

1. El desarrollo físico en la madurez

La madurez o adultez media podemos definirla como la etapa que cronológicamente se ubica entre los 40 a los 65 años aproximadamente, pero es una definición arbitraria porque el paso de una etapa a otra no está marcada de manera definitiva en todas las personas, si no que la edad del tránsito cambia de un sujeto a otro. El constructo adulto medio tiene una connotación social puesto que la pertenencia a esta etapa depende de una serie de condiciones tanto del orden biológico, como edad, género, salud, raza, etnia, personalidad, y del orden social como posición socioeconómica, cultura, estado civil, presencia de hijos y empleo. Por lo que esta etapa puede abarcar un período temporal más allá de los 65 años. Teniendo en consideración lo anterior ubicaremos esta etapa en un espacio temporal aproximado y nos ocuparemos de los eventos acontecidos en este período pensando más en la importancia de dichos eventos que en la edad concreta donde se desarrollan.

DESARROLLO FÍSICO EN LA MADUREZ



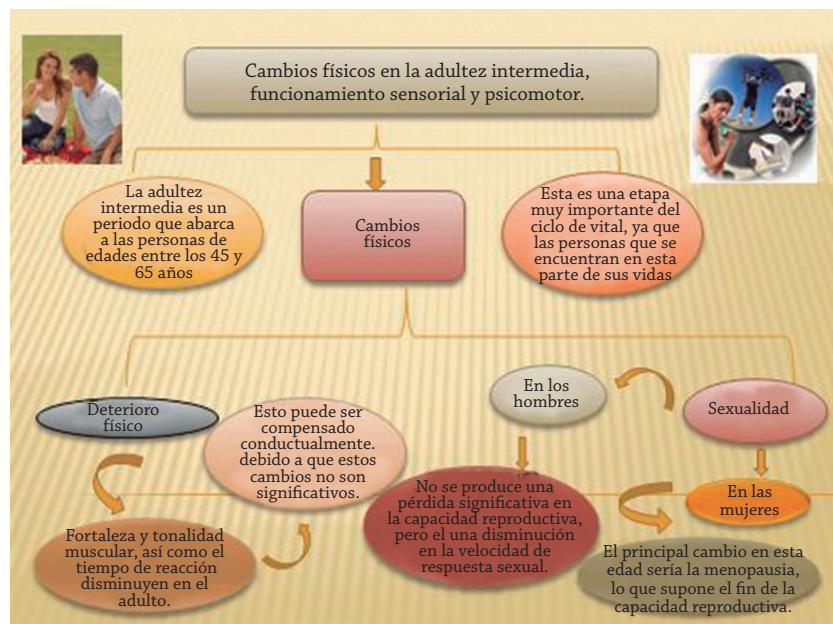
Proceso de envejecimiento

CAMBIOS FÍSICOS

Aunque algunos cambios fisiológicos son resultado del envejecimiento biológico y la composición genética, factores conductuales y de estilos de vida arrastrados desde la juventud pueden afectar la probabilidad, momento y extensión de un cambio físico. En el mismo sentido, hábitos sanos de salud e higiene en los años

medios influyen en lo que ocurre en los años siguientes (Lachman, 2004; Whitbourne, 2001). El enfoque basado en el desarrollo de la esperanza de vida presume que la adultez media está caracterizada no solo como una época de pérdidas sino también como una época de ganancias.

Cuanto más hace la gente, más puede hacer. Las personas que desarrollan gran actividad desde edades tempranas cosechan los beneficios de tener más vigor y resiliencia después de los 60 (Spiriduso y McRae, 1990). Las personas que llevan una vida sedentaria pierden tono muscular y energía y cada vez se inclinan menos a ejercitarse. Con todo, nunca es tarde para adoptar un estilo de vida más sano. (Papalia, 2017)



FUNCIONAMIENTO SENSORIAL Y PSICOMOTRIZ

De la adultez temprana a la edad media, los cambios sensoriales y motrices son casi imperceptibles, hasta que un día, un hombre de 45 años se da cuenta de que no puede leer el directorio telefónico sin anteojos o una

mujer de 60 tiene que admitir que sus reflejos ya no son tan rápidos como antes. Al envejecer, es común que los adultos experimenten diversos deterioros perceptuales, incluyendo problemas auditivos y visuales (Pleis y Lucas, 2009).

