

Tomo III



Hábitos Efectivos para la Salud del Adulto Mayor

Universidad Iberoamericana

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Instituto de Geriátria

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores



10 Hábitos efectivos para la salud del adulto mayor

Tomo III

México, 2011



Primera edición, 2011

D.R. ©, 2011, Universidad Iberoamericana
Prolongación Paseo de la Reforma 880, Lomas de
Santa Fe, Del. Álvaro Obregón, México, D.F. 01210
www.uia.mx

D.R. ©, 2011, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición "Salvador Zubirán"
Vasco de Quiroga 15, Belisario Domínguez Sección
XVI, Del. Tlalpan, México, D.F. 14000
www.innsz.mx

D.R. ©, 2011, Instituto de Geriátria
Periférico Sur 2767, San Jerónimo Lídice, Del.
Magdalena Contreras, México, D.F. 10200
www.geriatria.salud.gob.mx

D.R. ©, 2011, Instituto Nacional de las Personas
Adultas Mayores
Petén 419, Narvarte, Del. Benito Juárez, México,
D.F. 03020
www.inapam.gob.mx



Los editores agradecen el apoyo del DIF-Estado de México para la publicación de este libro.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



ISBN: xxxxxxxx

Impreso en México

10 Hábitos efectivos para la salud del adulto mayor

Tomo III

Editores

Ana Bertha Pérez Lizaur

Flor Ma. Ávila Fematt

José Alberto Ávila Funes

Coordinadores

Pablo Picardi Marassa

Ana Patricia Navarrete

Créditos fotográficos

Anatomy Dream Gallery, National Library of Medicine:
www.nlm.nih.gov/dreamanatomy

Pietro Berrettini da Cortona. *Tabulae anatomicae...*
(detalles). 1741. Grabado en cobre: p. 12.

Andrea Vesalius (anatomista) y Stephen van Calcar
y el Taller de Tiziano (artistas). *De Humani Corporis
Fabrica* (detalle). 1543. Grabado en madera: pp.
113, 114.

Banco de imágenes de INAPAM: pp. 69, 71c, 88, 91, 93,
96, 99, 104, 107, 117, 117, 121, 125, 147.

Elizabeth Caro López: pp. 67, 79, 129.

Alma Delia Deyta Pantoja: p. 11.

Sandra Luna Pérez: pp. 15, 21, 23, 29, 30, 37, 39, 41,
45, 46, 49, 51, 53, 57, 65, 71ab, 73, 77, 81, 84, 87,
95, 97, 101, 102, 105, 108, 111, 118, 119, 131, 135,
137, 139-146.

Roberto Carlos Pérez Castrejón: pp. 19, 61, 75.

Oscar Rosas Carrasco: p. 133.

Cuidado editorial y diseño

Sandra Luna Pérez

Selección bibliográfica para la Biblioteca Virtual del Instituto
de Geriátría

Luis R. Iturbe Fuentes

Diseño de portada

Héctor E. Lara Dávila

Índice

Introducción	7
José Alberto Ávila Funes	
Osteoporosis	11
Araceli Suverza Fernández	
Crecimiento prostático	29
Juan Miguel A. García Lara	
Déficit auditivo	45
Mariano Montaña Álvarez	
Dolor en el anciano	61
Alberto José Mimenza Alvarado	
Osteoartrosis	69
Jorge Alberto Mena Madrazo	
Prevención del maltrato a personas adultas mayores	77
Liliana Giraldo Rodríguez	

La recreación: Un beneficio para los adultos mayores	91
Liliana Bedolla Herrera	
Sergio Salvador Valdés y Rojas	
Redes de apoyo social para el adulto mayor	101
Ericka Ileana Escalante Izeta	
Loredana Tavano Colaizzi	
Sarcopenia	113
Sara G. Aguilar Navarro	
Vacunación en el adulto mayor	125
Oscar Rosas Carrasco	
Testamento	139
María Olga Sánchez Pérez	
Referencias en la Biblioteca Virtual del Instituto de Geriatría	149
Luis R. Iturbe Fuentes	

Introducción

Dr. J. Alberto Ávila Funes

Departamento de Geriatria, Instituto Nacional
de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

En la actualidad, el mundo vive una "epidemia de envejecimiento" y México no es la excepción. El número de adultos mayores se incrementa y con ello aumentan también sus necesidades, las cuales deben ser satisfechas. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo, los adultos mayores viven en condiciones de desigualdad, discriminación y pobreza, lo cual los convierte en personas aún más vulnerables.

A pesar de este panorama desolador, el envejecimiento no debe verse como una etapa catastrófica de la vida. Al contrario, debemos encaminar nuestros esfuerzos para convertir la mal llamada "tercera edad" en una experiencia positiva para que el adulto mayor sea independiente, autónomo y tenga una buena calidad de vida. Para lograr todo esto, es necesario que los interesados (es decir,

los propios adultos mayores) se involucren en los temas relacionados con su salud y que todo lo que aprendan puedan transmitirlo a otras personas que, quizá por su mala salud, son más vulnerables y a menudo se encuentran reclusos en sus casas, aislados.

Para lograr una vejez saludable, es necesario tener buenos hábitos y costumbres durante toda la vida, incluso desde la niñez. Sin embargo, nunca es demasiado tarde para emprender un cambio en el estilo de vida. Es decir, el adulto mayor aún puede mejorar su estado actual al adoptar decisiones, acciones y estrategias para mantener una buena salud. El adquirir “hábitos saludables”, incluso hacia el final de la vida, puede ayudar a prevenir las complicaciones de las enfermedades ya existentes así como impedir la aparición de enfermedades nuevas.

Las cuatro instituciones que ahora confluímos en este proyecto –el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, el Instituto de Geriátría, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores y la Universidad Iberoamericana–

tenemos un propósito común: mejorar la salud del adulto mayor. Es por ello que por tercera ocasión presentamos el libro *10 Hábitos efectivos para la salud del adulto mayor*, con información práctica y sencilla que puede ser muy útil tanto para el adulto mayor como para sus familiares y cuidadores.

En 2009 presentamos el primer tomo, en el que se abordaron temas como la salud bucal, el uso de medicamentos y la alimentación, todos ellos basados en las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud y su “Plan de Acción Mundial sobre Envejecimiento”.

Sin embargo, quedó mucho por decir. Fue así que en 2010 se presentó el segundo tomo, el cual abordó los estilos de vida saludables y las características de enfermedades como la diabetes, la hipertensión, el estreñimiento, los problemas del sueño y de la vista, el cáncer y la sexualidad en la vejez.

El tercer tomo, que usted tiene en sus manos, se aboca en esta ocasión a temas como vacunación, osteoporosis, crecimiento de la próstata y dolor en el adulto mayor. Otros temas sociales relevantes

son las redes de apoyo, el maltrato y la importancia de hacer un testamento. También se habla de la pérdida del oído, así como la pérdida de los músculos que ocurre con el envejecimiento.

La información que hay en este libro puede parecer extensa pero toda es importante. Nuestro principal interés es promover un estilo de vida saludable en los adultos mayores para así lograr su satisfacción personal, la de sus familias y la de sus comunidades. Los entusiastas autores de esta obra están movidos por eso, por el respeto y el amor hacia los adultos mayores y por el interés de que vivan más y mejor.

Quienes tengan acceso a Internet, pueden descargar los dos primeros tomos en los siguientes sitios web:

Tomo I:

www.uia.mx/web/files/10habitos/10habitos-1.pdf

Tomo II:

www.uia.mx/web/files/10habitos/10habitos-2.pdf

Osteoporosis

M.E. Araceli Suverza Fernández

Departamento de Salud, Universidad Iberoamericana

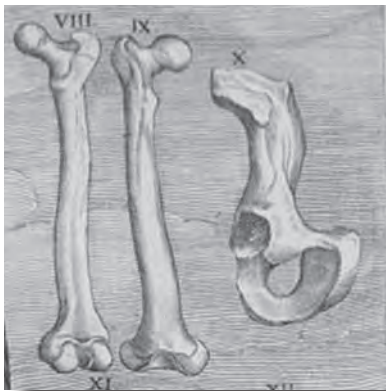


¿Qué es la osteoporosis?

La osteoporosis es una enfermedad que presenta una importante disminución en la densidad de los huesos, los cuales se vuelven porosos y frágiles. Esto lleva a un riesgo elevado de sufrir fracturas, especialmente de cadera, columna y muñeca, lo que pone en riesgo la salud e integridad del individuo.

Se le conoce como “enfermedad silenciosa” pues la pérdida de hueso se produce de forma progresiva y sin síntomas. Se hace evidente hasta que ocurre la fractura de algún hueso de forma espontánea

o ante esfuerzos muy ligeros. También se puede identificar por el colapso de las vértebras, lo que causa severos dolores de espalda, disminución de la estatura y/o postura encorvada. De todas estas condiciones, la fractura de cadera es la más seria, ya que en la mayoría de los casos la persona requiere de hospitalización y cirugía, con lo que pierde independencia, pues la mitad de quienes se fracturan la cadera ya no pueden caminar sin ayuda.



Fractura, colapso de
vértebras, severos dolores de
espalda, disminución de la estatura,
postura encorvada...

De hecho, la osteoporosis es considerada un problema de salud en México, ya que entre los años 2000 y 2006 su prevalencia se incrementó entre los adultos de 50 años y más, estimándose que la probabilidad de que se presente en las mujeres es de 8.5% y en los hombres de 3.8%. Si esto continúa, se estima que para 2050 se presente en 46% de la población mexicana.

Se piensa que la osteoporosis es un proceso natural e inevitable del envejecimiento de la persona; sin embargo, puede prevenirse e incluso las personas que ya la padecen deben seguir algunas recomendaciones para evitar que la enfermedad progrese y que haya fracturas.

 **¿Qué pasa con los huesos? ¿Por qué se desarrolla la osteoporosis?**

Los huesos son tejidos vivos del organismo que se encargan de dar soporte a los músculos, de proteger a los órganos y almacenar gran parte del calcio del organismo. Están formados de fibras elásticas de proteína llamada colágeno y de cristales de fosfato de calcio que les dan fuerza y dureza; además contienen células que remueven el “hueso

viejo" (llamadas osteoclastos) y otras que permiten la formación de "hueso nuevo" (conocidas como osteoblastos). Al proceso de formación y remoción se le conoce como recambio o remodelación ósea.

La formación de los huesos inicia en la infancia y en la adolescencia, cuando el "hueso nuevo" se desarrolla con mayor rapidez que la remoción del "hueso viejo", lo cual resulta en su crecimiento tanto en tamaño como en fuerza.

Una vez que se detiene el crecimiento del individuo (antes de alcanzar los 20 años de edad), este proceso continúa pero como ya no hay un crecimiento importante en el tamaño del hueso se logra el pico de masa ósea, es decir, la cantidad máxima de hueso que logra tener el sujeto. Este pico de masa ósea está determinado por diversos factores como el sexo (hombre o mujer), las hormonas, el estado de nutrición, la actividad física y los factores genéticos.

Después de los 20 años de edad, la masa ósea se mantiene estable o presenta una ligera disminución, dependiendo de la dieta y la actividad

física que realice la persona. A los 50 años de edad, la masa ósea disminuye paulatinamente en hombres y mujeres, pero en las mujeres esta pérdida se incrementa durante los primeros cuatro a ocho años después de la menopausia. A los 65 años de edad tanto hombres como mujeres continúan perdiendo la masa ósea al mismo ritmo manteniéndose así el resto de la vida.



La osteoporosis resulta por un crecimiento óseo disminuido durante la infancia y la adolescencia, lo que impide lograr un pico de masa ósea adecuado; a esto se suman otros factores que determinan el riesgo de que una persona la desarrolle, por ejemplo,

enfermedades (enfermedad renal, hipertiroidismo, alcoholismo), medicamentos (anticonvulsionantes, corticoides) y bajas concentraciones hormonales. Para saber si usted está en riesgo de desarrollar osteoporosis, responda el cuestionario que aparece en la página siguiente.

Si contestó de manera afirmativa alguna de estas preguntas, no significa que usted tiene osteoporosis. El diagnóstico debe hacerlo un médico, quien además de revisarlo, solicitará que le hagan un estudio de absorciometría de doble fotón (DXA) mejor conocido como densitometría ósea.

Este estudio mide la densidad mineral ósea con rayos X; es rápido, no duele y tampoco es invasivo. A partir de los resultados del estudio se podrá determinar si su densidad ósea es normal o si presenta osteopenia u osteoporosis.

El diagnóstico de osteoporosis debe hacerlo un médico, quien además de revisarlo, le solicitará un estudio llamado densitometría ósea.

