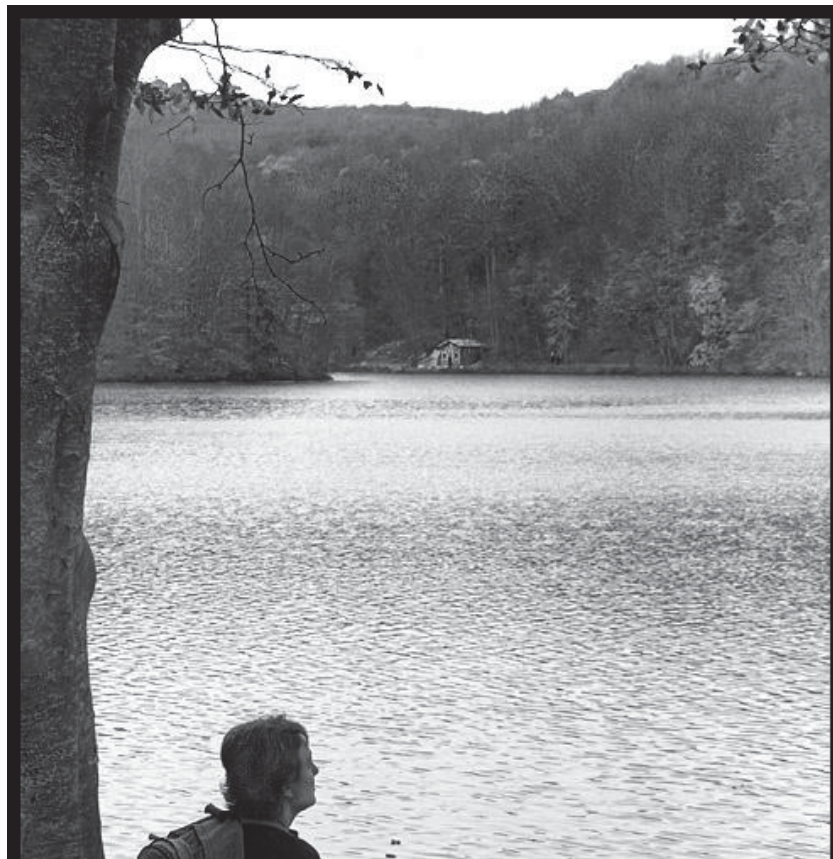
seguro en este sentido. Las grandes tradiciones religiosas del mundo de hoy (como el cristianismo, judaísmo, islam, budismo, etc.) nacieron como caminos espirituales, ayudando a quienes los seguían, a recuperar la capacidad de percibir la armonía de uno con el cosmos.

Toda espiritualidad se concreta en lo que se ha llamado una *mistagogía*, es decir, una pedagogía que nos ayuda a entrar en contacto con aquello que sostiene la vida, nuestra vida y la de los demás, y de aquello de lo que muchas veces no somos conscientes. Hablando en términos cristianos, la espiritualidad nos ayuda a captar la presencia de Dios en todo lo que nos rodea y de manera especial en nosotros mismos. Dicho en otras palabras, nos quita la ceguera que nos impide percibirlo como presencia amorosa que nos acompaña.

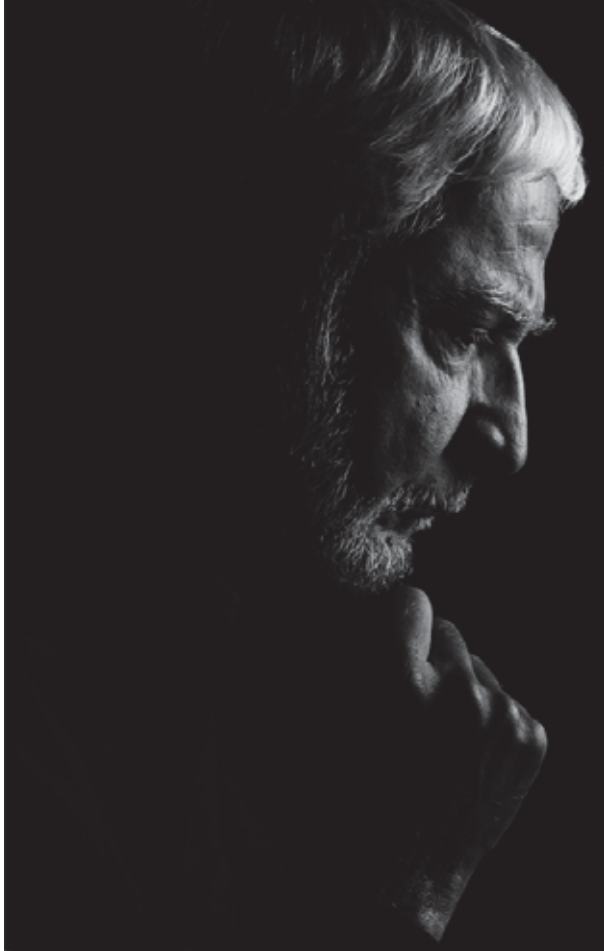


Con una vida espiritual adecuada aprendemos a reconocer la armonía de todo lo que nos rodea y nuestro lugar dentro de ella. Alguien ha comparado la vida con una sinfonía musical y en que cada persona está llamada a tocar una melodía en el instrumento que le corresponde, así la suma de todas esas melodías es la sinfonía, un trabajo conjunto y armónico.

El problema es que cuando no se desarrolla una práctica espiritual, no se capta esa armonía y muchas veces queremos tocar nuestra propia melodía aislada de los demás e incluso, en ocasiones, estropeamos el trabajo común y nos perdemos el gozo de percibir la belleza y perfección de lo que podemos hacer en conjunto.



Para desarrollar una espiritualidad sana, necesitamos en primer lugar contar con tiempo y una actitud correcta para contemplar el mundo.



Creemos que estamos en contacto con el mundo, pero en realidad lo vemos a través del filtro de nuestros pensamientos, que muchas veces lo distorsionan.

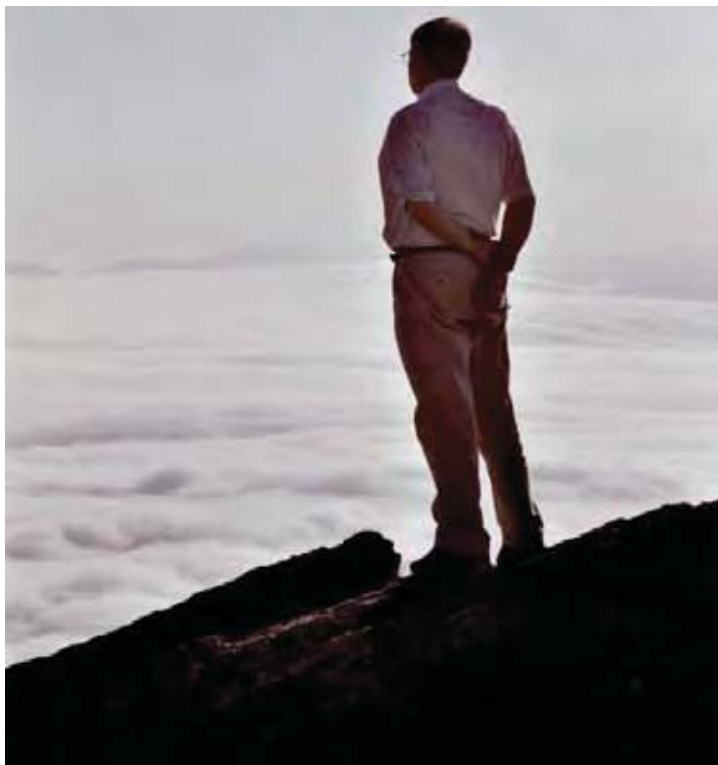
Recordemos aquella historia de que, ante un vaso lleno de agua hasta la mitad, un pesimista lo ve medio vacío, y un optimista lo ve medio lleno, es decir que, ante una misma realidad, tenemos percepciones diferentes de acuerdo con nuestra situación mental.

El primer paso de la espiritualidad es aprender a ver la realidad tal cual es, dejar que nos hable y contemplarla. Lo que los grandes maestros espirituales han mostrado es que la realidad en sí misma siempre es mejor que lo que podemos imaginarnos en nuestra mente.

Esto quiere decir que tengamos tiempos para aplicar cada uno de nuestros sentidos: vista, oído, olfato, tacto, gusto, para percibir el mundo que nos envuelve. Se trata de

acoger lo que estos sentidos nos transmiten y constatar que es en esa apertura a la realidad donde podemos encontrar una auténtica paz interior que nos permite ubicarnos mejor en el mundo. El adulto mayor suele tener más tiempo y disponibilidad para ejercitarse en esta contemplación.

Otra característica de la vida espiritual es aprender a dejar, aunque sea por unos momentos, nuestra carga de expectativas y ambiciones, ya que, a muchas veces, nos empeñamos en obligar al mundo a ser como nosotros quisiéramos que fuera, lo cual es imposible y puede convertirse en fuente de frustración, porque nos molesta cuando las cosas no son como creemos que debieran ser. Mi padre espiritual me enseñó una frase muy bella y sabia: “cuando renuncias a tus expectativas aparecen ante ti mundos maravillosos”.



Y también el repetir una y otra vez “así es y así puede ser” nos libera de la ansiedad de que las cosas no sean a nuestro gusto, nos permite captar mejor el mundo y finalmente nos capacita para ver si en efecto hay algo que podemos hacer para mejorarlo.

Este ejercicio puede ayudar a los adultos mayores a no perder el tiempo queriendo cambiar lo que no pueden cambiar, y más bien reconocer las bendiciones que los rodean, para gozarlas y compartirlas con los demás.

Otro elemento fundamental de toda espiritualidad sana es que nos ayuda a darnos cuenta de que somos identidades relacionales.

Esto quiere decir que si quiero saber quién soy yo, cuáles son mis potenciales y lo que me hace verdaderamente feliz, debo descubrirlo en mis relaciones interpersonales, para lo cual necesito entrar en relaciones sanas de reciprocidad con las personas que me rodean; eso es lo que llamamos amor. Amar es compartir bienes, dar y recibir lo mejor de cada uno.

Al practicarlo entendemos finalmente quiénes somos y el sentido de nuestra vida. La espiritualidad nos enseña que lo más bello de la vida es convertirnos en alegría y vida para los demás, convertirnos en una “buena noticia” para quienes nos encuentran.