Los problemas de la vista relacionados con la edad se presentan en cinco ámbitos: visión cercana, visión dinámica (lectura de letreros en movimiento), sensibilidad a la luz, búsqueda visual (localizar un auto en un estacionamiento) y velocidad de procesamiento de la información visual (Kline y Scialfa, 1996). Algunos adultos también evidencian una pequeña pérdida de agudeza visual, la nitidez de la visión. Seguramente hayan visto gente mayor utilizando anteojos de lectura, o sosteniendo libros o diarios tan lejos como les sea posible con una mano para tratar de enfocar la vista. A medida que las personas envejecen, se les dificulta enfocar la vista en objetos cercanos, un trastorno denominado presbicia. La incidencia de la miopía (vista corta) también aumenta en la edad media. (Merrill y Verbrugge, 1999). En total, aproximadamente 12% de los adultos de 45 a 64 años experimentan deterioros en su visión (Pleis y Lucas, 2009).

Este cambio se hace notable a comienzos de la edad media y termina prácticamente por completo hacia los 60 años (Kline y Scialfa, 1996).

¿Cómo se adaptan las personas a estos cambios? Muchas personas de 40 años en adelante necesitan de luz brillante para ver bien. Debido a los cambios en el ojo, necesitan alrededor de un tercio más de luminosidad para compensar la pérdida de luz que alcanza la retina (Troll, 1985). Los lentes de lectura, los lentes bifocales y trifocales también se utilizan para ayudar al ojo a enfocar adecuadamente los objetos.



Problemas relacionados con el sentido de la vista

En general, la sensibilidad al gusto y al olfato comienza a perderse a la mitad de la vida (Stevens, Caín, Demarque y Ruthruff, 1991). Cuando las papilas gustativas pierden sensibilidad y se reduce el número de células olfativas, los alimentos parecen más sosos (Merrill y Verbrugge, 1999). Las mujeres retienen estos sentidos

más que los hombres. Sin embargo, hay diferencias individuales. Una persona puede perder sensibilidad a los alimentos salados y otra a los dulces, amargos o ácidos. Además, una misma persona puede ser más sensible a algunos de estos sabores que a otros (Stevens, Cruz, Hoffman y Patterson, 1995; Whitbourne, 1999).

La pérdida gradual del oído, relacionada con la edad es conocida como presbiacusia. Apenas advertida a edades tempranas, por lo general se acelera y se hace evidente a los 50 (Merrill y Verbrugge, 1999). La presbiacusia, por lo general se limita a sonidos más agudos que los que se utilizan en el habla (Kline y Scialfa, 1996) con lo cual es menos perturbadora de lo que sería si este no fuera el caso. La pérdida del oído es dos veces más rápida en los hombres que en las mujeres (Pearson et al., 1995). En la actualidad, ocurre un aumento prevenible de sordera entre personas de 45 a 64 años debido a la exposición continua o repentina al ruido en el trabajo, conciertos estruendosos, audífonos, etc. (Wallhagen, Strawbridge, Cohen y Kaplan, 1997). Casi 18% de esos adultos experimentan problemas de audición (Pleis y Lucas, 2009). La reducción de la capacidad auditiva por ruido ambiental puede evitarse con protectores de oídos, como tapones y orejeras. En general, la sensibilidad al gusto y al olfato comienza a perderse a la mitad de la vida. Cuando las papilas gustativas pierden sensibilidad y se reduce el número de células olfativas, los alimentos parecen más sosos. Las mujeres retienen más estos sentidos que los hombres. Sin embargo, hay diferencias individuales. Una persona puede perder sensibilidad a los alimentos salados y otra a los dulces, amargos o ácidos. Además, una misma persona puede ser más sensible a algunos de estos sabores que a otros (Stevens, Cruz, Hoffman y Patterson, 1995; Whitbourne, 1999).