Cuestionario de riesgo de osteoporosis

FACTOR DE RIESGO	RESPUESTA	
	Sí	No
¿Alguno de sus padres se fracturó la cadera después de un golpe o caída?		
¿Usted se ha fracturado algún hueso después de los 45 años de edad por alguna caída o golpe?		
¿Ha tomado corticoides (cortisona o prednisona) por más de 3 meses?		
¿Ha tomado alguna vez medicamentos para controlar las convulsiones?		
¿Ha perdido más de 3 centímetros de estatura?		
¿Bebe 1 o 2 copas de alcohol al día?		
¿Fuma más de 20 cigarros al día?		
Mujeres: ¿Inició la menopausia antes de los 45 años de edad?		
Mujeres: ¿Alguna vez se interrumpió su menstruación durante 12 meses o más (a excepción de embarazo o menopausia)?		
Hombres: ¿En alguna ocasión experimentó impotencia, falta de libido u otros síntomas relacionados con bajos niveles de testosterona?		
¿Consume diariamente leche y productos lácteos?		
¿Tiene diabetes?		
¿Hace ejercicio de 3 a 5 días por semana?		
¿Es usted delgado y de constitución pequeña?		

*Adaptado de: NIH Osteoporosis and Related Bone Diseases
y International Osteoporosis Foundation.*

¿Qué es la osteopenia?

La osteopenia es una fase previa a la osteoporosis y se caracteriza por la disminución de la masa ósea por debajo de lo normal de acuerdo con la edad, sexo y raza de la persona. Durante la osteopenia disminuye el contenido de fosfato de calcio del hueso, provocando una menor densidad del mismo.

¿Cuál es el tratamiento para la osteoporosis?

El objetivo primario del tratamiento para las personas con osteoporosis es prevenir las fracturas, disminuir o detener la pérdida de masa ósea e incrementar la densidad del hueso. Por ello el tratamiento incluye diferentes aspectos que deben considerarse:

- Estilo de vida saludable
- Dieta correcta
- Ejercicio
- Prevención de caídas
- Medicamentos y suplementos de calcio y vitamina D (en caso necesario)

Estilo de vida saludable

Disfrute todas las actividades que realiza, manténgase activo, busque grupos de personas de su edad para realizar actividades comunes. Tome únicamente los medicamentos que le prescribe el médico y comente con él qué otros medicamentos consume habitualmente, ya que alguno de ellos podría incrementar la pérdida de masa ósea. No fume y beba alcohol con moderación (no más de una copa de 1 onza o 30 mililitros por día).



Dieta correcta

Consuma en cada comida al menos un alimento de cada uno de los tres grupos del “Plato del buen comer” (vea la imagen que se muestra más abajo). Incluya cantidades suficientes de calcio y vitamina D, ya que le ayudan a recuperar la densidad del hueso.



Calcio: Debe consumir 1200 miligramos por día; para lograrlo, consuma principalmente lácteos, así como frijoles, brócoli, sardinas, soya y alimentos fortificados con calcio extra (vea la tabla 1). Es preferible que los lácteos sean descremados.

Tabla 1. Alimentos que son fuente de calcio.

Alimento	Cantidad	Calcio (miligramos)
Leche	1 vaso (240 ml)	300
Yogurt	1 vaso (240 ml)	300
Queso	2 rebanadas	265
Almendras	¼ taza	95
Sardina enlatada	8 piezas	370
Brócoli	1 taza	62
Espinacas	1 taza	291
Frijol	1 taza	128



Vitamina D: Es indispensable para lograr la absorción del calcio y para el funcionamiento de éste en el organismo. Si tiene entre 51 a 70 años, debe consumir 10 microgramos de vitamina D al día. Los mayores de esta edad deben consumir 15 microgramos por día. La vitamina D se encuentra de forma natural en pocos alimentos, pero diversos alimentos son fortificados con este nutrimento. Además, exponerse a los rayos solares permite la síntesis de vitamina D a través de la piel.

Tabla 2. Alimentos que son fuente de vitamina D.

Alimento	Cantidad	Calcio (microgramos)
Sardinias enlatadas	½ taza	2.13
Atún	90 gramos	2.0
Camarones	90 gramos	2.0
Huevo	1 pieza	0.26



Ejercicio

El ejercicio ayuda a desarrollar y preservar los huesos, además de que permite mejorar el equilibrio y la postura. Por tanto, tiene un papel importante en la prevención de osteoporosis y fracturas.

El mejor ejercicio para los huesos es el que requiere sostener el propio peso, ya que se trabaja contra la gravedad. Ejemplos de este tipo de ejercicio son caminar, subir escaleras o bailar durante 30 minutos todos los días de la semana. Otros ejercicios como la natación o la bicicleta no requieren mantener el peso y su principal beneficio es que ayudan a fortalecer y a mantener fuertes los músculos y reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares, pero no son los más eficaces para fortalecer los huesos. Para el equilibrio y la postura, el tai chi resulta la mejor opción.



Si va a iniciar una rutina de ejercicio, trate de consultar a su médico para que evalúe su condición inicial.

Una vez que haya iniciado, ponga atención en las sensaciones que experimenta; es posible que tenga un poco de malestar en los músculos, pero no debe ser muy doloroso ni durar más de 48 horas. Si esto ocurre, es posible que esté esforzándose demasiado y que necesite ir más despacio. Si al realizar ejercicio siente dolor o malestar en el pecho, deje de hacerlo y consulte a su médico.

Al realizar el ejercicio debe evitar movimientos bruscos y repentinos, torsiones, o alto impacto, así como los ejercicios abdominales e inclinarse hacia delante forzando la cintura. También evite levantar peso excesivo.

Al iniciar su rutina de ejercicio,
ponga atención a las sensaciones
que experimenta; no deben ser
muy dolorosas ni durar
más de 48 horas



Prevención de caídas

Es importante tomar medidas para evitar las caídas y, por tanto, prevenir el riesgo de fracturas:

- Mantenga su programa regular de ejercicio
- Asegúrese de que su casa esté bien iluminada; si se levanta de la cama en las noches para ir al baño, encienda la luz.
- Revise periódicamente sus ojos y anteojos.
- Si es necesario, utilice un bastón o andadera para mantener el equilibrio.
- Coloque barandales en escaleras y baño.
- Use zapatos con suela antideslizante y tacón ancho.
- Consulte a su médico si sufre mareos.
- Informe a su médico sobre los medicamentos que toma.
- Asegúrese de que los tapetes o alfombras en su casa estén firmes y parejos.
- Utilice tapete antiderrapante en la regadera.

Finalmente, aplique las recomendaciones que aquí se han presentado para ayudarse a cuidar sus huesos y prevenir el desarrollo o progresión de la osteoporosis.

Para saber más

Consulte las siguientes páginas en Internet:

- www.niams.nih.gov/Health_Info/Bone/espanol/Salud_hueso/bone_exercise_espanol.as
- www.iofbonehealth.org/latinoamerica/osteoporosis/que-es-la-osteoporosis.html



Referencias

Clark P, Lavielle P, Franco-Marina F, Ramírez E, Salmerón J, Kanis JA, Cummings SR (2005). Incidence rates and life-time risk of hip fractures in Mexicans over 50 years of age: a population-based study. *Osteoporos Int.* 16(12):2025-30.

Johansson H, Clark P, Carlos F, Oden A, McCloskey EV, Kanis JA (2010). Increasing age- and sex-specific rates of hip fracture in Mexico: a survey of the Mexican institute of social security. *Osteoporos Int.* Dic 21.

Minne HW. *Invierta en sus huesos: Muévalo o piérdalo.* International Osteoporosis Foundation. 2005.

Consenso Iberoamericano de Osteoporosis SIBOMM (2009). *Osteoporosis: Prevención, diagnóstico y tratamiento.* Sociedad Iberoamericana de Osteología y Metabolismo Mineral (SIBOMM).

Bourges HR, Casanueva E, Rosado JL (2005). *Recomendaciones de ingestión de nutrimentos para la población mexicana.* Tomo I. Editorial Médica Panamericana.

Mahan LK, Escott-Stump S (2008). *Krause's Food Nutrition and Diet Therapy.* Saunders.

U.S. Department of Health and Human Services (2004). *Bone Health and Osteoporosis: A Report of the Surgeon General.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General.

Crecimiento prostático

Dr. Juan Miguel A. García Lara

Departamento de Geriátría, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”



👉 ¿Qué es la próstata?

El crecimiento prostático (“hiperplasia prostática benigna”) es una enfermedad muy común que afecta a los adultos mayores de sexo masculino. Este padecimiento suele iniciar alrededor de los 50 años y se manifiesta a partir de los 60. Se caracteriza por un aumento progresivo del tamaño

de la próstata. Habitualmente, el crecimiento de la próstata es uniforme, aunque en ocasiones puede predominar en ciertas zonas.



Para ubicar al lector sobre la anatomía de la próstata y su función, podríamos decir que es una glándula localizada justo en la desembocadura de la vejiga (órgano encargado de recolectar la orina) y la cual tiene una forma semejante a una castaña diminuta. La próstata envuelve a la uretra, que es el conducto por el cual la vejiga elimina la orina a través del pene.

La función principal de la glándula prostática es añadir líquido seminal a los espermatozoides

que provienen de los testículos antes de que dicho líquido sea eyaculado fuera del pene. Este líquido sirve para que los espermatozoides se nutran y así puedan viajar por el útero de la mujer con la finalidad de lograr la concepción.



¿Por qué crece la próstata?

a) Edad: Si bien el aumento de tamaño de la próstata es un fenómeno universal en los hombres, no todos desarrollan síntomas. La razón de esto no se conoce. Uno de los principales causantes del aumento de tamaño es la edad, pues conforme la persona adquiere más años de vida, el riesgo de presentar esta enfermedad aumenta.

Generalmente, el crecimiento natural de esta glándula se presenta desde la adolescencia, pero se convierte en un problema a partir de los 50 años, y suele ser hasta después de los 60 años cuando los adultos mayores desarrollan los síntomas de la enfermedad.

b) Testosterona: Esta hormona es la encargada de dar a los hombres las características propias del

género masculino (como crecimiento de la barba y vello, engrosamiento de la voz, aumento de estatura) al inicio de la adolescencia y, posteriormente, de estimular a los testículos y a la próstata para llevar a cabo su función ya explicada.

A diferencia de la mujer, cuyas hormonas sexuales suelen comenzar a disminuir a partir de los 45 o 50 años, en el hombre este proceso no ocurre, por lo que pueden seguir produciendo la hormona testosterona hasta etapas avanzadas de la vida.

c) Inflamación crónica: Infecciones de vías urinarias (sobre todo las que son recurrentes), reflujo de orina, infecciones de transmisión sexual (por ejemplo sífilis o gonorrea).

d) Dieta: Se ha investigado mucho al respecto, pero aún no se haya alguna dieta que influya notablemente en el crecimiento prostático. Se ha visto que el alto consumo de bebidas alcohólicas o el tabaquismo pudieran estar relacionadas.

Lo que sí parece tener una influencia notable es la obesidad, ya que las personas obesas tienen mayor riesgo de tener el crecimiento prostático. Por

tanto, llevar una dieta que mantenga a la persona en su peso ideal será la que menor riesgo conlleve de desarrollar hiperplasia prostática.



Síntomas y evaluación médica

Los síntomas que presentan las personas que padecen esta enfermedad suelen ser diversos: disminución en el calibre del chorro de la orina, dificultad para empezar a orinar, sensación o deseo de seguir orinando incluso cuando se haya terminado, necesidad de acudir nuevamente a orinar a menos de dos horas del último episodio, gotear orina involuntariamente al terminar de orinar, sensación de orinar descontroladamente y orinar frecuentemente durante la noche.

El alto consumo
de bebidas alcohólicas y
el tabaquismo podrían
tener relación con
el crecimiento prostático

Todos los síntomas mencionados varían en su gravedad. Al inicio de la enfermedad suelen ser leves y conforme avanza generalmente se agravan todos. Las formas más graves de la enfermedad son cuando el paciente orina con sangre y cuando presenta obstrucción aguda de orina; es decir, cuando la próstata ha crecido tanto que obstruye la uretra, impidiendo que la orina salga de la vejiga.

Lo anterior se manifiesta como dolor en el abdomen bajo e incapacidad para poder orinar aunque se tenga deseo; ambas son situaciones de emergencia que ameritan que el paciente acuda a un servicio de urgencias o con un médico calificado.

La forma clínica para explorar la próstata es el tacto rectal. Esta maniobra de evaluación es de suma importancia ya que el médico puede detectar, además del crecimiento prostático, la presencia de nódulos que pudieran tener un origen canceroso. La frecuencia de la revisión de la próstata mediante el tacto rectal es distinta para cada paciente, dependerá de la severidad de sus síntomas y de la respuesta que se tenga al tratamiento.



Estudios médicos que suelen realizarse

Además de la exploración médica obligada en todos los casos, los estudios que suelen pedirse a los pacientes en los cuales se sospecha crecimiento prostático son el examen general de orina, el antígeno prostático específico (obtenido mediante toma de sangre) y un ultrasonido de la próstata.

Con el examen general de orina se buscan otras enfermedades que pudieran dar un cuadro clínico similar al del crecimiento de la próstata como pueden ser las infecciones de vías urinarias (ante la sospecha de éstas, suele complementarse el estudio con un urocultivo).

Estudios que se piden usualmente:
examen general de orina,
antígeno prostático específico
y ultrasonido de próstata

Con la toma del antígeno prostático específico mediante una muestra de sangre se pretende estimar si el crecimiento de la próstata se debe o no a cáncer de próstata.

Es muy importante subrayar que la toma en sangre del antígeno prostático específico no sustituye al tacto rectal para determinar si existe o no la enfermedad. Se trata de medias complementarias, es decir, se deben practicar ambas para lograr que el diagnóstico sea más exacto.