El adulto mayor puede llegar a esta etapa de su vida con una espiritualidad bien cimentada que lo ayudará a vivir con alegría, paz y generosidad. Quienes están en esta etapa pueden ser grandes maestros para las nuevas generaciones compartiendo su sabiduría y el auténtico arte de vivir, a través de lo que se llama “modelaje”, una especie de transmisión de saberes-experiencias-actitudes (en resumen, sabiduría), que son contagiados a los que se le acercan. Ese es uno de los principales servicios que los adultos mayores prestan a cualquier sociedad.

Para los adultos mayores que no pudieron desarrollar una espiritualidad saludable es importante procurar una pedagogía del espíritu adaptada a su personalidad e historia, que les ayude a encontrarse con estos elementos fundamentales de la experiencia humana. No olvidemos que una espiritualidad operante suele hacer la diferencia entre una vida plena y feliz o una existencia precaria y amargada.



ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA EL ADULTO MAYOR

Lic. Loredana Tavano Colaizzi, NC

Departamento de Salud

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México



El bienestar de las personas adultas mayores es una prioridad de los gobiernos de México, lo cual se deriva de acuerdos internacionales encabezados por la Organización de la Naciones Unidas, quien declaró en el año de 1991, los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad avanzada en cinco ámbitos principales:

1. **Independencia:** contar con todos los medios básicos para tener una vida plena.
2. **Participación:** permanecer integrada o integrado a la familia y la sociedad.
3. **Cuidados:** proporcionados por parte de la familia y comunidad para gozar de una vida sana, tanto en sus hogares como en instituciones.
4. **Autorrealización:** implica acceso a oportunidades para desarrollo y recursos educativos, culturales y otros.
5. **Dignidad:** tener una vida digna y segura, no ser víctima de explotación, maltrato o discriminación por su género, etnia o religión.

El Marco Jurídico Nacional dice que el Adulto Mayor es la etapa de la vida que se inicia entre los 60 y los 65 años de edad y que todas las personas que han alcanzado esta edad tienen los mismos derechos que las demás pero, frecuentemente, requieren condiciones de carácter especial que les permitan vivir con decoro y bienestar, de preferencia en el ámbito familiar.

Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le garantice el derecho de protección de la salud, asistencia médica y de los servicios necesarios para su bienestar, así como el otorgamiento de una pensión, previo cumplimiento de los requisitos legales para su disfrute.

Las personas de la tercera edad tienen derecho a recibir este tipo de prestaciones en instituciones a las cuales se encuentren incorporadas, tales como el IMSS, el ISSSTE y el ISSFAM. En caso de que se encuentren físicamente imposibilitadas para continuar trabajando o si desean retirarse voluntariamente, tienen derecho a recibir las prestaciones en especie o en dinero.

El monto del seguro o pensión dependerá de las cuotas que el asegurado o el trabajador haya cotizado en dichas instituciones.

El saldo de la Subcuenta de Vivienda (Infonavit) y del Fondo Nacional de la Vivienda (FOVISSSTE) podrá ser retirado, siempre y cuando no se haya hecho uso del mismo y de acuerdo con las disposiciones que para tal efecto se contemplen.



Si alguna persona de la tercera edad no es considerada como asegurada titular, sí podrá serlo como beneficiaria o derechohabiente, en virtud de la situación derivada de su estado civil o vínculo familiar, por ejemplo, cónyuge, concubinario, concubina o hijos.

El otorgamiento de la pensión le corresponderá al esposo o al concubinario únicamente si es mayor de 55 años o si se encontrara totalmente incapacitado y hubiese, en ambos casos, dependido económicamente de la trabajadora asegurada o pensionada fallecida.

También existen otras instancias que proporcionan asistencia social a grupos específicos mediante acciones de protección a personas en estado de necesidad, así como de asistencia jurídica y orientación.



Esas instancias son, entre otras, el DIF, la SSA y el INAPAM. Aun sin ser derechohabientes, las personas de la tercera edad tienen derecho a recibir atención médica en las instalaciones del Sistema Nacional de Salud (SS, IMSS, ISSSTE e ISSFAM, entre otras) y pagarán de acuerdo con sus posibilidades económicas.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, tiene como uno de sus objetivos, abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables, para proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud. Esto se plantea lograrlo gracias a la focalización del apoyo hacia la población de 70 años y más, dando prioridad a quienes habitan en comunidades de alta marginación o que viven en condiciones de pobreza. Mediante esta estrategia se otorgará un apoyo económico bimestral a los ancianos de 70 años o más que vivan en áreas rurales con menos de 2,500 habitantes.



Aprovechar la experiencia de los adultos mayores y generar oportunidades que les permitan desarrollarse en actividades productivas de relevancia para su comunidad. Con el propósito de estimular la generación de empleos para este sector de la población se ofrecerán estímulos fiscales a las empresas que den empleo a adultos mayores que deseen continuar su vida de manera productiva.



Además, se impulsarán acciones que permitan aprovechar la experiencia de estos adultos y que, al mismo tiempo, les generen un ingreso adicional para que puedan hacerle frente al empobrecimiento progresivo que padecen debido al desempleo o a la insuficiencia de su pensión o jubilación.

El 25 de junio de 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, gracias a lo cual se creó el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Con esta Ley el instituto se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención a las personas de 60 años de edad y más, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones.

Los adultos mayores reciben los servicios del INAPAM a través de la siguiente infraestructura:

- 31 Delegaciones Estatales.
- Mil 342 Subdelegaciones Municipales.
- 139 Coordinaciones Municipales.
- 4 mil 720 Clubes de la Tercera Edad a nivel nacional.
- 4 Centros Culturales.
- 13 Unidades Gerontológicas.
- 4 Centros de Atención Integral en el Distrito Federal.
- 7 Albergues.
- 3 Unidades móviles promotoras de servicios y empleo a la comunidad.
- 5 Departamentos de Asesoría Jurídica en igual número de entidades.

El INAPAM cuenta con los siguientes programas:

Nombre	Objetivo
Capacitación para el Trabajo	Se desarrollan alternativas de adiestramiento en la producción de artículos de diversa índole, para el autoconsumo o la producción en pequeña escala, con los cuales, además de ocupar su tiempo libre, los adultos mayores pueden obtener un ingreso extra. Hay talleres de oficios, artesanías y artes plásticas, que se imparten en los centros culturales y clubes de la tercera edad del INAPAM.
Centro de Capacitación en Cómputo	El 1 de abril de 2002 se iniciaron las actividades en el Centro de Cómputo "Emma Godoy", de donde han egresado más de 600 adultos mayores que se han capacitado en el manejo del programa office e internet, lo cual los acerca a una posibilidad de empleo.
Centros de Atención Integral	Se proporcionan servicios médicos especializados en geriatría, acupuntura, audiología, cardiología, dermatología, gastroenterología, ginecología, odontología, oftalmología, optometría, ortopedia, otorrinolaringología, psicología, reumatología, ultrasonografía, así como en rayos X, estudios de laboratorio y

	gabinete. Esta atención se brinda a través de sus cuatro centros de Atención Integral, ubicados en la Ciudad de México. Una de las principales ventajas de los centros de Atención Integral es que todos los adultos mayores reciben atención sin importar que sean derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Además, no tienen que hacer cita, excepto para los servicios de ultrasonido, rayos X y análisis clínicos. Son atendidos conforme llegan y el tiempo de estancia en el centro es de 45 minutos, aproximadamente. Al llegar los pacientes se les practica un examen general, se elabora su diagnóstico y posteriormente se les canaliza a la especialidad correspondiente, a partir de ese momento se inicia un seguimiento médico personalizado. De manera adicional, los pacientes tienen acceso a otros servicios como bolsa de trabajo, asesoría jurídica y afiliación a la tarjeta, que es la puerta de entrada a todos los servicios del INAPAM.
--	---

Nombre	Objetivo
“El INAPAM va a tu barrio”	A través de unidades móviles ofrece los servicios de afiliación, asistencia jurídica, consultas médica y odontológica a las personas de 60 años o más que no pueden acudir a los centros de Atención Integral, ya sea por su lejanía o por su condición física. Estas unidades visitan regularmente colonias y zonas marginadas, las cuales son programadas de acuerdo a los requerimientos que presentan al Instituto representantes o líderes vecinales.
Programa de credencialización	La credencial de afiliación al INAPAM es la puerta de entrada a todos los servicios que proporciona la Institución en los centros de atención integral, clubes de la tercera edad y centros culturales. Sirve como identificación oficial. La credencial es gratuita y las personas adultas mayores de 60 años de edad y más, pueden obtenerla en los 110 módulos fijos en diferentes partes del país.
Centros de Atención Integral	Brinda atención médica de primer nivel; apoya la detección, el control y el seguimiento de las enfermedades comunes en el adulto mayor. Este servicio lo ofrecen profesionales en diferentes disciplinas médicas y servicios de laboratorio y gabinete,

	en los cinco Centros de Atención Integral (CAI) del INAPAM en la Ciudad de México.
Clubes de la Tercera Edad	Son espacios comunitarios donde se reúnen e interactúan personas de 60 años y más, en los que se ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social. La finalidad de generar estos espacios es promover la participación de las personas mayores, fomentando la organización e intervención en la solución de sus problemas, al tiempo que propicia su permanencia en la comunidad. Para su funcionamiento cuentan con un reglamento específico, que hace que integrantes de los clubes, formen grupos autogestivos, capaces de tomar decisiones y participar activamente en la vida de su comunidad, decidiendo acciones a favor del beneficio colectivo, siempre bajo la orientación y asesoría de la Institución.
Abuelos en busca de amigos	Propicia el intercambio generacional entre las personas adultas mayores y menores infractores y en situación de calle, con el fin de favorecer la transmisión de valores sociales y culturales aceptables, a través de la realización de actividades socioculturales, artística y deportiva.

Nombre	Objetivo
Certificación en competencia laboral.	Tiene como objetivo formar y promover la certificación de recursos humanos con niveles óptimos en calidad y calidez de acuerdo con la Norma Institucional “Cuidado del Adulto Mayor” y con la Norma Técnica “Diseño e impartición de cursos”, para lo cual se creó el Centro Evaluador de Competencias Laborales del INAPAM.
Otros programas	Albergues y Residencias Diurnas, Actividades socioculturales, Centros Culturales, Cultura Física, Turismo y Recreación, Abuelos cuenta cuentos, Centro de documentación, Educación para la salud, Enseñanza, Servicios educativos, Servicios psicológicos.