La fuerza y la coordinación declinan de manera gradual desde su máximo en los veinte.

Cambios en la audición debido al envejecimiento

Oído externo:

- Cambia tamaño, forma y flexibilidad.
- No se ha identificado si esos cambios afectan la localización auditiva.
- Canales auditivos externos: atrofia a veces produce mayor acumulación de cerumen en el oído del A.M., pudiendo traer pérdida de la audición.

Oído medio.

- Trompa de Eustaquio: calificación
- Timpano: pérdida de elasticidad
- Cadena de huesos: cambios artríticos del oído medio

Oído interno.

- Pérdida de células capilares
- Alteraciones del metabolismo del oído interno.



Problemas relacionados con la audición.

Hacia los 45 años se advierte alguna pérdida de fuerza muscular; de 10 a 15% de la fuerza máxima se pierde hacia los 60. La explicación es la pérdida de fibras musculares, sustituidas por grasa. La fuerza de asimiento refleja el peso al nacer y el crecimiento muscular de los primeros años de la vida, así como la posición socioeconómica de los padres en la infancia y es un importante factor de pronóstico de discapacidades, pérdidas funcionales y mortalidad (Guralnik, Butterworth, Wadsworth y Kuh, 2006). Con todo, la declinación no es inevitable: el entrenamiento de fuerza en la edad media previene la pérdida muscular e incluso permite recuperar vigor (Whitbourne, 2001).

El **metabolismo basal** es la cantidad mínima de energía, por lo general medida en calorías, que el cuerpo necesita para mantener las funciones vitales en reposo. A medida que envejecemos, la cantidad de energía requerida para mantener el cuerpo disminuye, particularmente después de los 40. Entonces, por ejemplo, la gente mayor, suele aumentar de peso a mayor edad a pesar de no haber cambiado sus hábitos alimentarios o su rutina de ejercicios. Esto afecta a la resistencia, debido a que la misma se pierde como consecuencia de deterioros en el metabolismo basal (Merrill y Verbrugge, 1999). Sin embargo, una vez más, la frase “lo que no se usa, se atrofia” es aplicable. Las habilidades que se utilizan con regularidad son más resistentes a los efectos del envejecimiento que aquellas menos utilizadas, y los atletas por lo general representan un porcentaje menor de pérdida de resistencia (Stones y Kozma, 1996).

Por lo regular, la destreza manual se deteriora después de los 35 (Vercruyssen, 1997), aunque algunos pianistas, como Vladimir Horowitz, siguen siendo ejecutantes brillantes a pesar de sus ochenta años. El tiempo de reacción simple (como oprimir un botón cuando destella una luz) se reduce muy poco hasta aproximadamente los 50 años, pero el tiempo de reacción optativo

(como oprimir uno de cuatro botones numerados según un número que aparece en una pantalla) se reduce de manera gradual durante la adultez (Der y Deary, 2006). Cuando lo que se requiere es una respuesta verbal antes que una manual, las diferencias de edad en el tiempo de reacción simple son sustancialmente menores (S. J. Johnson y Rybash, 1993).

SEXUALIDAD Y FUNCIONAMIENTO REPRODUCTIVO

La sexualidad no es solo característica de la juventud. Aunque los dos sexos experimentan deterioros en su capacidad reproductiva en algún momento de la adultez media (las mujeres ya no pueden tener hijos y la fertilidad de los hombres declina), el goce sexual puede continuar toda la vida adulta (en el cuadro 3.1 se resumen los cambios de los sistemas reproductores masculino y femenino).