Finalmente, se solicita el ultrasonido de la próstata para tratar de identificar zonas o alteraciones que hayan pasado desapercibidas durante el examen clínico del tacto rectal. Esto es muy importante pues, como ya se comentó, el propósito es encontrar zonas que pudieran ser originarias de cáncer.

Se pueden solicitar otros estudios, dependiendo de los síntomas y de lo encontrado en los estudios mencionados; por ejemplo, se puede pedir una cistoscopia (estudio que consiste en introducir una cámara a través del pene para observar directamente a la próstata) o una tomografía computada.

No deben tomarse medicamentos
sin examen clínico o receta médica



Tratamiento médico

El manejo de los pacientes con crecimiento prostático se hace en dos modalidades: la utilización de medicamentos para controlar la enfermedad y la cirugía. Entre los medicamentos recomendados están la terazosina, doxazosina, tamsulosina, alfuzosina, finasteride y dutasteride. Sin embargo, no debe tomarse ninguno de ellos sin haberse sometido antes a un examen clínico, ya que su consumo sin prescripción médica puede ser perjudicial. El tratamiento con medicamentos es prolongado y suele durar muchos años. Las



dosis son reguladas por el médico tratante, quien determinará cuándo deben dejar de consumirse.

Dejar de tomar abruptamente los medicamentos porque los síntomas han desaparecido puede ser perjudicial para el paciente, ya que la enfermedad puede descontrolarse y traer como resultado una retención aguda de orina.

Existen varias modalidades para retirar la próstata con cirugía: una es la prostatectomía abierta; otra es la transuretral

Se recomienda siempre seguir las instrucciones del médico para prevenir complicaciones. Además, no se recomienda el uso de medicamentos “naturistas”, ya que no existen estudios clínicos que avalen su uso.

Con el tratamiento mediante cirugía, lo que se pretende es retirar la próstata. Existen varias modalidades, por ejemplo, la “transuretral” en la cual se retira la próstata a través del pene. Esta es

una cirugía de mínima invasión, la recuperación es rápida y no suele tener complicaciones, por lo que en la actualidad es de las más practicadas.

Otra modalidad es la “prostatectomía abierta”, en la cual se extrae la próstata mediante una operación en el abdomen; su desventaja es que el tiempo de recuperación es mayor, el riesgo de la cirugía es más elevado y las molestias posteriores a la cirugía también aumentan; sin embargo, es un procedimiento seguro que en manos experimentadas no suele tener complicaciones.

La decisión de si un paciente es candidato o no a cirugía corresponde al médico tratante, quien habitualmente debe ser un urólogo.



Someterse a procedimientos de cirugía con médicos no especializados es peligroso y puede tener consecuencias graves.



¿Cómo prevenir la enfermedad?

Lleve un estilo de vida saludable, que incluya una dieta balanceada entre grasas, proteínas y azúcares, según lo recomendado por las diferentes sociedades de nutrición.

Mantener un peso adecuado es una medida muy recomendable, ya que la obesidad se ha asociado ampliamente al crecimiento prostático. Además, es de suma importancia dejar de fumar o beber en exceso, ya que estos hábitos se asocian a muchísimas enfermedades.

Todo estilo de vida saludable incluye un programa de actividad física, el cual deberá ser recomendado por un especialista en el área, no sin antes haberle practicado un examen físico detallado.

Dado que las infecciones son otra causa asociada, acuda a consulta médica ante cualquier sospecha o datos de infección de vías urinarias.



10 Hábitos para evitar y solucionar el crecimiento prostático

1. Llevar una dieta balanceada recomendada por un especialista en el área.
2. Mantener el peso corporal dentro de los rangos específicos individuales para cada persona.
3. Evitar el consumo de alcohol de forma exagerada y tratar la adicción al tabaco a fin de eliminar su consumo.
4. Tratar las infecciones de vías urinarias y, en caso de que se presenten continuamente, buscar consejo médico.
5. Conocer todos los síntomas de la enfermedad para iniciar su tratamiento desde las primeras etapas.



6. Acudir a revisiones médicas frecuentes, ya que la mejor manera de prevenir una enfermedad es detectarla en etapas tempranas.
7. Si el médico lo considera apropiado, se debe considerar al tacto rectal como parte fundamental de la exploración física y de vital importancia para detectar otros problemas que pueden pasar desapercibidos.
8. Sólo utilizar los medicamentos que se recomiendan por el médico, nunca utilizar medicamentos “naturistas”.
9. Nunca suspender los medicamentos a menos que así lo indique el médico que lleve su caso.
10. En caso de que el problema amerite ser sometido a cirugía, cerciorarse de que el médico que lo practicará es un especialista en el área.

 **Para saber más**

Sociedad Mexicana de Urología: www.smu.org.mx

Institutos Nacionales de Salud en Estados Unidos
(en español): [www.nlm.nih.gov/medlineplus/
spanish/encyclopedia.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html)



Referencias bibliográficas

Guía de la Clínica Mayo sobre salud de la próstata
(2005).

Pfeifer, P (2008). *Doctor, ¿es la próstata?*, 3a. ed.,
Editorial Hispano Europea.

Déficit auditivo

Dr. Mariano Montaña Álvarez

Instituto de Geriátría



👉 ¿Qué es el déficit auditivo?

El déficit auditivo es la pérdida de la capacidad de percibir los sonidos que se producen en el medio ambiente que nos rodea. Este padecimiento es una de las principales enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento junto con la hipertensión arterial y la artritis. Se estima que 90% de las personas con pérdida moderada de la audición tienen más de 52 años de edad.

El déficit auditivo también es una de las primeras causas de discapacidad y pérdida de la autonomía en los adultos mayores, además de estar asociado con aislamiento social y depresión.

Escuchar bien es indispensable para mantener una comunicación adecuada y efectiva con nuestros familiares, amigos y todas aquellas personas con las que convivimos diariamente en nuestra comunidad.



Escuchar bien es indispensable para una comunicación adecuada con las aquellas personas con las que convivimos diariamente

 **¿Quiénes tienen mayor probabilidad de padecer déficit auditivo?**

Las alteraciones en la audición derivadas del daño en el oído pueden deberse a diferentes factores. El envejecimiento es el primer factor de riesgo y se relaciona con la exposición, a lo largo de los años, a sonidos que se asocian con daño en el oído interno.

La exposición a ruido intenso en el ambiente de trabajo, particularmente en el caso de empleados de la construcción y fábricas industriales que no utilizan equipo de protección, se vincula con daño progresivo del oído y su capacidad auditiva.

La exposición a ruido intenso en espacios recreativos, como el generado por las armas de fuego y los fuegos artificiales, puede generar pérdida inmediata y permanente de la audición. Otro tipo de ruido ambiental peligroso es el causado por motocicletas, así como escuchar música y televisión con volumen alto.

Actualmente el uso de audífonos para escuchar música en equipos portátiles se relaciona con déficit auditivo, particularmente cuando se utiliza

un volumen lo suficientemente alto para suprimir los sonidos existentes en el medio ambiente.

La unidad para medir la intensidad de los sonidos son los decibeles (dB). Cualquier sonido que supere los 85 dB es considerado como riesgoso para la audición y si supera los 120 dB es considerado como dañino para el oído. Una conversación normal y el ruido que genera una lavadora se encuentra entre 60 y 70 dB en un rango seguro.

Por otra parte, en el rango de riesgo (sonidos mayores de 85 dB) se encuentra el ruido del tráfico pesado, una motocicleta, una motosierra o una secadora para el cabello. En el rango de lesión auditiva (sonidos mayores de 120 dB) se encuentran la sirena de una ambulancia, la turbina de un avión en el despegue y el disparo de un arma de fuego de alto calibre.

Por ello es indispensable, no sólo durante la vejez, sino a lo largo de toda la vida, que evitemos exponernos a sonidos que puedan poner en riesgo o dañar nuestra audición, evitando al máximo sonidos peligrosos o, en su defecto, utilizar el equipo de protección adecuado según la situación.



👉 **¿Cuáles son las principales causas de déficit auditivo?**

La presbiacusia o cortipatía degenerativa es la principal causa de déficit auditivo en los adultos mayores. Se caracteriza por la pérdida gradual de la audición asociada con el proceso de envejecimiento y a la exposición crónica a sonidos y ruidos que lesionan los oídos.

La cóclea o caracol –componente del oído que transforma los sonidos en impulsos eléctricos que pueden ser recibidos y comprendidos por el cerebro– sufre los embates del paso del tiempo y las lesiones por sonidos intensos que generan las

alteraciones en la audición características de la presbiacusia.

Existen otras causas de déficit auditivo que no están relacionadas con el proceso de envejecimiento y, por tanto, no sólo afectan a los adultos mayores. Se trata, por ejemplo, de los trastornos hereditarios como la otoesclerosis, las enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus y el hipotiroidismo, la exposición a medicamentos tóxicos para el oído como la amikacina y el furosemide, los procesos infecciosos como la otitis media y algunos tumores como el neurinoma del acústico.



¿Cuáles son las principales manifestaciones de la presbiacusia?

El déficit auditivo es una enfermedad silenciosa, pues es más lo que deja de escucharse que aquello que sí se escucha. En la mayoría de los casos, la familia y los amigos son más conscientes del problema que el propio paciente, quien con el paso del tiempo se ha ido adaptando a escuchar cada vez menos.

En las etapas tempranas de la presbiacusia, el paciente tiene dificultad para percibir los sonidos

ambientales. Posteriormente, conforme progresa la enfermedad, la persona tiene dificultad para comprender las voces de mujeres y niños. En estas etapas de la enfermedad, muchos pacientes no se percatan de que tienen alteraciones en su audición y la queja generalmente proviene de sus familiares o personas cercanas.

Conforme el déficit auditivo progresa, al adulto mayor le resulta más difícil comprender las palabras en una conversación, especialmente si existe mucho ruido ambiental o hay mucha gente alrededor. Suele solicitar repetidamente que le hablen fuerte y lento, y sube mucho el volumen



de la televisión y/o el radio para comprender los programas que ve y escucha.

En etapas más avanzadas, la persona pierde la capacidad de interactuar verbalmente con los demás, lo que en muchos casos lleva al aislamiento social y la depresión, comprometiendo su capacidad para realizar sus actividades cotidianas, particularmente las que se realizan fuera de su domicilio.



¿Cuándo debo consultar al médico?

Se recomienda asistir a consulta con su médico ante cualquier alteración. Su audición pudo haberse deteriorado si le resulta difícil comprender por completo todo lo que se dice en una conversación, especialmente cuando hay mucho ruido ambiental, o si percibe los sonidos alterados o disminuidos, o si requiere aumentar el volumen cuando escucha música, radio o televisión.

Debe asistir con un otorrinolaringólogo (especialista en oídos, nariz y garganta) cuando el déficit auditivo se presenta de manera repentina, cuando sólo afecta a uno de los oídos y si los problemas auditivos se acompañan de vértigo y

zumbido. En cualquier otra situación, puede asistir a valoración por su geriatra o médico de cabecera, para que coordine la realización de los estudios confirmatorios y organice el plan de manejo para el problema detectado.



 **¿Qué estudios se requieren para diagnosticar el déficit auditivo?**

Antes que nada, el médico le realizará un interrogatorio y exploración física extensos. Es necesario que lleve a la consulta todos los medicamentos que consume habitualmente, incluyendo aquellos que no fueron recetados por el

médico. De esta manera él o ella podrá identificar si algún medicamento está relacionado con sus alteraciones en la audición.

También debe explicarle al médico cada una de las enfermedades que padece, así como cuándo inició y cómo ha progresado su problema.

Durante la exploración física, el médico observará sus oídos con instrumentos, buscando alteraciones en la parte externa, particularmente en el tímpano. Además, tratará de establecer si el problema es conductivo (es decir, si se debe a alteraciones en el oído externo y el oído medio que no permiten la transmisión del sonido hacia la cóclea) o si es sensitivo-neural (es decir, alteraciones en el oído interno, particularmente en la cóclea).

Audiometría

Si bien pueden utilizarse diferentes cuestionarios y pruebas para corroborar la existencia de alteraciones en la audición, el estudio ideal para evaluar la severidad del problema y determinar el tratamiento ideal para cada caso es la audiometría.

La audiometría es un estudio especializado que consiste en evaluar la capacidad de cada uno de sus oídos de percibir los diferentes sonidos, además de las intensidades requeridas para escucharlos.

La audiometría permite establecer la severidad de las alteraciones auditivas; se considera como pérdida leve cuando hay una disminución entre 25 y 40 dB en la capacidad para percibir sonidos en cualquiera de las frecuencias evaluadas, y es una pérdida severa cuando la disminución es de más de 90 dB. Identificar la severidad del problema auditivo permitirá seleccionar el auxiliar auditivo adecuado para cada paciente.

En casos especiales, particularmente cuando la pérdida auditiva se limita a uno solo de los oídos o ésta se haya desarrollado rápidamente, deberá realizarse una resonancia magnética de encéfalo o

Identificar qué tan severo
es el problema auditivo
permitirá seleccionar
el aparato auxiliar adecuado
para cada persona

una tomografía computada de cráneo para identificar causas potenciales de la alteración auditiva.