Atención al público: 01 800 4 62 72 61
 Correo electrónico: comunicainapam@yahoo.com.mx
 Dirección: Petén 419, col. Narvarte, del. Benito Juárez,
 C.P. 03020, México, D.F., Tel. (55) 55-36-11-43,

En la Ciudad de México existe además el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores (IAAM-D.F.), que tiene como objetivos promover y propiciar el bienestar de las personas adultas mayores a través de:

- El ejercicio pleno de los derechos de las personas adultas mayores.
- Fomentar una cultura de la vejez, en la cual las personas adultas mayores se consideren y sean consideradas sujetos socialmente activos y en la que el envejecimiento sea vivido como un proceso normal, como parte del ciclo vital y en la que haya solidaridad intergeneracional.
- Proponer y promover políticas y programas de atención integral para las personas adultas mayores.
- Coordinar los programas y las acciones de atención para las personas adultas mayores que desarrollan las distintas instancias del Gobierno del Distrito Federal.



Los programas principales son 10, de los cuales 8 son directamente para la atención de adulto mayor y los 2 restantes para evaluar esa atención:

1. Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 años residentes en el D.F.
2. Visitas médicas domiciliarias para las personas que tienen pensión alimentaria.
 - Valoración Gerontogerítrica Integral con énfasis en la disfuncionalidad.
 - Perfil del estado de salud.
 - Atención en el nivel adecuado.

3. Redes sociales de apoyo para las personas adultas mayores.
4. Apoyo a cuidadores primarios y formación de acompañantes voluntarios.
5. Prevención y atención de la violencia contra las personas adultas mayores.
6. Recreación, cultura y activación física.
7. Difusión de los derechos de las personas adultas mayores.
8. Investigación y difusión.
 - Gerontológica
 - Geriátrica
 - Epidemiológica
9. Formación, capacitación y asesoría.
10. Evaluación de la calidad de la atención.

Los módulos del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal se ubican principalmente en los Centros de Salud del Gobierno del Distrito Federal y el horario de atención es:

Lunes a viernes de 9 a 15 horas. La responsable de la Atención es la Profesional de Servicios a Adultos Mayores, una Educadora Comunitaria.



El Módulo de Atención Central del Instituto, se encuentra ubicado en Río Volga, 77, 1er. piso, entre Río Nilo y Río Guadalquivir, col. Cuauhtémoc, del. Cuauhtémoc.

Horario de atención: Lunes a viernes de 9 a 16 horas.

Teléfono: 52 08 35 83

Correo electrónico: ad_mayor@df.gob.mx

SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

Dra. Ana Patricia Navarrete Reyes

Clínica de Geriatría

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”



Definición del problema

Sexualidad se refiere al conjunto de fenómenos emocionales y de conductas relacionadas al sexo que marcan al ser humano durante su vida. En la vejez, la sexualidad ocurre para la mayoría de los individuos en compañía de una pareja de largo tiempo. En el caso específico de los hombres, el proceso de envejecimiento casi siempre ocurre con una pareja; en el caso de las mujeres, cuya expectativa de vida es más grande, el envejecer frecuentemente sucede sin un compañero.

Estudios realizados recientemente demuestran que la posibilidad de ser sexualmente activo disminuye, de forma constante, mientras más se envejece; el índice de actividad es menor en las mujeres que en los hombres. Esto se acompaña de otras dimensiones, por ejemplo, la probabilidad de ser sexualmente activo se relaciona con la percepción de la propia salud, ya que es más frecuente el ejercicio de la sexualidad en los sujetos que se sienten más sanos.

Entre los adultos mayores que son sexualmente activos la frecuencia de relaciones sexuales varía entre una vez por semana y una vez por mes, y las prácticas más comunes son las relaciones vía vaginal, abrazos, besos, masturbación, caricias y otras formas de contacto sexual.

Aproximadamente la mitad de los adultos mayores con vida sexual activa reportan algún problema asociado a ésta, los problemas varían de acuerdo al género. Los hombres frecuentemente reportan problemas acerca de la capacidad de obtener o mantener una erección adecuada (lo que conocemos como impotencia sexual), la pérdida o disminución del deseo sexual, eyaculación precoz, ansiedad asociada a la actividad sexual e incapacidad para llegar al clímax. En el caso de las mujeres son la falta de interés en la actividad sexual, dificultad para la lubricación, inhabilidad para llegar al clímax, incapacidad para pensar en la actividad sexual como una actividad placentera y finalmente, la presencia de dolor. Es importante decir que quienes reportan más problemas son las personas que

padecen diabetes mellitus, osteoartritis, dolor crónico, enfermedades cardíacas, eventos vasculares cerebrales, incontinencia y uso de múltiples fármacos, todos estos problemas determinan la sexualidad del adulto mayor, de tal manera que hasta una cuarta parte de aquellos que han reportado algún problema dejan de tener relaciones sexuales más tarde o más temprano.

Medidas preventivas recomendadas

Tal vez uno de los aspectos más importantes para llevar una vida sexual saludable durante la vejez es conocer los cambios normales del envejecimiento sobre la sexualidad, así como aquellos problemas que se pueden mejorar tras un tratamiento, con medicamentos o con cirugía.

Las mujeres reportan distintos cambios a nivel de glándulas, músculos, huesos, genitales, vías urinarias, arterias y nervios periféricos. Estos diferentes cambios pueden ocasionar sequedad y acortamiento de la vagina, así como estrechamiento del introito vaginal y el adelgazamiento de los labios mayores y menores. Además, debido a la menor acidez vaginal y al adelgazamiento de la mucosa vaginal hay mayores probabilidades de que las adultas mayores tengan infecciones e inflamación vaginal. Es probable que haya eversión del orificio de la uretra que es muy sensible a la fricción y cause dolor durante la relación sexual. Otros cambios encontrados son: la presencia de laxitud de los músculos pélvicos y la incontinencia urinaria que empeora durante la relación sexual, lo que ocasiona incomodidad física y psicológica.

Hay otras enfermedades que afectan la sexualidad de la mujer como el tabaquismo, la diabetes mellitus y el aumento del colesterol en la sangre, lo que ocasiona disminución en la excitación y en la sensación de placer durante la relación sexual. La osteoartritis se asocia con pérdida de la elasticidad y del rango de movimiento de las articulaciones de la cadera y con dolor, lo que puede dificultar el acto sexual.



En los hombres, el envejecimiento se manifiesta por un aumento gradual en el tiempo para obtener una respuesta sexual física, por ello requiere una mayor estimulación; en resumen, el tiempo para obtener una erección, llevar a cabo el acto sexual y obtener otra erección es más prolongado. Es importante resaltar que estos cambios no deben ocasionar tristeza o ansiedad debido a que son normales, quizá sea una buena alternativa dedicar mayor tiempo a las fases iniciales de la relación sexual.

Ciertas enfermedades en los hombres pueden alterar la función sexual, como la diabetes mellitus que se asocia a la impotencia.

Algunas medidas preventivas para evitar las complicaciones de las enfermedades crónicas que afectan la sexualidad son:

- Mantener niveles óptimos de azúcar en sangre en los pacientes diabéticos.
- Mantener niveles adecuados de grasas en la sangre en los pacientes con alteraciones en los niveles de colesterol y triglicéridos.
- Tener el tratamiento correcto para el dolor en los pacientes con enfermedades articulares u otro tipo de dolor crónico.
- Contar con fisioterapia en pacientes con enfermedades articulares o con historia de embolia, con el fin de preservar o recuperar flexibilidad y fuerza.
- Suspender el tabaco.
- Tener el tratamiento óptimo en caso de incontinencia urinaria, fecal, etcétera.

Para finalizar, es pertinente hablar sobre las creencias y tabús sociales en relación al sexo en la vejez e insistir en que la sexualidad es una parte primordial en la vida independientemente de la edad del individuo por lo que no debe tratarse en secreto o con vergüenza y los adultos

mayores no deben negar sus deseo sexual y las actividades placenteras que pueden realizar con su pareja.

Hábitos de salud que se deben desarrollar

Como hemos mencionado, la correcta atención de las enfermedades de base del adulto mayor tiene beneficios en su vida sexual. Es importante contar con el seguimiento de un equipo de salud en caso de padecer alguna enfermedad crónica. Se recomienda acudir a una valoración médica especializada en caso de presentar algún problema de tipo sexual. Muchas de las quejas frecuentes son asociadas al envejecimiento y pueden ser normales, pero muchas otras pueden ser tratadas, por ejemplo el dolor articular o muscular, la incontinencia urinaria o fecal, el cistocele, etcétera.



Otros hábitos de salud que permiten que haya una vida sexual saludable son: suspender el tabaquismo, una dieta balanceada y realizar actividad física, específicamente ejercicio, a lo largo de la vida.

Beneficios

La atención a la salud y a la sexualidad están íntimamente relacionadas, por un lado, el envejecer con una pareja favorece el conocimiento del otro y del propio cuerpo, lo que da por resultado una menor inhibición y beneficia algunos aspectos de la vida sexual del adulto mayor.

Sin embargo, el envejecer también se relaciona con una disminución de la respuesta física al estímulo sexual, inhibición por la percepción del propio cuerpo y los prejuicios sociales.

Aún más, la práctica de la sexualidad tiene efectos positivos sobre la salud, pues la salud se entiende también en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que la comprenden.

Es capaz de favorecer mejores patrones de circulación y representa una forma de ejercicio físico que mejora algunos dolores, incluyendo los de las articulaciones.

En el aspecto espiritual se relaciona con una sensación de felicidad y de realización.

Efectos de la sexualidad en el envejecimiento y los del envejecimiento en la sexualidad

Efectos del envejecimiento en la sexualidad	Positivos	• Mejor conocimiento de la pareja • Menor inhibición • Más tiempo • Conocimiento del propio cuerpo
Efectos de la sexualidad en el envejecimiento	Negativos	• Respuesta sexual menos intensa • Mayor inhibición por la percepción del propio cuerpo • Prejuicios sociales • Secretismo / Tabús
	Positivos	• Mejor circulación • Forma de ejercicio • Sensación de plenitud • Seguridad de no estar solo • Orgullo del cuerpo propio • Visión optimista ante la vida • Indicador de buena salud • Felicidad • Mejoría del dolor de articulaciones
	Negativos	• Preocupación acerca de contraer o transmitir alguna infección. • Percepción de que se perderá prestigio o que no está bien, si se es un adulto mayor sexualmente activo



Hábitos para mantener una vida sexual sana

Para mantener una vida sexual sana durante la vejez se recomienda tener los siguientes hábitos:

- Acuda periódicamente a sus revisiones médicas con el fin de controlar los padecimientos e identificar nuevos.
- Recuerde llevar las dosis y nombres de los fármacos que utiliza, quizá alguno de ellos pueda asociarse a problemas en la sexualidad como impotencia o disminución de la libido.