■ CUADRO 3.1. CAMBIOS DE LOS SISTEMAS REPRODUCTORES MASCULINO Y FEMENINO

	Mujeres	Hombres
Cambio hormonal	Baja de estrógeno y progesterona	Baja de testosterona
Síntomas	Bochornos, sequedad vaginal, disfunción urinaria	Indeterminados
Cambios sexuales	Excitación menos intensa, orgasmos menos frecuentes y más rápidos	Pérdida de excitación psicológica, erecciones menos frecuentes, orgasmos más lentos, mayor tiempo de recuperación entre eyaculaciones, mayor riesgo de disfunción eréctil
Capacidad reproductiva	Termina	Continúa; hay alguna disminución de la fertilidad



Síntomas de menopausia.

La menopausia y sus significados. Ocurre la menopausia cuando una mujer deja de ovular y menstruar de manera permanente y ya no puede concebir un hijo; en general, se da por ocurrida un año después del último periodo menstrual. En promedio, ocurre entre los 50 y los 52 años, y la mayoría de las mujeres la experimentan entre los 45 y los 55 años (Avis y Crawford, 2006).

La menopausia no es un hecho aislado, sino un proceso que ahora se llama transición menopaúsica. Comienza con la perimenopausia, también conocida como climaterio. Durante este periodo, la producción de óvulos maduros disminuye y los ovarios producen menos de la hormona femenina estrógeno. La menstruación se irregulariza, con menos flujo que antes y más tiempo entre periodos menstruales. Finalmente cesará por completo. La transición menopaúsica, por lo general comienza entre los 35 y 45 años de edad, y puede durar entre 3 a 5 años.

Actitudes hacia la menopausia A principios del siglo XIX, en las culturas occidentales la menopausia era considerada una enfermedad, una insuficiencia de los ovarios para realizar su función natural. En la actualidad, en Estados Unidos la mayoría de las mujeres que han pasado por la menopausia la asumen de manera positiva, como un proceso natural (Avis y Crawford, 2006; Rossi, 2004). La menopausia puede verse como un signo de una transición a la segunda mitad de la vida adulta, un tiempo de cambio de papeles, mayor independencia y crecimiento personal.

Síntomas. Casi todas las mujeres experimentan síntomas durante la transición a la menopausia. Algunas no tienen ninguno y hay variaciones por raza y etnia. En el cuadro 3.2 se resumen las evidencias actuales sobre los síntomas.

■ CUADRO 3.2 . SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA Y EL ENVEJECIMIENTO.

Síntoma.
Bochornos, sudoración nocturna.
Resequedad vaginal, coito doloroso.
Trastorno del sueño
Trastornos del estado de ánimo (depresión, ansiedad, ansiedad, irritabilidad)
Incontinencia urinaria
Trastornos cognoscitivos (es decir, olvidos)
Síntomas somáticos (dolor de espalda, cansancio; rigidez de articulaciones)
Disfunción sexual
Fuente: NCCAM, 2008



Depresión

En resumidas cuentas, las investigaciones apuntan a que algunos de los supuestos síntomas del síndrome menopaúsico podrían estar más relacionados con otros cambios naturales del envejecimiento (National Center for Complementary and Alternative Medicine [NCCAM], 2008). También pueden reflejar cambios de las ideas sociales de las mujeres y del envejecimiento. En culturas en las que las mujeres consideran de manera positiva la menopausia o en las que las mujeres de edad adquieren poder social, religioso o político después de ella, este suceso natural acarrea pocos problemas (Aldwin y Levenson, 2001; Avis, 1999).

Tratamiento de los síntomas menopaúsicos. La administración a corto plazo de dosis bajas de estrógenos sintéticos es la manera más eficaz de aliviar los bochornos, pero presenta riesgos graves (Avis y Crawford, 2006; NIH, 2005). Se han probado varios tratamientos no hormonales. Los estudios han encontrado algunas evidencias de la eficacia de ciertos antidepresivos, así como antihipertensores y anti-convulsivos para tratar los bochornos de mujeres con síntomas graves, pero los efectos adversos y los costos altos limitan su utilidad (Nelson et al., 2006).