Su médico sabrá cuándo es necesario realizar estos estudios, ya que no son considerados como rutina en la evaluación del déficit auditivo.



Tratamiento para el déficit auditivo

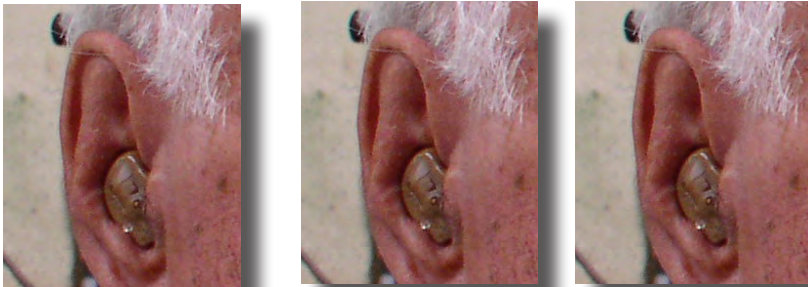
El manejo del déficit auditivo se basa en dos componentes: la amplificación de los sonidos y el máximo desarrollo de las capacidades de comunicación.

Para amplificar los sonidos se requiere de auxiliares auditivos, es decir, equipos electrónicos que aumentan la intensidad de los sonidos captados por un pequeño micrófono que se encuentra en el equipo y que son retransmitidos con un mayor volumen a través de una bocina localizada en el auricular que se coloca al interior del oído.

En el caso de pérdida leve de la audición, pueden utilizarse equipos que incrementen los sonidos en situaciones especiales, como al ir al cine o al escuchar la televisión en casa; en este caso no

suele ser necesario colocar un auxiliar auditivo de forma permanente.

Para las pérdidas moderadas de la audición, es necesaria la adaptación de un auxiliar auditivo personalizado, el cual sólo puede colocarse al interior del conducto auditivo o descansar en la parte posterior del pabellón auricular; es decir, una persona no puede utilizar el auxiliar que fue adaptado para otra persona.



Sin embargo, en pérdidas auditivas severas, los auxiliares auditivos convencionales no logran compensar el déficit en la audición. En estos casos se puede colocar un implante coclear mediante un procedimiento quirúrgico.

Las primeras cuatro semanas posteriores a la colocación de un auxiliar auditivo suelen ser las

más complicadas, ya que el paciente se siente incómodo por el aumento en la cantidad de sonidos que percibe habitualmente, lo cual se asocia a la pérdida en la capacidad para percibir los sonidos ambientales, que normalmente son suprimidos por nuestro cerebro.

Este fenómeno suele compensarse poco a poco conforme el paciente se adapta al uso continuo de sus auxiliares auditivos.

Con el propósito de desarrollar al máximo las capacidades de comunicación del paciente se instruyen programas de educación y de rehabilitación para que aprenda a leer los labios.

También existen estrategias para optimizar la recepción de sonidos en una comunicación y para utilizar claves visuales que permitan mantener una interacción adecuada con terceras personas.

Mantener una buena capacidad auditiva es indispensable para mantenernos funcionales, activos y con una adecuada calidad de vida. Asista con su médico de confianza ante cualquier evidencia de problemas para escuchar adecuadamente.



Referencias

Clínica Mayo. Enfermedades y condiciones. Déficit auditivo. www.mayoclinic.com/health/hearing-loss/DS00172

Fook L, Morgan R (2000). Hearing impairment in older people: A review. *Postgrad Med J*; 76: 537-541.

Gates GA, Mills JH (2005). Presbycusis. *Lancet*; 366: 111-20.

Palmer CV, Ortmann MS (2005). Hearing loss and hearing aids. *Neurol Clin*; 23: 901-918.

Dolor en el anciano

Dr. Alberto José Mimenza Alvarado

Departamento de Geriátría, Instituto Nacional
de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"



☞ ¿Qué entendemos por dolor?

El dolor es una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada con daño real o potencial a un tejido (órgano, músculo, huesos, nervios).

¿Cómo se clasifica el dolor?

Es importante saber que el dolor puede tener múltiples orígenes, pero podemos clasificarlo en dos: nociceptivo y neuropático.

Nociceptivo: Es el dolor que tenemos habitualmente (cabeza, huesos, músculo, cólicos abdominales) y que en la gran mayoría de los casos podemos localizar. Este dolor se presenta en enfermedades como osteoartritis, artritis reumatoide, dolor muscular, cólicos abdominales, entre otras. Para tratar estos dolores, utilizamos de manera habitual un medicamento con efecto antiinflamatorio y analgésico.

Neuropático: Este dolor se caracteriza por ser de tipo ardoroso, con sensaciones como de toque eléctrico, hormigueos, adormecimiento y calambres. Es resultado del daño a los nervios y casi siempre es consecuencia de enfermedades como la diabetes mellitus mal controlada o de una infección por el virus del herpes zóster.

 **¿Cómo identificar el tipo de dolor que tengo?**

	Dolor musculoesquelético (Nociceptivo)	Dolor no musculoesquelético (Neuropático)
Localización	El dolor se localiza sobre la estructura afectada	Muchas veces es difícil de localizar (a veces afecta el dorso o la planta del pie, pantorrillas) y suele ser cambiante o fijo
Intensidad	A mayor daño de la parte afectada, existe más dolor	Varía su intensidad durante el día (a veces duele más por la noche)
Característica	El dolor es interpretado como "dolor" (claramente se puede indicar dónde duele)	El dolor es ardoroso (a veces lo produce incluso el roce de la sábana o la ropa), hay hormigueos, calambres, entumecimiento, sensación de frío
Duración	Suele ser agudo (menos de dos semanas), aunque a veces puede volverse crónico	Suele ser crónico (dura semanas o meses, incluso años)
Ejemplo de enfermedad que lo causa	Artritis, osteoartritis, dolor de cabeza, fracturas	Diabetes mellitus, herpes zóster, problemas de tiroides, insuficiencia renal
Tratamiento	Analgésicos	Fármacos especiales (neuromoduladores)



Tratamiento

Es fundamental identificar la causa del dolor para poder iniciar un tratamiento específico. En ningún caso deberá utilizarse un medicamento sin prescripción médica.

Recuerde que durante el envejecimiento ocurren cambios en las vías que transforman los medicamentos para que éstos puedan actuar dentro del organismo.

Para el dolor musculoesquelético se utilizan, con precaución, los llamados analgésicos, que en la gran mayoría de los casos tienen efecto analgésico (es decir, suprimen el dolor) y antiinflamatorio.

Para el dolor no musculoesquelético (también conocido como neuropático), los analgésicos convencionales no son útiles y, por lo tanto, su uso puede producir problemas gastrointestinales, como gastritis severa.

En todos los casos, debe acudir a su médico para que él le indique el mejor tratamiento para el tipo de dolor que usted sufre.



En algunos casos, los analgésicos comunes **no** son útiles; consulte con su médico

👉 **¿Por qué es importante tratar el dolor?**

Cualquier tipo de dolor puede volverse crónico (es decir, que dure más de dos semanas). El dolor crónico produce ansiedad, depresión, trastornos del sueño, aislamiento social, bajo rendimiento laboral, entre otros problemas.

Todos estas complicaciones pueden afectar su calidad de vida e incluso predisponerle a enfermedades más serias. Por eso es importante que ante cualquier tipo de dolor, acuda a su médico para que le realice una adecuada evaluación y determine el mejor tratamiento para usted.



Recomendaciones

1. Recuerde que el dolor tiene la función de alertar tanto a su organismo como a usted mismo que algo anda mal.
2. Ningún dolor debe durar más allá de cinco días. Si su dolor persiste –ya sea porque no ha recibido un tratamiento o porque el tratamiento que recibió no ha logrado controlarlo–, debe acudir a una valoración médica.
3. Existen alternativas seguras para cada una de las causas de dolor.
4. Ningún fármaco está exento de efectos nocivos para su salud, por lo que siempre deben usarse bajo supervisión médica.

5. El dolor que es causado por la diabetes mellitus o por la infección del virus herpes zóster puede persistir incluso cuando los niveles de glucosa hayan disminuido o la infección haya desaparecido. De hecho, es común que esto ocurra.
6. Actualmente existen excelentes alternativas de tratamiento para cada una de las formas de dolor, por lo que es posible vivir sin él.
7. Es indispensable que todo paciente con dolor –dependiendo de cuál sea la causa de éste– reciba un adecuado programa de rehabilitación, el cual debe ser establecido por su médico tratante.





Lecturas recomendadas

De Silver JK (2011). *El dolor crónico: una guía para pacientes y familiares.* Barcelona: Paidós Ibérica.

Gutiérrez Robledo LM; Mimenza A (2010). Dolor en el paciente geriátrico. Un enfoque holístico. En Uria Guevara (ed.), *Dolor por especialidades.* México: Corinter.

Osteoartrosis

Dr. Jorge Alberto Mena Madrazo

Departamento de Geriátría, Instituto Nacional
de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"



☞ ¿Qué es la osteoartrosis?

La osteoartrosis, también llamada osteoartritis o enfermedad articular degenerativa, es la enfermedad de las articulaciones asociada a su uso.

Así como las partes mecánicas de un automóvil se van desgastando por su uso, lo mismo sucede con las partes mecánicas del cuerpo, como las articulaciones, que es el tema que nos ocupa en

este caso. Se trata de una enfermedad muy común que en algunas personas puede ser la principal causa de discapacidad.

Si los seres humanos viviéramos lo suficiente, probablemente llegaríamos a desarrollar este padecimiento en algún momento de la vida.

Sin embargo, no en todos se manifiesta de la misma manera. Esto depende principalmente de algunos factores genéticos (heredados) y de qué tanto y de qué manera se utilicen las articulaciones.

Así, por ejemplo, las personas que utilizan mucho sus manos, como las costureras, tienden a tener osteoartritis en las manos, mientras que un cargador tenderá a ver más afectados caderas, rodillas y hombros.

Las articulaciones grandes de las piernas, como la rodilla y la cadera, son particularmente afectadas debido a que soportan el peso de todo el cuerpo cuando caminamos.

Quienes utilizan mucho sus manos
suelen tener osteoartritis en ellas





¿Cómo saber si tengo osteoartritis?

Las personas con osteoartritis tienen síntomas fáciles de identificar: dolor, rigidez articular (sentir la articulación tiesa, con dificultad para comenzar a moverla), crepitación (crujido de las articulaciones al moverlas), deformidad e inestabilidad articular (cuando la articulación deja de funcionar).

La enfermedad es típicamente no inflamatoria, es decir, en general, en las articulaciones afectadas no hay enrojecimiento ni aumento de la temperatura. El dolor se hace más fuerte cuando se intenta utilizar la articulación y la mayoría de las veces no es constante. Es un síntoma muy variable, algunas personas tienen mucho dolor con una articulación poco dañada, mientras que otros no tienen dolor con articulaciones muy afectadas. La rigidez dura generalmente poco tiempo (menos de 15 minutos).



¿Qué debo hacer si sospecho que tengo osteoartritis?

El diagnóstico de osteoartritis es establecido por el médico. Es importante que él descarte otras

enfermedades que se le parecen, como la artritis reumatoide, cuyo tratamiento es totalmente distinto. Automedicarse es muy peligroso en este padecimiento, pues los medicamentos utilizados para controlar el dolor con frecuencia causan gastritis y son muy agresivos para el riñón.



A pesar de ser causada por el uso de las articulaciones, dejar de utilizarlas no es la solución. Más bien, usarlas correctamente es lo que las lleva a funcionar mejor. El tratamiento debe ser individual, no es prudente tomar un medicamento sólo porque alguna otra persona lo esté tomando.



¿Cómo puedo prevenir la osteoartritis?

Conservar un peso adecuado y hacer ejercicio de manera regular son acciones siempre recomendables. El mantener un peso adecuado sirve para que las articulaciones no tengan que esforzarse en exceso para sostener el cuerpo.

El ejercicio sirve para fortalecer los músculos que rodean las articulaciones y así darles estabilidad. Se recomienda especialmente los ejercicios de bajo impacto como el yoga y la natación.

Aunque hay muchos fármacos que se usan supuestamente para la prevención, ninguno de ellos ha demostrado ser útil para este padecimiento en particular.



¿Cómo se trata la osteoartritis?

Hay muchas alternativas en el manejo de esta enfermedad. La fisioterapia sirve para manejar el dolor y el fortalecimiento específico de algunos grupos musculares.

Los medicamentos son para atender el dolor y deben usarse de manera muy responsable, ya que

mucha gente sufre graves efectos secundarios a causa de ellos. En general, cuando se usen medicamentos, hay que cuidar que no desencadenen irritación del estómago y monitorizar la función del riñón. La modificación de la dosis y frecuencia de los medicamentos debe ser acordada con el médico para llegar al balance óptimo en que no haya dolor ni efectos secundarios de los medicamentos.



El tratamiento incluye también las medidas mencionadas en la prevención (mantener un peso adecuado y realizar actividad física) para tratar de evitar que la enfermedad progrese.

La cirugía es una alternativa para aquellos casos en que la enfermedad es grave, principalmente para las articulaciones de la rodilla y de la cadera. Aunque el procedimiento no está exento de riesgos, los resultados a mediano plazo son satisfactorios.