- La meta es mantener controles óptimos de sus enfermedades incluyendo diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y colesterol elevado en la sangre.
- Si tiene algún problema asociado con su sexualidad coméntelo con su médico, es probable que él o ella pueda ofrecerle algún tratamiento.
- No inicie tratamientos por su cuenta. Actualmente existen múltiples opciones médicas, pero éstas son exitosas sólo si se tiene un buen diagnóstico. Además muchos medicamentos pueden interaccionar con otros fármacos que quizá ya tome. Consulte con su médico.

- Evite fumar.
- Permanezca físicamente activo, consulte con su médico en relación con la frecuencia, tipo e intensidad del ejercicio físico que puede realizar.
- Consuma una dieta balanceada, pregunte a su nutriólogo.



Bibliografía:

Envejecer bien, vivir bien: salud sexual, Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer.

<http://www.womenshealth.gov/espanol/mayores/sexual/index.cfm>

La sexualidad en la edad avanzada, National Institute of Aging.

<http://www.nia.nih.gov/HealthInformation/Publications/Spanish/sexuality-sp.htm>

3ª edad.

<http://www.tercera-edad.org/salud/sexualidad-tercera-edad.asp>

Butler, Robert N. and I. Lewis Myrna, *The New Love and Sex After 60*, Ballantine Books, 2002.

Langer, Nieli, *Love and Sex: Are we ever too old?!?*, Trafford Publishing, 2006.

López Sánchez, Félix, Juan Carlos Olazábal Ulacia, *Sexualidad en la vejez*, 2ª edición, Madrid, Editorial Pirámide, 2005.

EL ADULTO MAYOR CON CATARATAS Y PROBLEMAS DE LA VISIÓN

Dr. Mariano Montaña Álvarez
Especialista en medicina Interna y Geriátrica.
Instituto de Geriátrica, Instituto Nacional de Salud.



Una buena vista es necesaria para ser independiente en las actividades que realizamos dentro y fuera de nuestra casa. Los adultos mayores suelen padecer enfermedades que afectan la calidad de su visión e incluso producen ceguera, por ello, la evaluación de la agudeza visual y la salud de los ojos es parte esencial de la atención médica geriátrica y gerontológica.

En Latinoamérica 9.1 millones de personas padecen alteraciones visuales, las cataratas son la principal causa, pues representan el 44% de los casos de ceguera y 51.6% de los casos con deterioro visual. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud conformó en 1999 la Agencia para la prevención de la Ceguera cuyo principal fin es que para el año 2020 sean eliminadas todas las causas de ceguera prevenible, entre ellas las cataratas.

Cambios en la visión asociados al envejecimiento

El ojo es el órgano encargado de transmitir al cerebro las imágenes que se encuentran a nuestro alrededor. Como una cámara fotográfica, sus primeros componentes son un juego de lentes conformados por la cornea y el cristalino que se encargan de enfocar la luz y las imágenes a la película fotográfica que representa a la retina, encargada de identificar la imagen y transmitirla a través del nervio óptico al cerebro.

Con el paso de los años se producen cambios en los componentes del ojo que pueden afectar la calidad de la visión. La cornea es el lente que cubre la parte con color de nuestros ojos, suele presentar cambios en la calidad de sus proteínas que provoca alteraciones en su forma esférica que se asocian con astigmatismo, sin embargo no suele afectarse su transparencia a menos que haya sido lastimada o cuente con cicatrices.

El cristalino es un lente que se encuentra dentro del ojo y es responsable de enfocar claramente las imágenes a la retina. La presbiopia o alteraciones para leer de cerca, que suelen presentarse en las personas después de los 40 años de edad, están asociadas a la pérdida de la flexibilidad del cristalino que dificulta su capacidad para enfocar bien las letras pequeñas en la retina, por lo que se requiere utilizar lentes graduados para su corrección. Con el envejecimiento se depositan pigmentos amarillos dentro del cristalino que disminuyen la capacidad para transmitir la luz, además se producen cambios en las proteínas que lo conforman, alterando su arquitectura y generando opacidades, principio por el que se producen las cataratas.

En el caso de la retina, los cambios que se producen por el envejecimiento se asocian a la disminución de los receptores de luz que disminuye la sensibilidad y la agudeza visual, particularmente en la oscuridad. Sin embargo, la retina es blanco de muchas enfermedades



crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial que suelen afectar su circulación y producir pequeños infartos que disminuyen la superficie donde se perciben las imágenes.

Principales causas de problemas visuales en el adulto mayor

Existen muchas enfermedades que pueden producir alteraciones visuales o ceguera en los adultos mayores, las cataratas representan la principal causa prevenible de déficit visual y ceguera en este grupo de edad, por ello la abordaremos de forma extensa más adelante.

Otras enfermedades que suelen afectar la visión son la maculopatía degenerativa, la retinopatía diabética, el glaucoma y los problemas refractarios como la presbiopía, el astigmatismo, la miopía y la hipermetropía.

Maculopatía degenerativa

La mácula es la parte central de la retina y es responsable de la mayor sensibilidad para identificar imágenes. Además de la edad, el tabaquismo y la exposición prolongada a luz intensa suelen ser causas asociadas con el daño de la mácula. El paciente es incapaz de ver la parte central del campo visual, refiriendo que observa una mancha negra al centro de su visión, lo que dificulta su capacidad para leer, reconocer caras e identificar la distancia y profundidad de los objetos lo que afecta seriamente su movilidad e independencia, perdiendo

incluso la capacidad para conducir un automóvil. No existen tratamientos que prevengan o curen esta enfermedad, requiere ser supervisado por el oftalmólogo y habitualmente se administran complejos multivitamínicos especiales que suelen retrasar la progresión de la enfermedad.



Retinopatía diabética

La diabetes mellitus suele producir alteraciones serias en los vasos sanguíneos incluyendo los del ojo, particularmente en la retina. Estos cambios ocasionan que se tapen algunos vasos sanguíneos, lo que puede producir pequeños infartos en la retina que producen áreas sin percepción de imágenes en el campo visual, las personas afectadas suelen referir manchas oscuras en su visión que dificultan observar las imágenes que les rodean. Las

alteraciones en la circulación también se relacionan con la formación de nuevos vasos sanguíneos de mala calidad que se asocian con hemorragias o sangrados en la retina, que pueden llegar a desprenderla parcial o totalmente y producir pérdida aguda de la visión. La mejor forma para prevenir esta complicación de la diabetes es su detección temprana y un tratamiento adecuado. En los pacientes diabéticos se requiere hacer una evaluación cada seis meses por el oftalmólogo, lo que permite detectar las alteraciones en la circulación de forma temprana y aplicar en los pacientes candidatos tratamiento con rayo láser, para evitar las grandes hemorragias y desprendimiento de la retina que produce ceguera.

Glaucoma

Esta enfermedad se caracteriza por un aumento de presión en la parte anterior del ojo, generada por una mayor producción del líquido que se encuentra en su interior o por problemas en su eliminación. El glaucoma suele ser más común en personas afroamericanas, se caracteriza por pérdida progresiva de las porciones periféricas de la visión, como si se viera a través de un tubo. Si no es detectada y tratada a tiempo, el aumento en la presión del ojo puede llevar a que se corte la circulación y muera la retina produciendo ceguera irreversible.

Es importante que el oftalmólogo tome la presión ocular en los adultos mayores que asistan a valoración, ya que la detección oportuna del glaucoma permite, en

algunos casos, iniciar tratamientos con diuréticos y en casos extremos procedimientos quirúrgicos que permitan prevenir la pérdida de la visión por el aumento en la presión del ojo.

Problemas refractarios (miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbiopía)

La forma del ojo puede afectar la capacidad de la retina para recibir de forma adecuada cualquier imagen, si bien el envejecimiento no modifica el tamaño del ojo, el adulto mayor puede haber padecido algunas de estas enfermedades durante su vida sin haberse percatado.

Durante la evaluación de la agudeza visual se utilizan cartas con letras o imágenes que permiten identificar la graduación de lentes que necesita una persona para ver correctamente, se pueden identificar a las personas con enfermedades asociadas por la forma del ojo, como la miopía (dificultad para ver de lejos) y la hipermetropía (dificultad para ver de cerca), problemas con la forma esférica de la cornea que producen astigmatismo (incapacidad para enfocar correctamente los objetos a cualquier distancia) y los asociados a la alteración en la flexibilidad del cristalino o presbiopía (dificultad para leer letras pequeñas). Estos tipos de alteraciones se corrigen con la adaptación de lentes graduados que son prescritos por el médico oftalmólogo.

Las cataratas

Las cataratas son la principal causa de ceguera prevenible en los adultos mayores en todo el mundo. En México casi 3% de la población mayor de 50 años presenta alteraciones visuales asociadas a esta enfermedad y casi 1% presentan ceguera. Es muy importante que los adultos mayores conozcan lo más que puedan esta enfermedad, con la finalidad de detectar oportunamente las alteraciones en la visión que produce, y puedan ser sometidos a una cirugía correctiva de bajo riesgo, que suele proporcionarse en todos los servicios de salud en México, incluyendo el Seguro Popular y el Programa Oportunidades. Además en muchos estados de la república existen programas o campañas de salud que realizan la cirugía de forma gratuita a personas con cataratas.

¿Qué produce las cataratas?

La mayoría de las cataratas se producen por el envejecimiento del cristalino asociado con el depósito de pigmentos amarillos en su estructura que generan la pérdida de transparencia y capacidad para transmitir la luz.

Existen otros factores que se asocian con la formación de cataratas, generalmente al acelerar los procesos que se presentan durante el envejecimiento.

En los países en vías de desarrollo la desnutrición, las enfermedades agudas que producen deshidratación y la exposición prolongada a la luz solar (particularmente a la radiación ultravioleta) son factores que se han asociado al desarrollo de cataratas, y lo preocupante es que todos estos factores están presentes a lo largo de la vida. Mientras tanto, en los países desarrollados los factores asociados con el desarrollo de cataratas son el tabaquismo, la diabetes y el uso de tratamientos ingeridos o inyectados que contienen distintos tipos de cortisona, todos ellos relacionados a la producción de sustancias oxidantes que dañan las proteínas que conforman el cristalino.