5 SIGNOS DE LA MENOPAUSIA

De acuerdo con la Asociación Mexicana para el Estudio del Clima-
terio (AMEC) las mexicanas los cinco síntomas más frecuentes
durante la menopausia son:

61% DE LOS CASOS	54.2% DE LOS CASOS	54.2% DE LOS CASOS
Agotamiento físico y mental	Irritabilidad	Estado de ánimo depresivo
53.3% DE LOS CASOS	52.8% DE LOS CASOS	53.3% DE LOS CASOS
Problemas para dormir	molestias en las articulaciones	Problemas para dormir

Cambios en el funcionamiento sexual masculino. Los hombres son fértiles durante toda su vida y no pasan por la menopausia de la misma manera drástica que las mujeres. Sin embargo, también tienen un reloj biológico y experimentan cambios relacionados con la edad, (dicha etapa se denomina: andropausia). Los niveles de testosterona se reducen lentamente después de los 30, alrededor de 1 % al año, con amplias variaciones individuales (Asthana et al., 2004; Lewis, Legato y Fisch, 2006). Aunque siguen siendo capaces de tener hijos, el conteo de espermatozoides declina con la edad, lo que reduce la probabilidad de la concepción. También la calidad genética de los espermatozoides disminuye y ser padre a edad avanzada puede ser causa de defectos congénitos (Lewis et al., 2006).

El cambio en los niveles hormonales de los hombres afecta más que sus órganos sexuales.

La reducción de testosterona se ha asociado con reducciones de la densidad ósea y masa muscular (Asthana et al., 2004), así como disminución de la energía, menor impulso sexual, sobrepeso, irritabilidad y ánimo deprimido. Los bajos niveles de testosterona también se han vinculado con diabetes y enfermedad cardiovascular y se especula con que puede aumentar la mortalidad (Lewis et al., 2006).

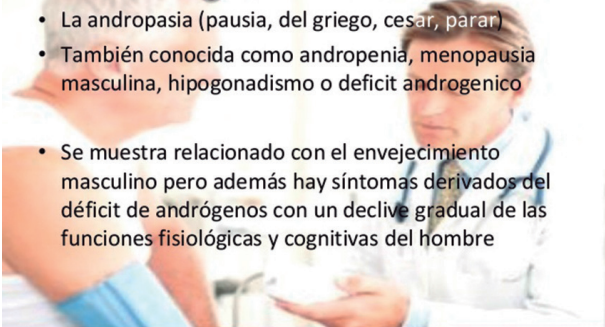
Muchos hombres no padecen efectos adversos a partir del descenso en su producción de testosterona, sin embargo, algunos hombres de edad media en adelante sufren disfunción eréctil (DE; popularmente llamada impotencia) La disfunción eréctil se define como una persistente incapacidad de tener o mantener una erección del pene suficiente para un desempeño sexual satisfactorio. Se calcula que 39% de los hombres de 40 años y 67% de los hombres de 70 años sufren DE, por lo menos ocasional (Goldstein et al., 1998). Existen diversas causas potenciales de DE; diabetes, hipertensión, colesterol elevado, insuficiencia renal, depresión, trastornos neurológicos y muchas enfermedades crónicas están implicadas. Además, el alcohol, las drogas, así

como el tabaquismo pueden contribuir. Asimismo, las malas técnicas sexuales, falta de conocimientos, relaciones insatisfactorias, ansiedad y estrés son factores que contribuyen a su generación (Lewis et al., 2006; Utiger, 1998). Si no hay ningún problema físico evidente, la psicoterapia o terapia sexual (con apoyo y participación de la pareja) pueden ser de ayuda (NIH, 1992).

andropausia

¿Qué es?