Actividad para promover la salud

¡Manténgase activo! Haga ejercicio de manera regular y trate de conservar su peso ideal. Revise sus articulaciones en busca de dolor, deformación o crepitación. Si tiene dudas, consulte con su médico.



Lecturas recomendadas

“Artrosis”, en D’Hyver de las Deses C, Gutiérrez Robledo LM (2010). *Geriatría*. 2a. ed., México: Manual Moderno.

Prevención del maltrato a personas adultas mayores

Mtra. Liliana Giraldo Rodríguez

Instituto de Geriátría



👉 **¿Qué se entiende por maltrato?**

El maltrato es reconocido como un problema social y de salud pública, debido a las graves consecuencias que conlleva para la salud y el bienestar de las personas adultas mayores.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el maltrato de personas adultas

mayores se define como “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza (o de dependencia) y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”.

Al igual que cualquier otra forma de abuso, el maltrato es una violación de los derechos humanos, así como una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación.

El maltrato puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión.

Tipos de maltrato:

Psicológico/emocional

Sexual

Financiero

Negligencia

Abandono

Maltrato físico: Es el uso de fuerza física que puede resultar en daño corporal, dolor o deterioro físico. Puede incluir golpes, pellizcos, empujones, patadas, quemaduras, fracturas, castigos físicos, latigazos, administración inapropiada de fármacos o tóxicos, uso innecesario de sujeciones, restricciones físicas, forzar a comer, etc.



Maltrato psicológico/emocional: Consiste en infligir angustia, dolor emocional o estrés, situaciones que denigran a la persona y le disminuyen su dignidad, identidad y autoestima. Incluye el uso de ataques verbales, amenazas, intimidaciones, coacción, insultos, menosprecio,

que lo hagan sentir menos, descalificación, conductas de dominio e imposición. También la infantilización (es decir, tratar a la persona como si fuera un niño), el aislamiento de la familia, de los amigos o de las actividades habituales.

Abuso sexual: Contacto sexual no aceptado de cualquier clase o cuando la persona es incapaz de dar su consentimiento. Puede incluir: tocamientos, hacer fotografías impúdicas sin consentimiento, asalto sexual, sodomización, violación, desnudez forzada, etc.

Abuso financiero o económico: Uso ilegal o impropio de todos o algunos de los fondos económicos, bienes, propiedades o posesiones de la persona adulta mayor, impedirle que use y controle su dinero, chantaje económico, presiones por la herencia, brindar atención sólo a cambio de la pensión, etc.

Negligencia: Conducta que amenaza la salud o seguridad de la persona adulta mayor, mediante restricciones, ausencias o deficiencias en la provisión de recursos indispensables para la persona.

a) Física: no satisfacer las necesidades básicas, por ejemplo, negarle alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos.

b) Emocional: negación de afecto, desprecio, aislamiento e incomunicación. Puede ser intencional o por omisión.

Abandono: Desamparo de un anciano por la persona que había asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados, o bien, por la persona a cargo de su custodia (tutor legal). Incluye el abandono en instituciones asistenciales (hospitales, residencias y clínicas), así como en centros comerciales, locales públicos y la vía pública.



¿Cuáles son sus principales causas?

Una característica de las personas que maltratan es que no comprenden las necesidades de los adultos mayores. Asimismo, el estrés del cuidador(a) puede ser un factor que contribuye en los casos de maltrato, pero no explica por sí mismo este fenómeno.

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones sobre el maltrato y la negligencia hacia las personas mayores identificó los siguientes factores de riesgo en la familia:

- Estrés del cuidador.
- Nivel de dependencia de las personas adultas mayores.
- Antecedentes de violencia en la familia.
- Dificultades personales y financieras del cuidador o responsable del maltrato.
- Alcoholismo y otras adicciones.
- Falta de información y recursos relacionados con la atención necesaria a una persona con discapacidad.

- Aislamiento social del cuidador.
- Falta de apoyo y descanso para el cuidador, quien es responsable de una persona con discapacidad o que requiere cuidado las 24 horas al día, siete días a la semana.

Además de los anteriores, otros estudios han encontrado los siguientes factores:

- Una relación familiar desgastada por el tiempo.
- Agobio por el exceso de tareas por atender.
- Falta de conocimiento sobre las necesidades específicas de las personas adultas mayores.
- Problemas de salud física o mental de la persona adulta mayor o del responsable del maltrato.

Las personas que maltratan
no comprenden las necesidades
de las personas adultas mayores



¿Cuáles son las medidas preventivas recomendadas?

La manera más fácil de protegerse del maltrato es mantenerse en contacto con la comunidad:

- Conocer y hacer valer sus derechos.
- Mantener comunicación frecuente con familiares, amigos y vecinos de su confianza.
- Establecer un horario regular para llamar y/o visitar a sus seres queridos y amigos.
- Mantenerse física y mentalmente activo.
- Integrarse a grupos que realicen actividades sociales y recreativas, en la comunidad o en el centro de salud más cercano.



- Participar en programas comunitarios que sean de su gusto.
- Prestar servicios voluntarios en su iglesia o centro comunitario.
- Conocer las instituciones y los servicios que éstas ofrecen para las personas adultas mayores.
- Hacer un directorio con teléfonos y direcciones de las personas en quienes confía y de las instituciones que le ofrecen servicios para sus diferentes necesidades.
- Siempre asesorarse con alguien de confianza o en alguna institución que esté a su servicio, antes de tomar decisiones relacionadas con sus bienes o recursos económicos.
- Antes de firmar cualquier tipo de documento, asegúrese de entenderlo completamente o espere a que alguien de su confianza lo revise con usted.
- Si decide prestarle dinero a alguien, prepare un documento en el que estipule un plan de pago, incluso para familiares.



¿Qué hábitos pueden ayudar a evitar el maltrato?

- Asuma una actitud positiva ante su condición de persona mayor.
- Evite estar solo(a) por mucho tiempo o aislado(a) de la comunidad.
- Mantenga buenas relaciones con sus familiares, amigos y vecinos.
- Tome sus propias decisiones.
- Si las cosas no están bien en casa, hable del tema con alguien de confianza.
- Ante una situación de maltrato, informe de manera inmediata a una persona de confianza o a su médico, o acuda a las instituciones que están a su servicio (vía telefónica o de manera presencial).



Dese su tiempo...

Encuentre el momento adecuado en el cual tenga privacidad y suficiente tiempo para pensar y describir lo que ha estado pasando.

Por ejemplo, puede preguntarse:

¿Mi hijo(a), nieto(a), familiar, amigo, etc. ha sido abusivo conmigo? ¿Él/ella me ha...

... gritado?

... ignorado?

... dicho mentiras y cosas hirientes?

... negado cosas necesarias (comida, medicinas, bastón, andadera, gafas)?

... insultado?

... amenazado?

... empujado?



¿Mi hijo(a), nieto(a), familiar, amigo, etc. no me ha estado tratando bien? ¿Él/ella...

... no me permite visitar a mis amigos o que ellos me visiten?

... no aprueba que yo asista a actividades fuera de la casa porque tengo que cuidar a sus hijos?

... no me deja tomar decisiones?

... ha usado mi dinero para su beneficio?

... ha tomado mi dinero sin mi permiso?

... me obligó a entregarle mi tarjeta de la pensión?



El maltrato a la persona adulta mayor **no** es normal y **no** debe formar parte de su vida.



Lecturas recomendadas

Moya BA y Barbero GJ (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Colección Manuales y Guías, Serie Personas Mayores, IMSERSO: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. *Manual de la Organización Panamericana de la Salud (Manual PAHO). Parte II: Abuso (maltrato) y negligencia (abandono). Guía de diagnóstico y tratamiento*: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/paho-manuales-01.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* <http://www.paho.org/spanish/AM/PUB/Contenido.pdf>

Red de Ontario para la Prevención del Abuso al Adulto Mayor (ONPEA): <http://wn.com/onpea>

La recreación: Un beneficio para los adultos mayores

Lic. Liliana Bedolla Herrera

Dr. Sergio Salvador Valdés y Rojas

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores



☞ **¿Qué cambia en la vejez?**

A partir de que el ser humano inicia su etapa de vejez, comienza un nuevo ciclo de vida, en el que es probable que se presente el cese en la actividad laboral, así como la ausencia de seres queridos. Estas situaciones lo llevan a disponer de más tiempo libre.

Por ello es importante aprender a reorganizar y gestionar el tiempo disponible, de tal forma que la persona adulta mayor encauce sus energías e intereses hacia actividades que le permitan sentirse útil e integrada(o) a su ámbito social y que, al mismo tiempo, prevengan el deterioro cognitivo.

Desde esta perspectiva, el tiempo libre, el ocio y la recreación resultan generadores de beneficios múltiples para las personas adultas mayores. Entre ellos podemos mencionar los siguientes:

- Fomentan el contacto interpersonal y la integración social.
- Hacen frente a las disminuciones y limitaciones físicas.
- Son un medio de distensión y enfrentamiento activo al estrés y las tensiones propias en esta etapa de la vida.
- Contribuyen a mantener un sentimiento de utilidad y autoestima personal.
- Fomentan la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre.
- Propician bienestar y satisfacción personal.



Tiempo libre del adulto mayor

Cuando la persona adulta mayor reorganiza su tiempo con actividades gratificantes, se adapta mejor al proceso por el que está pasando y mejora gradualmente su calidad de vida. Si, por el contrario, pasa las horas sin actividad, sin ocuparse en algo, el adulto mayor se aísla, se deprime y su cognición y funcionalidad se deterioran más rápidamente.

La actividad y la funcionalidad son un excelente indicador de que se tiene una calidad de vida favorable, mientras que el desgano, la falta de interés por las cosas, la soledad y el aburrimiento

se determinan como los principales enemigos del envejecimiento, pues hacen evidente el hecho de que la persona no tiene interés por la vida.

En consecuencia, los problemas básicos de la edad adulta mayor se están reorientando y se considera que son más de tipo social que exclusivamente físicos, sin negar su importancia en edades más avanzadas.



Recomendaciones para realizar actividades

- Mantenga un régimen de vida variado, que incluya paseos, caminatas, alternando actividades físicas con otras de carácter recreativo y de reposo; elija las actividades según sus gustos y aptitudes.
- Busque una actividad que sea de su agrado y hágala parte de su vida, porque sentirse útil lo/la ayudará a emplear el tiempo de una mejor manera.
- Mantenga toda la independencia que su salud y situación económica le permitan, por ningún motivo acepte el aislamiento.

- Lea periódicos, libros y revistas; vea programas interesantes y noticias en la televisión. Manténgase informado y atento a lo que sucede en el entorno y en el mundo.
- Participe en algún grupo de lectura para intercambiar libros y generar debates sobre las lecturas en común; esto no tiene un costo muy elevado, ya que sólo debe comprar un libro para intercambiarlo con los demás.



- Involúcrese con otros grupos de personas. Busque información sobre organizaciones sociales que le interesen para integrarse

como miembro o hacer trabajo voluntario, esto es un excelente pretexto para conocer personas y socializar.

- Si no existe un grupo cerca de su domicilio, propicie reuniones con sus conocidos para leer, platicar, ver televisión, tejer, compartir recetas y experiencias.



- En caso de que sienta soledad, busque ayuda externa, ya sea de familiares, amigos, o profesionales.
- Mantenga el sentido del humor.
- Sea aseado y arréglese todos los días, esto lo/la hará sentirse bien.

Es muy importante que camine con orgullo, derecho, con la vista en alto, con rostro alegre y sin arrastrar los pies. La vejez no es cuestión de años, sino de estado de ánimo y una actitud ante la vida.



Beneficios

Están comprobados los beneficios que la recreación brinda a los adultos mayores, entre ellos:

- Ofrece mayor autonomía y hábitos de conducta saludables en las actividades diarias.
- Potencia la creatividad y la capacidad artística y estética.

- Favorece la psicomotricidad y la coordinación.
- Fomenta la interrelación humana y la integración social.
- Promueve la integración intergeneracional.
- Sostiene la capacidad productiva.
- Ayuda a hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas.
- Promueve la conciencia de utilidad y autoestima.
- Logra la distensión, la relajación y el escape de tensiones frente al estrés y el cansancio.
- Previene problemas físicos.
- Favorece el bienestar y la satisfacción personal.
- Permite liberarse de la rutina, la inactividad y el sedentarismo.
- Posibilita, previene o retarda el proceso de envejecimiento.
- Ayuda a fomentar la imaginación y creatividad.
- Ejercita la inteligencia, la memoria, la atención, la comprensión y la expresión oral.



Bibliografía

AguilarCortez, L; PazMorales, E (2002). *Introducción a la Programación.* México: Universidad YMCA.

Aguilar Cortez, L; Incarbone, O (2005). *Recreación y animación. De la teoría a la práctica.* Colombia: Kinesis.

Murillo, JC (2003). *Talleres recreativos para personas mayores.* Colombia: Selare.

Redes de apoyo social para el adulto mayor

Dra. Ericka Ileana Escalante Izeta

Lic. Loredana Tavano Colaizzi

Departamento de Salud, Universidad Iberoamericana



¿Qué es el apoyo social?