¿Cuáles son los síntomas de las cataratas?

La catarata es percibida por el paciente dependiendo de la región del cristalino que se encuentre afectada. Es por ello que abordaremos cada una de las variantes de las cataratas de forma individual:

Catarata nuclear. Afecta la parte central del cristalino y es percibida como una cortina o tela que obstruye la visión, con reducción gradual del contraste de los objetos y disminución en la intensidad de los colores. La agudeza visual suele estar conservada en las etapas tempranas de la enfermedad, pero se asocia con ceguera en sus etapas avanzadas. Puede generar problemas para reconocer caras e identificar objetos pequeños.

Catarata cortical. Podríamos imaginar al cristalino como una cebolla, conformado por múltiples capas de proteínas que conforman el lente. Las cataratas corticales se caracterizan por opacidades que sólo afectan las capas más externas del cristalino.

Los pacientes presentan dificultades para leer y su visión empeora al ser expuesto a grandes cantidades de luz como la de un reflector, lámpara o reflejos de la luz solar al conducir un auto. Los pacientes tienen peor visión durante la noche.

Catarata subcapsular. Afecta las capas internas del cristalino en su parte posterior. El paciente suele tener peor visibilidad en lugares bien iluminados que en lugares oscuros, tienen problemas para manejar un automóvil durante el día y para leer, lo cual afecta su capacidad laboral sobre todo en espacios abiertos.

¿Cómo se comprueba si tengo cataratas?

Es necesario acudir con el médico oftalmólogo para una evaluación completa de ambos ojos. La revisión incluye generalmente una prueba de agudeza visual, un examen ocular con un microscopio que permite ver la catarata en cualquier etapa de su desarrollo y en algunas ocasiones se colocarán medicamentos para dilatar la pupila que permitirá observar la retina con mayor claridad. Si le aplican medicamentos para dilatar sus pupilas presentará problemas para enfocar su visión por algunas horas, es importante que a su revisión médica siempre asista acompañado por un familiar que lo pueda asistir para regresar a su domicilio.



¿Cuál es el tratamiento ideal para las cataratas?

En la etapa temprana de una catarata se puede mejorar la visión con el uso de lentes graduados, en esos casos el médico oftalmólogo prescribirá la graduación adecuada para sus lentes. Sin embargo, el uso de lentes no curará ni retrasará la progresión de la enfermedad.

Aún no existe algún medicamento que prevenga o quite las cataratas, por lo que no está justificada la prescripción de complejos multivitamínicos o medicamentos naturistas o antioxidantes que pretendan retrasar su aparición. El único tratamiento médico que está justificado es el control adecuado de la diabetes mellitus y la suspensión del hábito de fumar.

La cirugía es al momento el único método que resuelve definitivamente las cataratas. Con los avances en la medicina, la cirugía de extracción de cataratas ha pasado de un procedimiento cruento que tardaba más de tres semanas para su recuperación en una cirugía simple que permite al paciente egresar del hospital el mismo día de la cirugía y siete días en incorporarse a sus actividades cotidianas.

La cirugía que se realiza con mayor frecuencia es la facoemulsificación con colocación de lente intraocular que se realiza con anestesia local. La cirugía consiste en realizar una incisión cercana a los 3 mm alrededor de la córnea por donde se introduce un aparato que mediante

ultrasonido destruye la parte central de la catarata, la cual es aspirada y sustituida por un lente flexible. Al colocar el lente se busca suplir la función de enfoque que brinda el cristalino y permite que el paciente mantenga una buena capacidad visual. Rara vez este tipo de cirugía requiere de sutura, solamente se aplica una dosis pequeña de antibiótico dentro del ojo para evitar infecciones. Se considera una cirugía de bajo riesgo que el médico puede realizar en cualquier adulto mayor.



¿Existen complicaciones por la cirugía de cataratas?

Aunque la facoemulsificación es un procedimiento de bajo riesgo realizado con anestesia local, las complicaciones de esta cirugía son muy raras, pero aun así deberán de ser platicadas por cada uno de los pacientes con sus médicos antes del procedimiento. Una de las complicaciones más comunes son las infecciones que se

asocian con opacidades corneales y cicatrices que pueden producir ceguera, es por ello que, después de la cirugía, debe haber un seguimiento de parte del médico.

Otra de las complicaciones posteriores a la cirugía es la luxación del lente intraocular y ocurre cuando los pacientes no disminuyeron su actividad física la primera semana después del procedimiento. El cargar objetos pesados o realizar actividades físicas fuertes suelen asociarse con aumento en la presión dentro del ojo que favorece que el lente intraocular se salga de su lugar. Otra puede ser una infección viral como la gripe o una infección de la garganta que produzca accesos de tos intensos, lo cual puede generar un aumento en la presión del ojo que afecte la posición del lente.

Dado que en la facoemulsificación no se extrae la capa externa del cristalino, se puede producir en las semanas siguientes a la cirugía una opacificación de la corteza posterior del cristalino, que afecta seriamente la agudeza visual, lo cual suele resolverse con tratamiento láser en el ojo afectado, por lo que el paciente no deberá preocuparse.

Si usted es sometido a una cirugía de catarata deberá reportar a sus médicos cualquier cambio en su ojo, dolor o alteraciones visuales que pueda presentar en las semanas posteriores a la cirugía, para que las molestias sean manejadas de forma oportuna y adecuada.

¿Qué información debo proporcionar a mis médicos antes de la cirugía?

Es muy importante informarle al médico cada una de las enfermedades que padece así como los medicamentos que utiliza. Especialmente hay que comentar si se tiene algún tratamiento para la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ya que deberán de ajustar sus dosis, particularmente el día de la cirugía. También es necesario que reporte sobre alergias a medicamentos para el dolor, anestésicos y antibióticos.



Los varones con problemas de próstata que utilizan medicamentos como la tamsulosina y otros que actúan en los receptores alfa de la adrenalina pueden producir alteraciones en la presión arterial que probablemente compliquen la cirugía. Por lo que es necesario suspenderlos antes del procedimiento.

Aunque el uso de medicamentos como la aspirina (ácido acetilsalicílico) y otros medicamentos que afectan la coagulación no incrementa aparentemente el riesgo de presentar sangrado durante la cirugía, es recomendable que su equipo médico evalúe su retiro para evitar alguna complicación.

Recomendaciones para el cuidado de la visión en los adultos mayores

Para los adultos mayores sin enfermedades crónicas es recomendable una revisión oftalmológica una vez por año, que incluya la medición de la agudeza visual, la medida de la presión intraocular y la revisión de la transparencia de la cornea y el cristalino, así como de la retina.

En pacientes con enfermedades como diabetes mellitus e hipertensión arterial, así como personas con consumo prolongado de cigarros se recomienda la revisión por el oftalmólogo cada seis meses, ya que tienen mayor riesgo de presentar enfermedades que puedan afectar la

capacidad visual y la independencia. Es necesario un control y tratamiento estricto de sus enfermedades, así como suspender el consumo de tabaco lo antes posible.

Recuerde que una buena visión es lo principal para una vida sana y un envejecimiento exitoso, por lo que cada adulto mayor deberá cuidar sus ojos como un tesoro invaluable para tener un buen funcionamiento dentro y fuera de su casa, así como una buena calidad de vida.

Por ello, al detectar algún problema con su vista deberá asistir lo más pronto posible con su médico oftalmólogo.



Para saber más:

1. Cataratas. Asociación para Evitar la Ceguera en México I.A.P. Hospital “Dr. Luis Sánchez Bulnes”.
http://www.apec.org.mx/pad_catrata.html
2. Cataratas. MedlinePlus. Información de salud para usted.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001001.htm>
3. Cataratas. Geosalud.
<http://www.geosalud.com/Ojos/cataratas.htm>

Referencias:

1. Limburg, H., J.C. Silva, A. Foster, “Cataract in Latin America: Findings form Nine Recent Surveys”, *Rev Panam Salud Pública*, 2009; 25(5): 449-455.
2. Limburg, H., F. Barria von-Bischhoffshausen, P. Gómez, J.C. Silva, A. Foster, *Review of Recent Surveys on Blindness and Visual Impairment in Latin American*, Br J Ophtalmol, 2008; 92: 315-319.
3. Salvi, S.M., S. Akhtar, Z. Currie, “Ageing Changes in the Eye”, *Postgrad Med J.*, 2006; 82: 581-587.
4. Allen, D., A. Vasavada, “Cataract and Surgery for Cataract”, *BMJ*, 2006; 333: 128-32.
5. Halter, J.B., J.G. Ouslander, M.E. Tinetti, S. Studenski, K.P. High, S. Asthana, *Hazzard’s Geriatric Medicine and Gerontology*, 6th Edition, McGraw Hill, 2009.

INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR

Dra. Sara Gloria Aguilar Navarro

Especialista en Medicina Interna y Geriátría

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Departamento de Geriátría



La Incontinencia Urinaria (IU) en el adulto mayor es un problema potencialmente tratable. Sus consecuencias producen un importante deterioro funcional, alteración en la calidad de vida, fragilidad, institucionalización y muerte. En México se calcula que hay 8 millones de personas con incontinencia en hombres y mujeres, jóvenes y mayores.

Las tres cuartas partes de quienes la presentan son **MUJERES**. Una de cada cuatro personas presenta incontinencia en algún momento de su vida. Dependiendo del tipo de estudio, de la población y definición, se calcula que del 30 al 50% de las personas mayores de 65 años la padecen. Sin embargo es muy importante señalar que la INCONTINENCIA no es una consecuencia inevitable de la edad, por lo tanto, la pérdida involuntaria de orina debe ser interpretada como un síntoma de disfunción de algún sistema integrado en el mantenimiento de la incontinencia.

¿Que es la incontinencia urinaria?

Es la pérdida involuntaria de orina o la incapacidad de contener la orina, desde pequeños goteos, hasta el no poder llegar al baño.

Aunque se asocia con adultos mayores, se puede presentar en cualquier edad, en hombre y mujeres sin distinción

¿Por qué se presenta la incontinencia?

No es un resultado inevitable del envejecimiento hay casi siempre una causa para que se presente y puede ser tratada o manejada.