- La andropausia (pausia, del griego, cesar, parar)
- También conocida como andropenia, menopausia masculina, hipogonadismo o déficit androgénico
- Se muestra relacionado con el envejecimiento masculino pero además hay síntomas derivados del déficit de andrógenos con un declive gradual de las funciones fisiológicas y cognitivas del hombre




Sexualidad en la madurez.

ACTIVIDAD SEXUAL

A veces los mitos sobre la sexualidad a la mitad de la vida (por ejemplo, la idea de que el sexo satisfactorio termina con la menopausia) se convierten en profecías que se cumplen a sí mismas. Ahora, los avances en el cuidado de la salud y actitudes más liberales hacia el sexo hacen a la gente más consciente de que puede ser una parte fundamental de la vida en estos años y en los siguientes.

La frecuencia de la actividad sexual y la satisfacción con la vida sexual disminuyen de manera gradual durante los cuarenta y los cincuenta. En el estudio MIDUS, 61 % de las premenopáusicas casadas o en cohabitación, pero solo 41 % de las posmenopáusicas, dijo tener relaciones sexuales una vez por semana o más. Esa disminución no se relacionó con la menopausia, sino con la edad

y la condición física (Rossi, 2004). Las posibles causas físicas son enfermedad crónica, cirugía, medicación y excesos de comida o alcohol. No obstante, muchas veces la reducción de la frecuencia tenía causas que no eran fisiológicas: monotonía de una relación, preocupación por problemas de negocios o económicos, cansancio mental o físico, depresión, incapacidad de darle importancia al sexo, miedo de no alcanzar la erección o falta de pareja (King, 1996; Masters y Johnson, 1966; Weg, 1989). Tratar estas causas podría renovar la vitalidad de la vida sexual de una pareja. (Papalia, 2017)



Sexualidad en la madurez



SALUD FÍSICA Y MENTAL

La mayoría de las personas de edad media en los países industrializados, es muy sana. Salvo 12% de las que tienen de 45 a 54 años y 18% de las de 55 a 64 años, las personas de estos grupos se consideraban con excelente salud. Solo 12.5% de las de 45 a 54 y 20% de las de 55 a 64 años limitan sus actividades por condiciones crónicas (principalmente artritis y trastornos circulatorios), lo que aumenta con la edad (National Center for Health Statistics, 2006; Schiller y Bernadel, 2004).

Sin embargo, los nacidos después de la segunda guerra mundial suelen ser menos saludables que las generaciones previas. En una comparación de tres cohortes de nacimiento (de 60 a 69 años, de 70 a 79 y de 80 en adelante), las cohortes más jóvenes mostraron

mayores incrementos en los problemas de salud, incluyendo actividades básicas asociadas con la vida diaria, la realización de tareas cotidianas como preparar la cena o usar el baño y problemas de movilidad. En este grupo, la discapacidad en cada área aumentó entre 40 y 70%. En contraste, en las cohortes más viejas no se observaron esos cambios. Esta investigación sugiere que las personas que están entrando en los sesenta enfrentan discapacidades importantes (más que sus contrapartes de las generaciones previas), lo que supone un costo considerable sobre el ya sobrecargado sistema de salud (Seeman, Merkin, Crimmins y Karlamangla, 2009). No sorprende entonces que la investigación también haya demostrado incrementos en el uso de servicios médicos. El porcentaje de citas médicas en que se recetaron cinco o más medicamentos se duplicó (a 25%) en los últimos 10 años. Además, se observó un aumento significativo en las tasas de hospitalización para la inserción de un stent (o endoprótesis vascular) y reemplazos de cadera o rodilla, igual que para otros procedimientos quirúrgicos de menor alcance (Freid y Bernstein, 2010). (Papalia, 2017)

Salud física y mental

Tiempos de paradojas.

- Nuevas tecnologías, avances en medicinas, pero tb., nuevas preocupaciones y enfermedades. pase a todo, la mayoría de los AM poseen buena salud, aunque no tan buena como los más jóvenes.