El apoyo social es el bienestar, cuidado, afecto o ayuda que recibimos de las personas o grupos cercanos a nosotros, por ejemplo, nuestra pareja, hijos, familia, amigos, médicos o grupos cercanos de la comunidad donde vivimos, como la iglesia, el deportivo o nuestros vecinos.

Las personas que reciben apoyo social se perciben como más queridas y valoradas; sienten que forman parte de una red social que puede ayudarlas en los tiempos difíciles, además de acompañarlas durante los momentos de alegría y bienestar.

El conjunto de personas que conocemos y con quienes podemos compartir apoyo, constituyen nuestras redes de apoyo social, dependen del número de personas con quienes nos relacionamos, sus características y la intimidad que establecemos con cada una.



¿Qué tipos de apoyo social existen?

Apoyo emocional (autoestima): Nos proporciona cuidados, sentimientos positivos y confianza; fortalece nuestra capacidad de relacionarnos con otras personas. Origina en nosotros sentimientos de comodidad y pertenencia, de ser aceptados y queridos.

Apoyo tangible (instrumental): Tiene que ver con la asistencia directa en asuntos materiales y monetarios. Es decir, el apoyo que recibimos cuando nos hace falta dinero, trabajo u otras necesidades materiales como vestido, vivienda o alimento.

Apoyo informacional (cognitivo): Incluye la asesoría, orientación o sugerencias sobre lo que hacemos. Por ejemplo, en caso de enfermedad, poder recibir orientación o información sobre nuestro tratamiento por parte del médico o familiares cercanos.

Compañerismo: Se refiere a compartir el tiempo con nuevas personas, ampliando nuestro círculo social con personas con quienes tenemos intereses, actividades y objetivos en común.

👉 **¿En qué nos beneficia tener redes de apoyo social?**

“La amistad es a las personas lo que el sol es a las flores”: este es el principio básico del apoyo social. Se ha comprobado que el contar con redes de apoyo reduce el estrés, disminuye la presencia de malestares físicos y mentales (como la depresión), mejora la presión arterial, el estado de ánimo, reduce el riesgo de mortalidad prematura y la causada por cáncer y enfermedades cardíacas. Es decir, contar con un amplio grupo de apoyo social nos ayuda a vivir más felices, más sanos y por más tiempo. En resumen, mejora nuestra calidad de vida.





¿Quiénes son nuestras redes de apoyo?

Las principales redes de apoyo social están formadas por la pareja, familia, amigos, vecinos, nuestro médico, enfermera, dentista y grupos sociales, como compañeros de la iglesia, el trabajo o de actividades de tiempo libre (club de lectura, clases de gimnasia, etc.)



No todas las personas reciben el apoyo social que necesitan; algunas no están abiertas al contacto con los otros. Por ejemplo, son poco sociables, no expresan sus necesidades, creen que deben ser independientes o tratan de no sentirse “una carga” para los demás. Se sienten incómodos o incapaces

al confiar sus problemas o simplemente no saben comunicarse con las personas cercanas a ellas.

Es muy importante tener en cuenta, también, el apoyo que nosotros damos a nuestros seres queridos o a las personas con quienes convivimos día a día. Es decir, el apoyo deber ser recíproco, considerando tanto dar como recibir (tiempo, afecto, escucha, ayuda, etc.)



¿Cómo mejoro la comunicación con mis redes de apoyo?

En ocasiones nos aislamos o perdemos contacto con personas importantes de nuestra vida, por eso es necesario mantener la comunicación con nuestros contactos más cercanos como familiares o amigos.

La comunicación con nuestros médicos, dentistas o enfermeras también es muy importante, pues nos ayuda a evitar la automedicación o el uso de tratamientos alternativos que no sabemos si son correctos o no.

Para mejorar la comunicación es necesario seguir las siguientes recomendaciones:



- Identifique a las personas a quienes les tiene más confianza, pero también intente establecer nuevas amistades.
- Llámelos por teléfono o visítelos, invítelos a su casa o busquen espacios para compartir momentos juntos. Comparta su vida, su experiencia.
- Hable abiertamente de las cosas que le interesan o preocupan.
- Trate con respeto a los demás y a usted mismo. No juzgue ni evalúe negativamente a las personas que piensan distinto a usted.

- Tampoco permita que su punto de vista sea invalidado. Todos tenemos el derecho de pensar diferente.
- Comunique sus sentimientos, creencias y necesidades directamente, de forma clara y precisa.
- Sea honesto, exprese sus sentimientos y puntos de vista verdaderos.
- Use un tono de voz sereno, evite gritar o susurrar. Afirme con la cabeza si está de acuerdo con lo que dice su interlocutor, mírelo a los ojos durante la conversación y escuche atentamente.





Todos tenemos derecho de...

- Considerar y satisfacer nuestras propias necesidades (sin dañar a otros)
- Cambiar de opinión
- Cometer errores
- Ser tratados con derecho y dignidad
- Negarnos a peticiones sin sentirnos culpables
- Pedir lo que queremos
- Establecer las propias prioridades
- Tomar nuestras propias decisiones
- Recibir y dar ayuda cuando se necesita
- Calmarnos, tomar tiempo para pensar
- Pedir lo mismo que estoy dispuesto a dar
- Tener espacios de privacidad
- Sentirnos bien con nosotros mismos

Directorio de redes institucionales o formales de apoyo

La red institucional la integran básicamente organismos públicos o privados (gubernamentales o no gubernamentales) dedicados a proporcionar diversos servicios o apoyos asistenciales a la población adulta mayor en función de sus condiciones de salud, situación socioeconómica o carencia de información.

Las instituciones públicas o gubernamentales han sido creadas para atender una diversidad de necesidades de los adultos mayores en situación de indigencia, abandono parcial, sufrimiento, vulnerabilidad y pobreza; es evidente que sin los apoyos proporcionados desde la red institucional, las familias, los vecinos e incluso algunas organizaciones comunitarias, difícilmente podrían facilitar los diferentes servicios que proporcionan.

Las fuentes formales de apoyo comprenden a una diversidad de organismos gubernamentales cuyos programas atienden necesidades en materia de salud, alimentación, recreación, cuidados, ayudas económicas, como los descritos a continuación:

- **Sistema de Salud:** Centros y casas de salud local, Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, instituciones para la atención del adulto mayor.
- **Casas de día:** INAPAM, DIF estatales y locales.
- **Comedores públicos:** DIF estatales y municipales y jefaturas delegacionales.
- **Municipios o jefaturas delegacionales:** Por ley están obligados a otorgar apoyo que puede variar de naturaleza, por ejemplo, despensas, anteojos, vestido, calzado, etc.



- **Secretaría de Salud**
www.salud.gob.mx
- **INAPAM**
www.inapam.gob.mx
5536 1143 ó 01 800 0073705
- **DIF**
www.dif.gob.mx/adultosmayores
30032200
- **Instituto de Geriatría**
www.geriatria.salud.gob.mx



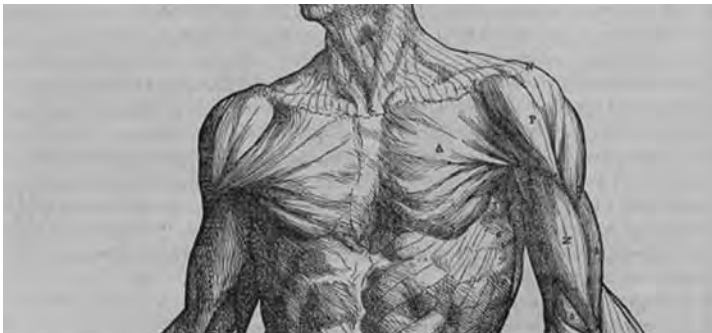
Bibliografía

- Sarafino, Edward (2008). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, 6a. ed., John Wiley & Sons Inc.
- Taylor, Shelley (2007). *Psicología de la salud*. 6a. ed. México: McGraw-Hill.
- Bimbela Pedrola, JL (2008). *Gimnasia emocional: Pasos a la acción*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Sarcopenia

Dr. Sara G. Aguilar Navarro

Departamento de Geriátría, Instituto Nacional
de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"



¿Qué es la sarcopenia?

La sarcopenia es la pérdida involuntaria de músculo asociada al envejecimiento. Entre los mayores de 65 años afecta a 1 de cada cuatro personas, pero en los mayores de 80 años puede afectar a la mitad de ellos.

La sarcopenia contribuye en gran medida a la discapacidad física, ya que puede disminuir la fuerza y la funcionalidad, es decir, la habilidad para realizar actividades de la vida cotidiana.

Esto, a su vez, puede repercutir en mayor riesgo de caídas, fracturas y peor calidad de vida.

Entre sus causas se incluyen factores del propio músculo y cambios del sistema nervioso central, además de factores hormonales y de estilo de vida. Diversas hormonas y sustancias inflamatorias afectan la función y masa muscular. Por ejemplo, la reducción de testosterona y estrógenos que acompaña a la vejez acelera la pérdida de masa muscular.



Además, al disminuir la masa muscular, se incrementa la grasa del cuerpo y, como consecuencia de estos cambios, también aumenta la resistencia a la insulina, lo que podría ponernos en mayor riesgo de desarrollar diabetes en la vejez. Si a todo esto sumamos una nutrición inadecuada y escasa actividad física, la situación se complica.

¿Cómo se diagnostica la sarcopenia?

La sarcopenia puede ser primaria o secundaria. La primaria es la que está relacionada exclusivamente con la edad. La secundaria es la que tiene otras causas, como enfermedades o inmovilidad de la persona.

Para diagnosticar sarcopenia debe evaluarse la cantidad de músculo y su funcionalidad (fuerza). En la consulta, su médico puede pesarlo, medirlo e incluso tomar otras medidas como la circunferencia de su pantorrilla o cintura (antropometría) y también medir su fuerza a través de un dinamómetro (un equipo muy sencillo con el que se mide la fuerza de prensión o agarre).

Su médico también podría medir su capacidad para desempeñar actividades que involucren coordinación y movilidad a través de pruebas como la Velocidad de la Marcha o el Desempeño Físico.

En esta prueba, el médico le pide que camine cierta distancia y toma el tiempo que le lleva hacerlo; además, le pide realizar otros movimientos como sentarse y levantarse de una silla, o mantener el equilibrio en diferentes posiciones (gallo-gallina).

Los distintos estudios y pruebas permiten al médico determinar su masa muscular, su fuerza y su rendimiento físico; estos resultados reflejan la habilidad para desarrollar actividades cotidianas.



¿Qué se recomienda para prevenir y tratar la sarcopenia?

Se han intentado diferentes tratamientos: administración de testosterona, hormona de crecimiento, suplementos nutricios y ejercicio físico. Sin embargo, de todos ellos, sólo el ejercicio físico de resistencia (con pesas) ha demostrado eficacia en incrementar la masa muscular, combinado o no con suplementación nutricional.



Algunas investigaciones sugieren que un mayor consumo de proteínas distribuidas adecuadamente a lo largo del día puede prevenir la sarcopenia. Recuerde que una rica fuente de proteínas es la leche y sus derivados, la carne de origen animal, el pescado y el huevo.

Actualmente se recomienda ingerir hasta 60 gramos de proteína al día para prevenir sarcopenia y hasta 90 gramos cuando ya se tiene este padecimiento. Por esto es muy importante consultar al nutriólogo y llevar una dieta lo mejor balanceada posible y acorde a las necesidades individuales.

 **¿Qué debo hacer para prevenir la sarcopenia?**

Alimentarse adecuadamente, sobre todo a base de proteínas y su distribución diaria. El primer paso es consumir lácteos, bien elegidos: por ejemplo, 2 vasos de leche aportan 24 gramos de proteína. Recuerde que su meta es 60 gramos y hasta 90 gramos si se encuentra en buen estado de salud.

La vitamina D es imprescindible para todas las personas y aún más para los adultos mayores, en quienes es común la escasa exposición al sol por



otras causas. No olvide que un poco de sol puede ser bueno para los huesos pero también para sus músculos.

Tenga en cuenta que la inmovilidad y el sedentarismo favorecen la sarcopenia. En los adultos mayores, el entrenamiento físico con ejercicios de resistencia (levantando o jalando peso) puede:

- mejorar la masa y la fuerza muscular
- mejorar el equilibrio
- mejorar la resistencia

El ejercicio físico de resistencia es el estímulo más potente para incrementar la fuerza y la masa muscular.





¿Qué hábitos debo incluir en mi vida diaria para prevenir y tratar la sarcopenia?

Haga ejercicio 3 veces por semana por al menos 30 minutos, incluyendo ejercicios de resistencia (con pesas). El tiempo de tratamiento necesario para observar efectos positivos es de 10 a 12 semanas, aunque también se han observado efectos positivos con 2 semanas de entrenamiento.

El ejercicio físico debe acompañarse de un consumo suficiente de proteínas. Los adultos mayores suelen ingerir menos de lo recomendado, que es 0.8 gramos diarios por cada kilo de peso. Por ejemplo, si una persona pesa 50 kilos, debe consumir 40 gramos de proteína al día. Además, los adultos mayores tienen una tasa de uso de proteínas mayor y probablemente tienen requerimientos proteicos más elevados.