Tiene diferentes causas en las MUJERES como flacidez en los músculos del piso; pélvico, trauma obstétrico, es decir, debido a múltiples partos.

Otros factores como obesidad, tabaquismo, infecciones, daño en los nervios, o como resultado del consumo de algunos medicamentos.

En los hombres: el crecimiento prostático es una de las principales causas.

Son cinco tipos de incontinencia urinaria

Incontinencia de esfuerzo o estrés:

Son pérdidas de orina inesperadas causadas por cambios de presión entre la vejiga y la uretra al cargar algo pesado, reír, estornudar, toser y en general en esfuerzos físicos.

Causas: debilitamiento de los músculos del suelo pélvico (partos, embarazos).

Algunas mujeres pueden presentar incontinencia durante o después del embarazo, ya sea de manera temporal o permanente.

Incontinencia de urgencia:

Ocurre cuando sobreviene una fuerte y urgente necesidad de orinar; la vejiga se vacía a pesar de muchos esfuerzos que se realicen para impedirlo.

Causas: una falta de coordinación entre los impulsos que el cerebro manda a la vejiga y lo que ésta realmente hace.

Incontinencia por rebosamiento o por goteo:

Cuando la vejiga no se vacía por completo retiene la orina (bien por falla vesical o por obstrucción) y al final puede empezar a gotear. Es frecuente en los hombres.

Causas: crecimiento de la próstata.

Incontinencia funcional:

Es la dificultad para llegar a tiempo al baño debido a condiciones físicas como la artritis, postración u otras incapacidades hace que haya pérdidas de orina.



Incontinencia mixta:

Es muy común que se tengan más de uno de los síntomas anteriores y puede ser:

- Ligera: goteo o pérdida incontrolable de pequeñas cantidades de orina.
- Moderada: pérdida incontrolable de pequeñas a moderadas cantidades que van, más o menos, de media taza a una taza.
- Severa: pérdida de grandes cantidades de orina y que pueden ser más de una taza.



¿Cuáles son los síntomas asociados a la incontinencia urinaria?



- Fuerte y repentina urgencia de ir al baño.
 - Sentir la vejiga llena después de ir al baño.
 - Expulsar poca orina a la hora de ir al baño.
 - Tener salidas o escapes involuntarios de orina.
 - Incrementar en la frecuencia de orina (más de ocho veces en 24 horas).
-
- Despertar dos o más veces en la noche para ir al baño.
 - Padecer estreñimiento con frecuencia.

Cuando tenga síntomas recurrentes de incontinencia debe consultar a su médico y comentar el problema que tiene.

¿Existen mitos alrededor de la incontinencia?

- Por razones culturales muchas personas que presentan incontinencia lo mantienen en secreto y nunca buscan apoyo, por lo tanto no toman soluciones adecuadas.
- El 74% de los pacientes que presentan incontinencia no piden ayuda profesional.
- El ocultar el problema afecta la *calidad de vida* de quien la presenta, debido a trastornos emocionales y sociales que comúnmente pueden derivar en aislamiento social voluntario e interferir en su vida familiar, económica y sexual.
- Recientemente la Organización Mundial de la Salud ha considerado a la incontinencia como “el último tabú médico” y se han hecho esfuerzos a nivel mundial para combatir las barreras que existen para tratar el tema.
- Actualmente existen alternativas que permiten que las personas que presentan incontinencia puedan seguir con su vida normalmente.

¿Cuál es el tratamiento para la incontinencia urinaria?

Tratamiento no farmacológico:

- Utilizar productos absorbentes diseñados especialmente para la incontinencia tanto para hombres como para mujeres.
- Ejercicios de la musculatura pelviana.
- A los pacientes con demencia se les alecciona para que orine cada 2 horas.

Terapias

Calendario miccional:

- Establecer una frecuencia miccional sencilla.
- Ésta se puede ampliar en intervalos hasta alcanzar una frecuencia diurna normal.
- Objetivo: lograr orinar cada 2 o 3 horas.

Norma para ingesta de líquidos:

- No dejar de ingerir líquidos.
- Ingesta normal: 30 ml/kg (de un litro a litro y medio diariamente).
- Evitar bebidas frías o estimulantes como el café, té, etcétera.
- Detener la ingesta de líquidos por lo menos 2 horas antes de ir a dormir.

Ejercicios de suelo pélvico:

Son llamados de Kegel por ser su creador y consisten en hacer contracciones del piso pélvico, como si se quisiera detener un objeto con los músculos de la pelvis, como si tuviera una “ciruela en la vagina y quisiera evitar que saliera”.

- Se realizan de 5 a 10 segundos, 30 repeticiones mínimo por día. Se pueden realizar sentado, acostado y parado.
- Su efecto es muy bueno, de 4 a 8 semanas se logra una mejoría del 81% principalmente para la incontinencia de esfuerzo, urgencia y mixta. Los hombres también los pueden realizar.



¿Existe tratamiento farmacológico para la incontinencia urinaria?

Si las opciones terapéuticas son múltiples, siempre deben estar indicadas y supervisadas por un médico debido a la alta posibilidad de eventos adversos, particularmente en los adultos mayores. Algunos medicamentos utilizados con más seguridad son:

- Oxibutinina 2.5 a 5 mg. 3 o 4 veces al día.
- Tolterodina (Detrusitol) 1 a 2 mg. 2 veces al día.
- Desmopresina
- Duloxetina cada 24 horas.

Siempre deben suministrarse bajo indicación médica.

Conclusiones

- Recordemos que éste no es un tema fácil para quien lo vive y para atenderlo, el primer paso es la aceptación.
- La incontinencia afecta a 8 millones de mexicanos, 75% de los cuales son **MUJERES**.
- Es un síntoma común que debe ser atendido porque afecta la salud y la calidad de vida.
- Mantener un peso adecuado, evitar la obesidad, fumar, la constipación, la tos. Incluso el uso de

algunos fármacos puede empeorar los síntomas. Cabe recordar que las personas con demencia, que sufran de embolias, parkinson, incluso depresión, bronquitis y enfisema pueden presentar más frecuentemente incontinencia.

- Lo invitamos a favorecer la comunicación con su médico ante este problema.
- Desde que se detecta incontinencia recurrente es recomendable acercarse a los especialistas como urólogos, ginecólogos y geriatras, ya que todos ellos pueden atenderlo.



Referencias bibliográficas:

Aguilar Navarro, S.G., "Incontinencia urinaria en el adulto mayor", *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2007, 15: 1.

David, B.R, H. Keela, J. Pacala, B. Pollock, *et al.*, *Geriatrics Fingertips 2010*, American Geriatrics Society. *International Continence Society Farmacia Preventive*, febrero 2002; 16(2): 70-76.

Salgado Alba, A., J.I. González Montalvo, M.T. Alarcón Alarcón, "Asistencia en atención primaria de salud", *Fundamentos prácticos de la asistencia en el anciano*, Barcelona, Masson, 2003, pp. 17-26.

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR

Dra. Flor María Avila Fematt

Instituto de Geriátría, Instituto Nacional de Salud



El dormir adecuadamente es esencial para una vida saludable y para mantener un estado de bienestar físico y emocional.

La ausencia de buen sueño tiene gran impacto en la calidad de vida de las personas mayores y puede asociarse a condiciones de enfermedad.

El sueño cumple múltiples y muy variadas funciones relacionadas con nuestra capacidad para el buen desempeño de las actividades en nuestra vida cotidiana, por ejemplo:

- Restauración y recuperación de nuestros sistemas orgánicos ya que el cuerpo requiere de abastecerse de energía después del periodo de desgaste al mantenerse despierto durante el día. Mientras dormimos, el metabolismo de nuestro cuerpo disminuye, de tal forma, que no solo se recupera la energía sino que también la ahorra.
- Contribuye al buen funcionamiento de la memoria y ayuda a concentrarse en las tareas diarias. Mientras dormimos nuestro cerebro organiza y correlaciona nuestros recuerdos.
- Permite un periodo de relajación sin estrés emocional y libre de ansiedad.
- Mantenimiento de una mejor función cardiovascular.
- Modulación del estado de ánimo, ya que ayuda a disminuir irritabilidad, impaciencia y depresión.
- Contribuye al mejor funcionamiento de nuestro sistema inmunológico.

A medida que envejecemos, nuestro patrón de sueño puede sufrir algunos cambios volviéndose más frágil, liviano e inestable. En general suele dormirse menos horas, tener sueño fraccionado y menos periodos de sueño reparador.

Más de la mitad de los adultos mayores manifiestan alguna queja relacionada con problemas para dormir, por lo que es importante señalar algunas de las causas que propician trastornos del sueño:

- Pobres hábitos para dormir: horarios irregulares, siestas diurnas, ver televisión al acostarse, consumo de alcohol y tabaco antes de ir a la cama.
- Medicamentos que afectan el sueño como los diuréticos; para el control de asma; para el resfriado común; para control de la tiroides.
- Dolor agudo o crónico.
- Enfermedades descompensadas: infecciones urinarias y pulmonares, insuficiencia cardiaca o enfermedad pulmonar, constipación, reflujo gastroesofágico, enfermedades de la piel que causan prurito o comezón, depresión y demencia.
- Tomar cafeína contenida en el café, algunos tes, y refrescos de cola y chocolate.

- Inactividad física.
- Discapacidad.
- Estrés de la vida cotidiana.
- Soledad
- Muerte de seres queridos.
- Vivir en una casa de reposo o asilo
- Hospitalización
- Disponer de demasiado tiempo libre después de la jubilación o el retiro.



La depresión se asocia frecuentemente a insomnio y el tratamiento adecuado de la misma puede ser un coadyuvante para la mejoría del trastorno del sueño. Por otro lado, un adulto mayor que en cierto momento padezca insomnio sin depresión, con el correr del tiempo tendrá dificultad para dormir y seguramente terminará deprimido.

El abuso de alcohol y sedantes son una causa muy frecuente y poco reconocida de insomnio, ya que esas sustancias utilizadas de forma inadecuada propician fragmentación del sueño y tolerancia progresiva a los sedantes, de tal forma, que cada vez habrá necesidad de elevar las dosis habituales, con lo que a la postre, se propicia agravamiento de enfermedades como la apnea del sueño.

Las necesidades de sueño de cada persona son diferentes, de tal manera que si el adulto mayor duerme ahora menos tiempo pero no presenta problema alguno, se siente descansado y con energía durante el día, es posible que no sufra de ningún trastorno.

Sin embargo, si el adulto mayor nota que esa falta de sueño afecta sus actividades diarias, es probable que nos encontremos frente a una enfermedad.

El trastorno del sueño más frecuente entre las personas mayores es el *insomnio* que se manifiesta por:

- Dificultad y algunas veces imposibilidad total para conciliar el sueño.
- Despertar varias veces por la noche ante el mínimo estímulo o bien espontáneamente.
- Incapacidad para volver a dormir una vez despierto.
- Fatiga intensa, sensación de no haber descansado.
- Irritabilidad.
- Falta de concentración.
- Dolor de cabeza.
- Confusión.
- Agravamiento de depresión y demencias.
- Descompensación de otras enfermedades.

Otra de las enfermedades frecuentes es la llamada *apnea del sueño* que se caracteriza por:

- Periodos de reducción de la ventilación durante el sueño en los cuales la oxigenación de nuestro organismo es deficiente.
- Generalmente la persona que duerme con el, adulto mayor tiene ronquidos severos, que los nota.
- Cesación de la respiración.
- Constante inquietud aunque el paciente no se percate de ello.
- Interrupción del sueño.
- Esta condición es más frecuente en personas mayores obesas y de cuello corto.
- Se agrava con la ingesta de alcohol y tiene repercusiones graves en el estado de salud.
- Se ha relacionado con demencia.
- Se acompaña de periodos de somnolencia durante el día, trastornos de la personalidad, irritabilidad, dolor de cabeza constante, elevación de la presión arterial, fallos de memoria y dificultad para pensar en forma clara.



¿Cuándo visitar al médico?

Cualquier trastorno para dormir que persista por más de algunos días es suficiente para buscar ayuda médica. Los cambios en el patrón habitual de sueño pueden indicar que alguna enfermedad está oculta o bien descompensada. Los trastornos del sueño merecen toda la atención del adulto mayor así como del equipo de salud a quienes ha confiado su cuidado.

El médico deberá de hacer una historia clínica completa así como interrogar de forma dirigida hacia las características del sueño, practicar una exhaustiva exploración física, hacer un recuento meticuloso de los medicamentos que toma el paciente, investigar la situación social y familiar y solicitar exámenes de laboratorio especiales si así se requiere.



¿Cuáles son los hábitos de higiene de sueño más recomendables?

- Procure mantener una hora fija para acostarse.
- Procure mantener una hora fija para levantarse.
- Disminuya o evite las siestas durante el día.
- Ejercítese durante el día, pero no inmediatamente antes de acostarse ya que eso activa al sistema nervioso.
- Vaya a la cama sólo para dormir.
- No lea o vea televisión al acostarse.
- No utilice la hora de dormir como “hora de repasar las preocupaciones”.
- Evite cenas abundantes antes de ir a la cama.
- No use tabaco, cafeína o alcohol antes de ir a la cama.
- Mantenga una rutina de preparación para ir a la cama, por ejemplo asearse y lavarse los dientes, preparar la pijama, oraciones y reflexiones agradables y propositivas.
- Controle el ambiente de su habitación en relación con la temperatura, oscuridad y silencio necesarios.
- Use ropa cómoda y holgada.
- Si después de media hora no logra dormir, escuche un poco de música suave y evite prender la luz, ya que esto ahuyentará aún más el sueño.
- Tome sus medicamentos a una hora determinada.

- **NO SE AUTOMEDIQUE NI UTILICE MEDICAMENTOS “NATURALES” O ANTIHISTAMÍNICOS USADOS PARA EL RESFRIADO COMÚN.**

¿Se pueden utilizar medicamentos para dormir?

- La medicación para dormir siempre debe ser prescrita por el médico.
- Si bien cada vez hay mejores medicamentos, todos los inductores del sueño tienen efectos secundarios que es necesario vigilar.
- Pueden usarse por periodos variables de tiempo, de acuerdo con la situación individual del adulto mayor que la padece.
- Existen medicamentos que no requieren receta medica, **SIN EMBARGO NO ES RECOMENDADO UTILIZAR:** antihistamínicos, melatonina, valeriana.
- Se requiere de un juicio médico cuidadosamente ponderado para prescribir sedantes hipnóticos o antidepresivos, que bien utilizados mejoran el pronóstico y la calidad de vida del paciente adulto mayor con alteraciones del sueño.



Bibliografía:

William R Hazzard, Joseph Ouslander, Jeffrey Halter, *Sleep Disorders*

Hazzards Geriatric Medicine and Gerontology, 6a edición, Mc Graw-Hill, 2009.

Sleep and Sleep Disorders in Older Persons: Beyond the Usual Suspects: Approaching Sleep in Elderly People J Gerontol A Biol Sci Med Sci (2007) 62(1): 53-54

Finuc, Thomas E., "Evidence-Based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Persons", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 57, Issue 11, pp. 2173-2174.

VIDA SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR CON CÁNCER

Dr. Juan Miguel A. García Lara

Especialista en Medicina Interna y Geriatría

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”



1. Definición del problema

El cáncer (en todas sus variedades) es actualmente una de las principales causas de muerte a nivel mundial, incluso en países desarrollados. La edad ha sido descrita como uno de los principales factores de riesgo.

México, por supuesto, no se ve exento de este problema en salud. Las mujeres adultas mayores suelen padecer tumores malignos del hígado, cuello del útero y de mama sólo por mencionar los padecimientos que destacan dentro de las diez principales causas de muerte; en el caso de los adultos mayores hombres, los tumores de la próstata y pulmón son los más frecuentes. Hasta el momento no existe cura para el cáncer cuando se encuentra en etapas avanzadas (entendiendo como tumores de gran tamaño con diseminación a otros órganos). La cirugía o la quimioterapia son de utilidad en casos específicos, principalmente cuando el tumor es pequeño y no tiene extensión hacia otros órganos.



Se ha demostrado científicamente una disminución de riesgo de aparición de tumores cuando se lleva un estilo de vida saludable. Incluso la aplicación de estos cambios en nuestra vida diaria pueden tener una influencia positiva y notable en aquellas personas que desafortunadamente ya tienen este padecimiento, ya que puede mejorar la respuesta a la quimioterapia o disminuir el ritmo de crecimiento del tumor, entre otras, por lo que es útil considerar cambiar los malos hábitos para mejorar nuestra calidad de vida. Éste precisamente es el centro de discusión del presente capítulo.

2. Medidas preventivas recomendadas

Desde el punto de vista médico aún desconocemos muchas de las causas que provocan los diferentes cánceres. Las investigaciones han demostrado que algunos tipos de tumores guardan relación con la genética de un individuo (rasgos heredados de los padres biológicos), el estilo de vida y las exposiciones medioambientales.



Algunas de las medidas preventivas que han sido reconocidas como las más efectivas son:

a) *Dejar de fumar*: el tabaquismo es una de las principales causas de cáncer (pulmón, páncreas, colon, mama, etc.). En el humo de los cigarrillos se han identificado más de 40 sustancias consideradas como causantes de cáncer. Incluso los fumadores pasivos (aquellos que no fuman pero que conviven con personas fumadoras) son personas con riesgo de desarrollar diferentes tumores. Nunca es un mal momento para dejar de fumar, por lo que la edad no debe ser considerada un factor para no abandonar este hábito nocivo. El hecho de haber fumado durante muchos años y no haber desarrollado ningún tumor no quiere decir que algún día no se pueda desarrollar.



b) *Seguir una dieta adecuada*: la obesidad y el sobrepeso se han relacionado con el desarrollo de diferentes cánceres, como el de mama, colon y útero. Se han descrito una gran variedad de alimentos relacionados al cáncer principalmente los alimentos procesados y las carnes rojas en grandes cantidades, por lo que se recomienda reducir su consumo. Platicar con un especialista en nutrición para calcular la cantidad diaria de ingesta de manera personalizada. Por el contrario, una dieta rica en vegetales y verduras ha demostrado disminuir el riesgo de aparición de tumores malignos, principalmente de colon por la gran cantidad de fibra natural que aportan. Una dieta adecuada no necesita de la administración de vitaminas, pues no se ha demostrado que disminuyan el riesgo de desarrollar cáncer, por lo que si no hay una carencia en específico no es necesario el empleo cotidiano.

c) *Consumir alcohol con moderación*: el consumo excesivo de alcohol puede provocar cáncer en esófago, páncreas, entre otros. Se sabe que el consumo moderado diario de alcohol (específicamente de vino tinto) pudiera llegar a ser benéfico, ya que mejora los niveles de presión arterial así como la disminución de niveles de grasa en la sangre. La ingesta recomendada diaria es lo equivalente a una copa, pues un consumo mayor puede promover enfermedades del hígado, depresión y cáncer en ciertos órganos.

d) *Evitar la exposición a los rayos ultravioleta*: la exposición prolongada a la luz del sol constituye un factor de riesgo para desarrollar cáncer de piel, por lo que se recomienda

no exponerse al sol durante las horas de máxima radiación (de las 10:00 a las 16:00 horas). El cáncer puede aparecer en la piel como pequeños lunares de crecimiento rápido, deformes e incluso sangrantes. Es apropiado acudir con un especialista ante la aparición de cualquier lesión extraña.



e) *Ejercitarse diariamente*, ya que la actividad física confiere una gran cantidad de beneficios a la salud, por el contrario, la inactividad se ha relacionado con la aparición de cáncer de colon y mama. Una actividad física de por lo menos 30 minutos al día es lo recomendado. Antes de comenzar cualquier programa de ejercicio es importante someterse a una evaluación médica con la finalidad de identificar riesgos y establecer cuál es la actividad que más le conviene.

f) *Reconocer los riesgos laborales y del medio ambiente:* esto se refiere al lugar de trabajo, al hogar e incluso a la calle, ya que, sin saberlo, se puede estar expuesto a sustancias nocivas asociadas al desarrollo de cáncer. Por ejemplo, aquellos que trabajan con asbesto pueden desarrollar un tipo de cáncer de pulmón; o aquellos que están expuestos de manera prolongada a la luz del sol tienen mayor riesgo de presentar cáncer de piel. Es recomendable platicar con el médico sobre los hábitos personales y laborales para poder reconocer los riesgos e implementar medidas de protección adecuadas.

e) *Estudios médicos:* La detección oportuna es la medida más eficaz en el tratamiento del cáncer. En el caso de las mujeres, el papanicolau (prueba que puede detectar cáncer de cuello del útero) se recomienda desde el inicio de la vida sexual activa por lo menos cada año; la mastografía (estudio que detecta el cáncer de mama) por lo menos una vez al año, y en situaciones especiales cada 6 meses, a partir de los 40 años. Para los hombres, el tacto rectal y el antígeno prostático para detectar cáncer de próstata, se sugiere que sea cada año a partir de los 50 años. El médico establecerá algunos otros estudios que deban realizarse para detectar otros tipos de tumores. La edad no debe ser un factor para detener la realización de dichos estudios.