Algunos estudios demuestran buenos resultado al combinar suplementación proteica y ejercicio. Por ello, si puede y su médico se lo permite, incluya suplementos alimenticios que contengan proteínas o aminoácidos como glutamina, leucina o beta-hidroxi-metilbutirato.



También debe evitar el déficit de vitamina D que es muy frecuente en la gente mayor y puede estar relacionado con la pérdida de masa y fuerza muscular.

El consumo de vitamina D ayuda a mejorar la masa ósea (hueso), pero también la masa muscular. Además podría disminuir el riesgo de sufrir caídas. Por todo esto, es necesario que consulte a su médico antes de decidir consumir suplementos enriquecidos con proteínas o vitamina D.



Conclusiones

La sarcopenia es un proceso natural del envejecimiento, inicia a una temprana edad, incluso desde los 25 años, pero se acelera a partir de los 65 años.

La causa no es clara, son muchos los factores que pueden desencadenarla: las hormonas, el sedentarismo, los trastornos nutricionales, pero también el estrés y los radicales libres.

Existen situaciones que la pueden acelerar, por ejemplo, una hospitalización. Sus consecuencias son que la persona presente una marcha lenta, inactividad, e incluso que tenga mayor riesgo de caídas y fracturas.

Por esta razón se recomienda que, al ganar años, evitemos el sedentarismo y la desnutrición.

- Mantengámonos activos físicamente y continuemos ejercitándonos para conservar la masa y fuerza muscular por más tiempo.
- Llevemos una dieta balanceada, que incluya suficientes proteínas y vitamina D.

- Si notamos que nuestra marcha es muy lenta y sentimos que perdemos fuerza, consultemos estos síntomas con un médico.
- No atribuyamos los síntomas simplemente al proceso del envejecimiento.
- Para conservar nuestra independencia física y mejorar nuestra calidad de vida, platiquemos con el médico y consultemos al nutriólogo.



Referencias

Gutiérrez Robledo LM, Picardi Marassa P, Aguilar Navarro SG et al. (2010). *Gerontología y nutrición del adulto mayor*. México: McGraw-Hill.

Burgos Peláez (2006). Enfoque terapéutico global de la sarcopenia. *Nutr. Hosp.* 21 (3).

Bauer JM, Sieber CC (2008). Sarcopenia and frailty: a clinician's controversial point of view. *Exp Gerontol.* Jul; 43(7): 674-678.

Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T. et al. (2010). European consensus on definition and diagnosis. Report of the

European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing*, 39(4):412-423.

Vacunación en el adulto mayor

Dr. Oscar Rosas Carrasco

Instituto de Geriátría



☞ ¿Qué son las vacunas?

Las vacunas son medicamentos biológicos que cuando son aplicados a personas sanas provocan la generación de defensas (anticuerpos) que actúan protegiéndole ante futuros contactos con los agentes infecciosos contra los que vacunamos. De esta manera se evita la infección o la enfermedad.

Las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido y sigue produciendo a la humanidad, ya que previenen enfermedades que antes causaban grandes epidemias, muertes y secuelas.

Las vacunas benefician tanto a las personas vacunadas como a las personas no vacunadas y susceptibles que viven en el entorno de las primeras. Están indicadas en las diferentes etapas de la vida (infancia, adolescencia, mujeres en edad fértil, adultos jóvenes y adultos mayores).

En las personas mayores algunas enfermedades son prevenibles mediante la vacunación como: neumonía por neumococo, influenza estacional, difteria, tétanos, herpes zóster y varicela.



¿Cuáles son las vacunas que debo aplicarme como adulto mayor?

En México toda persona de cualquier edad tiene el derecho y la obligación de tener la Cartilla Nacional de Salud, documento personal que sirve para llevar el control de los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Existe una cartilla específica para personas de 60 años y más. Este documento está acorde al plan nacional de salud vigente, en el que se incluyen tres vacunas: contra neumococo, contra tétanos-difteria y contra influenza estacional.

Además de estas vacunas incluidas en el plan de salud, se recomienda actualmente la vacuna contra herpes zóster y varicela, esta última sólo en caso de que un médico confirme que no existe evidencia clínica de infección previa.

Enfermedades
que el adulto mayor puede
evitar a través de
la vacuna:

Neumococo
Influenza estacional
Tétanos-difteria
Herpes zóster
Varicela



Vacuna contra neumococo

El *Streptococco pneumoniae* es una bacteria que puede producir diferentes enfermedades graves, entre ellas la neumonía.

La neumonía es una de las principales causas de muerte en las personas mayores, además de que propicia la hospitalización y aumenta los gastos para su atención. Por tal motivo, es de suma importancia prevenirla mediante la vacunación.

En el Sector Salud se cuenta con la vacuna de 7 serotipos (heptavalente), recomendable para niños menores de dos años, y la de 23 serotipos (polivalente), recomendable para personas de 60 años y más.

Esta vacuna protege contra 92 por ciento de las formas invasivas. Se debe aplicar cada 5 años para estar protegido.

- Vía de administración: intramuscular (en el brazo).
- Reacciones adversas: se considera muy segura, aunque en ocasiones puede aparecer



enrojecimiento leve y haber dolor en el lugar de la inyección (son raras las reacciones locales más pronunciadas), fiebre o dolores musculares.

- En contadas ocasiones se han presentado reacciones alérgicas fuertes.



Vacuna contra la influenza estacional

La influenza estacional es una enfermedad viral que afecta a las vías respiratorias, sobre todo en los meses de octubre a mayo. En la mayoría de los casos produce un cuadro gripal leve, pero a veces hay complicaciones graves como neumonía, exacerbación de los cuadros de bronquitis, asma, sinusitis y otitis media. Se puede prevenir mediante la vacunación.

Esta descripción no incluye a la producida por el subtipo AH1N1, ya que hasta ahora no se recomienda de forma general en adultos mayores. La vacuna contra la influenza estacional está compuesta por virus vivos atenuados (es decir, virus modificado en el laboratorio para no generar enfermedad).

Todas las personas de 60 años y mayores deben vacunarse cada año para estar protegidos. No se recomienda a quienes tienen alergia a las proteínas del huevo, con antecedentes de alergia grave a la vacunación y a quienes hayan tenido la enfermedad de Guillain Barré seis semanas previas a la vacuna.

- **Vía de administración:** intramuscular, subcutánea (opcional) (en el brazo).

- **Reacciones adversas:** Esta vacuna no contiene virus vivos, por lo que no puede ocasionar enfermedad. Así que cualquier padecimiento respiratorio que aparezca inmediatamente después de la vacunación es una infección coincidente inadvertida, sin relación con la vacuna.
- El efecto secundario más frecuente es la reacción local (dolor, enrojecimiento, hinchazón) en el lugar de la inyección. Con menor frecuencia puede presentarse fiebre, dolor muscular, malestar general, así como lesiones rojas en la piel que causan comezón e indican una reacción alérgica.





Vacuna contra tétanos-difteria

La difteria es una enfermedad producida por la bacteria *Corynebacterium Diphtheriae*; las manifestaciones clínicas se deben a la toxina que produce la bacteria al infectar el organismo. Generalmente la infección se adquiere por vía respiratoria por contacto con un enfermo.

La difteria afecta faringe y laringe, con inflamación y formación de membranas que dificultan la respiración; puede llegar a afectar al corazón, riñones y sistema nervioso, entre otros, causando incluso la muerte en 40-50% de los afectados.

El tétanos es producida por la bacteria *Clostridium tetani*, que se encuentra en el medio ambiente y entra al organismo a través de heridas contaminadas o con necrosis del tejido, en las que libera una toxina que causa los síntomas.

El tétanos se caracteriza por rigidez y contracciones que progresan pudiendo producir la muerte por un paro respiratorio y otras complicaciones como fracturas y/o neumonía.

La vacunación contra el tétanos se recomienda a todas las personas no vacunadas, independien-

temente de su edad. Aunque la difteria es una enfermedad que no se ha presentado en nuestro medio en las dos últimas décadas, es necesario mantener la vacunación con altas coberturas poblacionales para evitar que reaparezca.



El sector salud recomienda vacunarse a partir de los 60 años a quienes no se hayan vacunado antes, con un refuerzo obligatorio de 4 a 8 semanas después de la primera dosis y un segundo refuerzo cada 5 o 10 años.

- Vía de administración: intramuscular (brazo o glúteo)

- **Contraindicaciones:** No debe aplicarse cuando la persona mayor sufra una enfermedad grave, tenga reacción alérgica previa a la vacuna, presente fiebre de 40 grados o más a causa de la vacuna. Las reacciones adversas son muy raras, algunas de las que se han observado son: enrojecimiento, hinchazón en el área de aplicación, así como dolor de cabeza, fiebre, dolor muscular, falta de apetito, vómito y, muy rara vez, síndrome de Guillain-Barré.



¿Qué otras vacunas están indicadas en adultos mayores?

Existe evidencia científica sobre algunas vacunas que también deben aplicarse los adultos mayores como: herpes zóster y varicela.

Herpes zóster: Es una complicación producida por el virus de la varicela zóster. La varicela se puede adquirir en cualquier etapa de la vida, aunque generalmente ocurre en la infancia.

Sin embargo, después de los 50 años, con el aumento de las enfermedades crónicas y el debilitamiento del sistema inmune, puede surgir el

herpes zóster, que se caracteriza por lesiones en la piel tipo vesículas (vesículas llenas de líquido) que generalmente se presentan en el tórax, aunque también pueden manifestarse en otros sitios.



El dolor que puede quedar incluso después de la cicatrización de las lesiones puede ser incapacitante y requerir atención costosa por largos periodos. Por tal motivo, es recomendable que toda persona de 60 años o mayor pueda vacunarse contra esta complicación.

Esta vacuna está disponible gratuitamente sólo en programas específicos en algunos estados del país. Sin embargo, también puede hallarse en

diferentes hospitales o médicos especialistas que atienden en forma particular a adultos mayores.

Varicela: La vacuna contra la varicela debe aplicarse sólo en el caso de que un médico confirme que no se ha presentado con anterioridad. Debe aplicarse dos dosis. La varicela es muy contagiosa; si se presenta en adultos jóvenes y mayores suele causar complicaciones.

Al igual que el herpes zóster, se caracteriza por presentar lesiones tipo vesículas (vesículas llenas de líquido) en casi todo el cuerpo y su forma invasiva puede afectar diferentes órganos y sistemas, incluyendo al nervioso con graves complicaciones.

Esta vacuna aún no está disponible de forma gratuita en el esquema nacional de vacunación, pero sí de forma comercial en hospitales privados o con médicos particulares que atienden a mayores

¿Dónde puedo vacunarme?

En las unidades de salud (centros de salud, unidades de medicina familiar del IMSS, ISSSTE, entre otros) se proporcionan permanentemente

todas las vacunas de manera gratuita para todos los adultos mayores en México, de acuerdo con el esquema actual de vacunación.

Además, a lo largo del año se realizan las llamadas “semanas nacionales de salud”, en las que se incluye la vacunación a los adultos mayores. Las fechas de estas semanas se publican en los medios masivos de comunicación.

En el caso de vacunas no incluidas en el esquema nacional, le sugerimos acudir con algún médico que atienda a personas mayores para solicitarlas de forma particular.





Referencias

- Center for Disease Control and Prevention (CDC).
Morbidity and Mortality Weekly Report: www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/downloads/adult/mmwr-adult-schedule.pdf
- Dirección General de Promoción a la Salud.
Secretaría de Salud: www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/influenza_informacion_todo.html
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades: www.cenavece.salud.gob.mx
- Mitka M (2006). FDA approves shingles vaccine: herpes zoster vaccine targets older adults. *JAMA*. Jul 12;296(2):157-8
- Rothberg MB, Smith KJ (2011). Herpeszostervaccine and older adults. *JAMA*. Abr 13;305(14):1410.
- Sociedad de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN): www.semergen.es/semergen/cda/documentos/revistas/pdf/numero8-98/623-640.pdf

Testamento

Lic. María Olga Sánchez Pérez

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores



Los derechos humanos son un conjunto de prerrogativas, potestades o facultades que son inherentes a las personas por el solo hecho de ser humanas. En México, la Constitución Política integra los derechos humanos como garantías individuales, las cuales son aplicables a todos los mexicanos.

Las personas de edad avanzada tienen derecho a obtener servicios sociales y jurídicos con objeto de mejorar sus posibilidades de autonomía y para recibir protección y cuidados.

El testamento es un instrumento jurídico que protege a las personas contra el daño moral y el despojo de bienes por parte de familiares, amistades y vecinos. De esta manera se evita que de manera indebida dispongan de bienes inmuebles, dinero en efectivo y del beneficio que representa la Pensión Alimentaria, sin el previo consentimiento de los adultos mayores.

Existen varios tipos de testamento, pero los dos más comunes son el testamento público abierto y el testamento ológrafo.

Testamento público abierto

Es el testamento que se otorga ante notario. En este documento, el adulto mayor expresa su voluntad de manera clara y terminante.

El interesado dispone de sus bienes y derechos, y declara o cumple deberes para después de su muerte.