3. Hábitos de salud para curarla o controlarla

Con las siguientes medidas no es posible curar el cáncer, sin embargo, sí pueden disminuir la velocidad con la cual crece un tumor, mejorar la respuesta al tratamiento y mejorar la calidad de vida de las personas:



- Abandonar el tabaquismo.
- Una dieta adecuada alta en fibra, baja en alimentos procesados y consumo moderado de carnes rojas.
- No ingerir alcohol en grandes cantidades. Se recomienda el equivalente a una copa de vino tinto al día que puede ser beneficioso.
- Realizar una actividad física cotidiana que dure por lo menos 30 minutos.
- No exponerse a la luz solar, en caso necesario se debe usar un bloqueador solar (colocarlo por lo menos una hora antes de la exposición).
- Identificar los riesgos de exposición a sustancias nocivas en el trabajo, calle u hogar.
- Hacerse revisiones médicas rutinarias, aun y cuando se goce de buen estado de salud.

4. Beneficios y cómo mantener esos hábitos

Abandonar el tabaquismo, aunque los beneficios comienzan a verse cinco años después, es mejor que no dejarlo. En la actualidad hay medicamentos que ayudan a dejar este hábito e incluso hay clínicas contra el tabaquismo en los diferentes centros de atención a la salud.

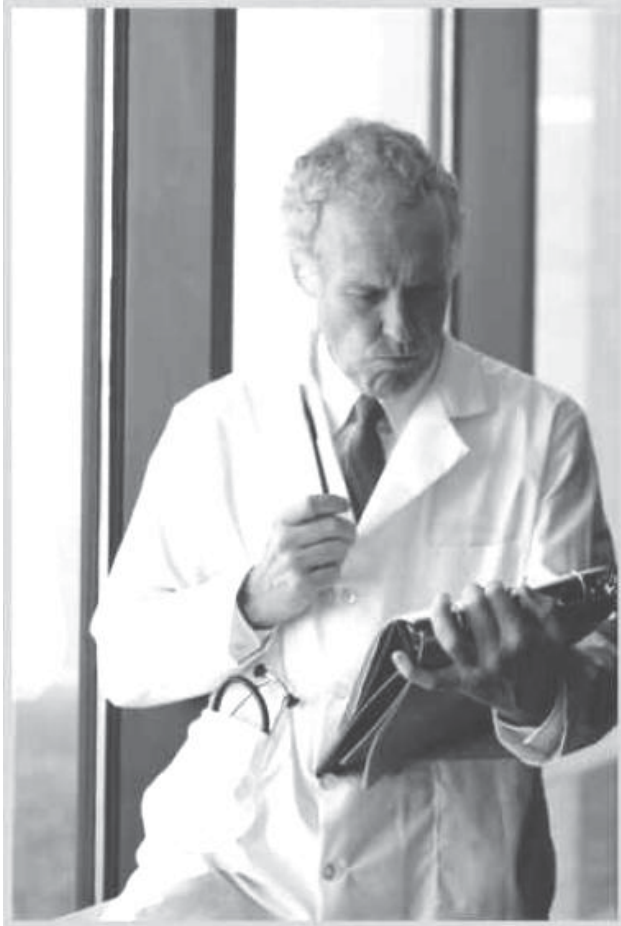
Una dieta adecuada debe ser parte fundamental de nuestras vidas, por lo que es necesaria la evaluación personalizada de un médico o nutriólogo.

Nunca es tarde para abandonar el hábito de ingerir alcohol en grandes cantidades, acudir a centros especializados de apoyo para pacientes con alcoholismo es una medida muy útil para detenerlo y no regresar a él.

La actividad física cotidiana es importante, la supervisión de un médico o fisioterapeuta es lo más indicado para comenzar y seguir un programa de ejercicio. Practicarla en compañía de alguien la hace más entretenida y hace que la constancia aumente.

El uso de bloqueadores solares puede disminuir el riesgo de aparición de lesiones que pudieran degenerar en cáncer de piel. Existen una gran cantidad de tipos con diversas fragancias que hacen más agradable su uso, pero es necesario platicar con el especialista para establecer cual es el adecuado.

Es muy importante una revisión médica periódica aun y cuando se goce de buena salud, muchos cánceres pueden aparecer antes de que se tengan síntomas.



Bibliografía:

<http://www.cancer.gov/espanol>

<http://jama.ama-assn.org/misc/spanishpatientpageindex.dtl>

William, B., *Cancer: A Disease of the Elderly*, J. Support Oncol, 2003, 1 (suppl 2): 5-10.

González Barón, Manuel, *Cáncer en el anciano*, Barcelona, Ed. Masson, 2001.

ESTANCIAS DE DÍA, UNA ALTERNATIVA PARA EL ADULTO MAYOR

Dr. Sergio S. Valdés Rojas

Director de Atención Geriátrica

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores



La creciente demanda de servicios de los adultos mayores nos lleva a generar modelos de atención que favorezcan actividades que les permitan tener una vida digna, independiente, participativa y con atención integral, profesional y especializada, ésta con la finalidad de evitar o retrasar su deterioro y al mismo tiempo mantenerlos integrados a su núcleo familiar y a su comunidad.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) consciente y preocupado por la atención de este grupo poblacional, propone un Modelo de Estancia de Día (Residencia de Día) como una alternativa de atención integral para las personas adultas mayores que de apoyo a las familias quienes son las principales proveedoras de cuidados informales de los adultos para que ellas dispongan de tiempo para actividades laborales o personales.



La Estancia se define como el espacio en el que se promueve el bienestar biopsicosocial y familiar de las personas adultas mayores al integrarlos a un grupo social de convivencia, recreación y ocupación del tiempo libre, en ella se brinda el servicio de talleres tales como: dibujo, pintura, artesanía, computación, idiomas, gimnasia, reactivación, baile, paseos, etc., donde además se les brinda atención médica, orientación higiénico-dietética y alimentación de acuerdo a sus necesidades de salud y condiciones físicas, todo esto durante el horario de servicio.

Las estancias de día son una estrategia de atención para las personas adultas mayores, los servicios que se les proporcionan están encaminados a fortalecer y mejorar su calidad de vida y autoestima.



El objetivo principal de la Estancia de Día es ofrecer a los adultos mayores un espacio digno y seguro en el que reciban atención, orientación, cuidados y en donde realicen actividades ocupacionales, recreativas y culturales, asimismo reciban orientación de autocuidado, para mantener y mejorar su autoestima, autonomía, independencia, salud física y mental favoreciéndoles una vejez activa y saludable.

En la Estancia de día se promueve la autonomía propiciando espacios de comunicación a fin de favorecer nuevas relaciones sociales, se brinda además atención psicológica y actividades de trabajo social se fomenta la participación de los familiares con el propósito de sensibilizarlos y concientizarlos en el proceso de envejecimiento así como orientar a la comunidad sobre el cuidado del adulto mayor.

Este programa está dirigido a personas mayores de 60 y más años de edad, de ambos sexos, funcionales (con o sin ortesis), que no cursen con enfermedades psiquiátricas o infecciosas que pudieran poner en riesgo a los demás usuarios y al personal que los atiende, es necesario contar con el consentimiento por escrito del adulto y familia para ingresar al programa, así como para recibir atención médica y apoyo psicológico, de requerirse.

El adulto mayor debe contar con un responsable, ya sea familiar o amistad y cumplir con el reglamento interno del centro.

Es muy importante tomar en cuenta que el cuidado del anciano debe tener siempre como máxima aspiración lograr su permanencia en la comunidad, es por ello que con la atención en estas Estancias de Día se busca retrasar la institucionalización del adulto mayor.

Al mismo tiempo los miembros de la familia quedan liberados durante el día y pueden llevar a cabo sus actividades con mayor independencia, a la vez que se previene en el anciano la soledad, el aislamiento, el ocio, los trastornos cognitivos, la depresión y las enfermedades crónico degenerativas como son: las complicaciones de la diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, cardiopatías, demencia vascular cerebral, padecimientos reumáticos, entre otros.



Las acciones que se realizan son: actividades recreativas y culturales, ejercicio, deporte, encuentros intergeneracionales, terapia individual, grupal, consulta programada, autocuidado y terapia ocupacional.

La atención se da con personal especializado que tiene capacitación gerontológica y geriátrica a través de programas integrales, contando con instalaciones adecuadas y de fácil acceso, de acuerdo a las necesidades del adulto mayor evitando que los ancianos con alto riesgo pierdan su independencia funcional con una atención preventiva, integral, continua y coordinada.



**El INAPAM cuenta con las siguientes
residencias de día:**

Unidad	Domicilio	Teléfono
Mitla	Calle Mitla No. 73 Col. Narvarte, Delegación Benito Juárez	55193306
Cerro San Andrés	Cerro San Andrés No. 440, Col. Campestre Churubusco, Del. Coyoacán	55491608
Corpus Christy	Sacramento No. 25, Col. Corpus Christi, Del. Alvaro obregón	56439487
Dr. Atl	Dr. Atl No. 29 Col. Villa Coapa Del. Tlalpan	56772906
Guadalupe Proletaria	Calle 7 y Corona del Rosal, Col. Guadalupe Proletaria Del. Gustavo A. Madero	53927211
Héroes del 47	Héroes del 47 No. 79, Col. Churubusco, Del. Coyoacán	56880615
Antonio de Haro Saldívar	Av. Churubusco esq. Durazno, Col. Las Huertas de San José, Jerez, Zacatecas.	(01-494) 9454030

En todas ellas cuentan con profesor y/o personal adscrito a las siguientes actividades:

- *Dibujo, pintura en diferentes técnicas*
- *Bordado, repujado*
- *Bailes de salón, danza folklórica*
- *Actividades de Trabajo Social*
- *Canto a través del coro*
- *Actividades de reactivación física*
- *Socialización*
- *Taichí*
- *Juegos de mesa*
- *Orientación sobre medidas higiénico-dietéticas*
- *Alimentación según condiciones de salud*
- *Orientación familiar*
- *Atención médica y psicológica*