El notario redacta el testamento por escrito sujetándose a la voluntad del adulto mayor. Asimismo, tiene la obligación de leer en voz alta

lo manifestado por el otorgante para que éste exprese si está conforme o no lo está. Sólo si está de acuerdo, firmará la escritura respectiva, al igual que sus testigos y el propio notario.



Testamento ológrafo

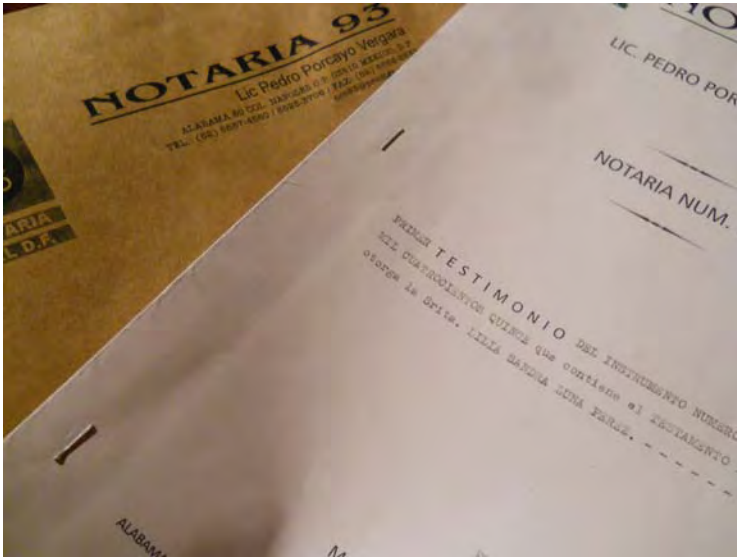
Este testamento es el que está escrito por puño y letra del testador. Muchos adultos mayores eligen este tipo de testamento por ser más económico; sin embargo, no es recomendable ya que es susceptible de impugnación.

👉 ¿Qué podemos heredar?

Los bienes hereditarios pueden ser casas o edificios (bienes inmuebles), siempre y cuando se cuente con escrituras, y otras propiedades como automóviles, cuentas bancarias y derechos personales.

Los cónyuges casados por sociedad conyugal sólo pueden testar por 50 por ciento, ya que son copropietarios con su esposo o esposa.





¿Ante quién debo hacer un testamento?

Para que se tenga certeza jurídica del testamento, se recomienda acudir con un notario y otorgar testamento público abierto, pues el notario en ese momento da fe de que el testador está expresando su voluntad y se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales, además de no estar coaccionado por persona alguna para la realización del mismo.

En México, cualquier notario público puede realizar el trámite.

¿A quién puedo heredar mis bienes?

El testamento es la libre voluntad del testador, nadie puede obligarlo a favorecer a tal o cual persona, ni decirle la manera en que debe heredar.

Se puede heredar a una sola persona o a varias, las cuales pueden ser familiares o no.

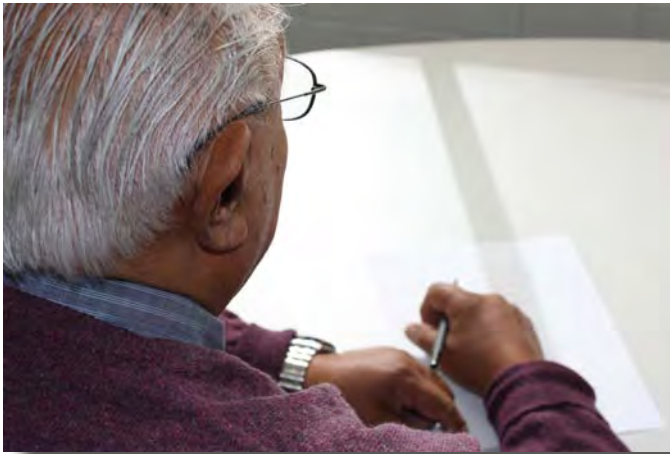
¿Quiénes están incapacitados para hacer un testamento?

De acuerdo con el artículo 1306 del Código Civil para el Distrito Federal, están incapacitados para testar:

- Los menores que no han cumplido 16 años de edad, ya sea hombres o mujeres.
- Las personas que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio, por ejemplo, quienes padecen la enfermedad de Alzheimer, parálisis cerebral, síndrome de Down, demencia, etc.

 **Soy adulto mayor y quiero hacer mi testamento: ¿Qué hago?**

Cada vez es más frecuente que los adultos mayores se preocupen por disponer de sus bienes y garantizar que su voluntad sea respetada. Por esta razón se ha invitado a algunos notarios a que brinden su apoyo para que este trámite se haga de manera sencilla y a un costo accesible.



Las personas adultas mayores interesadas en ejercer este derecho deberán acudir al Centro Integral “Federico Gómez Santos”, en la Ciudad de México, para recibir asesoría jurídica y para que se les canalice con el notario correspondiente, mediante oficio.

Centro Integral “Federico Gómez Santos”

Calle Dr. Federico Gómez Santos 7, 2o. piso,
Colonia Doctores, México, Distrito Federal. A dos
cuadras del metro Lázaro Cárdenas (Línea 9).

Horario de atención: Lunes a viernes, de 8:00 a
15:00 hrs.

Teléfono 5634 8890, extensiones 211 y 212





Requisitos para otorgar su testamento en el INAPAM

- Tener 60 años o más de edad, presentar copias de su credencial de elector y de su credencial de afiliación al INAPAM.
- Proporcionar sus datos generales y personales al personal del Departamento de Asesoría Jurídica
- Si la persona es invidente, muda, sordomuda, sorda o no sabe leer ni escribir, deberá acudir con dos testigos de conocimiento.
- Si el adulto mayor no habla el castellano, deberá acudir con un intérprete y dos testigos.





Fundamento legal del testamento en el Código Civil para el Distrito Federal

Testamento público cerrado: Art. 1521 al 1549

Testamento público simplificado: Art. 1549-bis

Testamento ológrafo: Art. 1550 al 1564

Testamento privado: Art. 1565 al 1578



Bibliografía

Código Civil para el Distrito Federal

CNDH (2010). "Programa Nacional de Promoción y Difusión de los Derechos Humanos de las Personas Adultas mayores", sesiones informativas. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Referencias en la Biblioteca Virtual del Instituto de Geriátría

Si desea saber más acerca de los temas que se abordan en este volumen, los invitamos a consultar la Biblioteca Virtual del Instituto de Geriátría, a la cual puede acceder desde la página web:

www.geriatria.salud.gob.mx

Algunos de los artículos podrán ser leídos como documentos PDF (portable document file), mientras que otros podrán ser consultados en su página de origen.

Para acceder a la Biblioteca Virtual, deberá registrarse como usuario. Después podrá hacer su búsqueda en la sección "Bibliografía seleccionada para adultos mayores y familia".



OSTEOPOROSIS

- Rivera Gallardo, M. T., Parra Cabrera, M. S., Barriguete Meléndez, J.A. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis. *Salud Pública Méx*, 47 (4): 308318. ISSN 0036-3634. Recuperado de SciELO: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000400009&lng=es&nrm=iso
- Zárate, A., Saucedo, R., Basurto, L. (2004). Recomendaciones para el manejo de la osteoporosis. *Gac. Méd. Méx*, 140 (2): 235-40. ISSN 0016-3813. Recuperado de: SciELO: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000400009&lng=es&nrm=iso



PRÓSTATA

- Suárez Sánchez, P. (2007). *Salud: La necesidad del control de próstata* [extracto]. Recuperado de: www.ercilla.cl/web/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=987



DÉFICIT AUDITIVO

- Cañete, Oscar. Procesamiento auditivo en adultos mayores: Reporte de casos. *Rev. Otorrinolaringol.Cir.CabezaCuello*, 70 (1):57-64. ISSN 0718-4816. Recuperada de SciELO: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162010000100010&script=sci_arttext
- Organización Panamericana de la Salud (200?). *Disminución de la agudeza auditiva. Guía de diagnóstico y manejo*, 10. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia10.pdf>
- Pérez Chacón, O., Pérez Zepeda, M. U., López Guzmán, M.A. (200?). *Déficit auditivo Asociado a deterioro cognitivo en adultos mayores de menos de 80 años*. México: Gobierno del Distrito Federal, Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el DF. <http://www.adultomayor.df.gob.mx/documentos/audicion.pdf>



DOLOR EN EL ANCIANO

- Barragán Berlanga, AJ; Mejía Arango, S y Gutiérrez Robledo, LM (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública Méx*, 49 (4), 488-94. ISSN 0036-3634. Recuperado de SciELO:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s4/v49s4a08.pdf>
- Escobar Moreno, I.G. (200?) *Dolor en el adulto mayor*. Hospital General de México.
http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/dolor_adulto_mayo.pdf



OSTEOARTRITIS

- Díaz Jouanen, E., Abud Mendoza, C., Garza Elizondo, M.A., et al. (2005). Recomendaciones para el tratamiento médico de la artritis reumatoide. *Rev. Invest. Clín.*, 57 (5): 735-55. ISSN 0034-8376. Recuperado

de: SciELO: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2005/nn055k.pdf>

- Hospital General de México. (200?). *[Osteoartritis]. Guías Diagnósticas de Medicina Física y Rehabilitación, 4.*
http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/osteoartritis.pdf
- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública (2007). *Guía Clínica. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada. Series Clínicas Minsal 41.*
<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/artrosiscadera.pdf>
- Torres González, R., Pérez Correa, J., Gaytán Morales, L. (2006). Escala de puntuación para evaluar la osteoartritis de la rodilla. *Cir. & Cir*; 74(5): 343-9. Recuperado de Lilacs:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc065g.pdf>



PREVENCIÓN DEL MALTRATO A PERSONAS ADULTAS MAYORES

- Campillo Motilval, R. (2002). Violencia con el anciano. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 18 (4) ISSN 0864-2125. Recuperada en SciELO: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0236.pdf>
- Martínez Querol, C., Pérez Martínez, V.T., Cardona Sanson, Y., et al. (2005). Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 21 (1-2). ISSN 0864-2125. Recuperada en SciELO: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Organización Panamericana de Salud (2003). El maltrato de las personas mayores. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, pp-134-58. ISBN 92 75 31588: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_5.pdf

- Rodríguez Miranda, E., Olivera Álvarez, A., Garrido García, R.J., et al. (2002). Maltrato a los Ancianos. Estudio en el Consejo Popular de Belén, Habana Vieja. *Rev Cubana Enfermer*, 18(3):144-53. Recuperada en Biblioteca Virtual de Salud. http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_3_02/enf03302.htm



REDES SOCIALES DE APOYO CON ADULTOS MAYORES

- Rioseco H., R., Quezada V., M., Ducci, M.E., et al. (2008). Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. *Rev Panam Salud Publica* , 23(3). Recuperado de: SciELO: <http://www.scielo.br/pdf/rpsp/v23n3/a01v23n3.pdf>
- Puga, D., Rosero Bixby, L., Glaser, K., et al. (2007). Redes sociales y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5 (1). Recuperado de:

Repositorio de las Revistas científicas de la Universidad de Costa Rica: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/5/5-1/5-1-1/5-1-1.pdf>



SARCOPENIA

- Burgos Peláez, R. (2006). Enfoque terapéutico global de la sarcopenia. *Nutr. Hosp.* [Barcelona], 21 (3), 51-60. ISSN 0212-1611. Recuperado de SciELO: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21s3/art07.pdf>
- Molina Y., J.C. (2008). Sarcopenia en la pérdida funcional: Rol del ejercicio. *Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile*, 19(4), 302-308. Recuperado de Lilacs: http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6258/deploy/sarcopenia.pdf
- Serra Rexach, J.A. (2006). Consecuencias clínicas de la sarcopenia. *Nutr. Hosp.* [Barcelona], 21 (3), 46-50. ISSN 0212-1611. Recuperado de SciELO: <http://scielo>.

isciii.es/pdf/nh/v21s3/art06.pdf

- Argiles, J. M., Busquets, S., López Soriano, F. J., Figueras, M., et al. (2006). Fisiología de la sarcopenia: Similitudes y diferencias con la caquexia neoplásica. *Nutr. Hosp*, 21 (3): 38-45. ISSN 0212-1611. Recuperada de SciELO:<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21s3/art05.pdf>
- Zhong, S; Chen, Cn And Thompson, LV. Sarcopenia of ageing: functional, structural and biochemical alterations. *Rev. Bras. Fisioter.* [online]. 2007, vol. 11, n. 2, pp. 91-97. ISSN 1413-3555. Recuperada de SciELO: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000200002



VACUNACIÓN

- Instituto Mexicano del Seguro Social (2005). *Prevención y control de enfermedades*. Instituto Mexicano del Seguro Social. www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/6FB6B

D88-EEE8-4F65-BDF8-5C58B6270A2C
/0/GCSam7180.pdf



TESTAMENTO

- Código Civil para el Distrito Federal (2011). México: Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 5a. Legislatura.
- Martínez Maroto, Antonio. Diez temas jurídicos de Portal Mayores.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/varios-temasjuridicos-01.pdf>



TRABAJO OCUPACIONAL

- Organización Panamericana de la Salud (2004). *Mantenerse en forma para la vida: Necesidades nutricionales de los adultos mayores*. ISBN: 92 75 31595 7
www.paho.org/spanish/dd/pub/mantenerse-lu.pdf