Algunas patologías frecuentes

- En el ámbito físico, enfermedades crónicas como la artritis (la más común), hipertensión, diabetes, cataratas, enfermedades cardíacas, cáncer, deficiencias auditivas y ortopédicas.

TENDENCIAS DE SALUD

A pesar de su salud por lo general buena, muchas personas a la mitad de la vida, sobre todo las de posición socioeconómica baja, tienen problemas crecientes de salud (Lachman, 2004) o les preocupan los signos de un posible deterioro. Es posible que tengan menos energía que en su juventud y que experimenten fatiga y dolores ocasionales o crónicos. La prevalencia de las limitaciones físicas aumenta con la edad, de alrededor de 16% en las edades de 50 a 59 años, a casi 23% al final de los sesenta; y este efecto es más marcado para los afroamericanos y las mujeres (Holmes, Powell-Griner, Lethbridge-Cejku y Heyman, 2009). A muchos adultos se les dificulta desvelarse. Es más fácil que contraigan

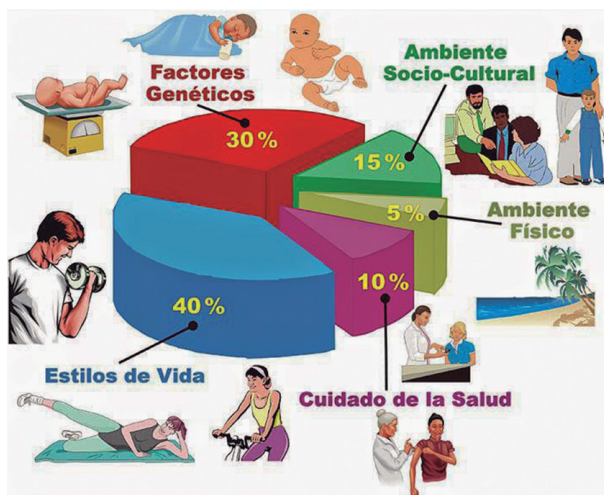
ciertas enfermedades, como hipertensión y diabetes, tardan más en recuperarse de enfermedades o agotamiento (Merrill y Verbrugge, 1999; Siegler, 1997).

La hipertensión (presión arterial crónicamente elevada) es una preocupación cada vez más importante a partir de la mitad de la vida como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y renal. Casi 41 % de los adultos de 55 a 64 años sufren hipertensión (Schoenborn y Heyman, 2009). Las personas que toman más proteínas vegetales tienen una presión más baja (Elliot et al., 2006). La intolerancia y la hostilidad aumentan el riesgo a largo plazo de sufrir esta condición (Yan et al., 2003). La hipertensión puede controlarse mediante examen de la presión arterial, dieta con poca sal y medicamentos.

La hipertensión es 60% más frecuente en Europa que en Estados Unidos y Canadá (Wolf-Maier et al., 2003). Se espera que la proporción de la población mundial con presión elevada aumente de un cuarto a un tercio en 2025, lo que hace prever una epidemia de enfermedad cardiovascular, que ya es causa de 30% de todas las muertes del mundo (Kearney et al., 2005).

En Estados Unidos, el cáncer ha sustituido a la enfermedad cardíaca como la principal causa de muerte entre los 45 y 64 años (Miniño, Xu y Kochanek, 2010). En general, el índice de mortalidad ha disminuido de manera abrupta desde la década de 1970 para la gente que compone este grupo de edad, en buena medida debido a las mejoras del tratamiento de pacientes con ataque cardíaco (Hoyert, Arias, Smith, Murphy y Kochanek, 2001). El dolor de pecho es el síntoma más común de un ataque cardíaco tanto en hombres como en mujeres, pero éstas suelen experimentar otros síntomas, como dolor de espalda y mandíbula, náuseas y vómitos, indigestión, dificultad para respirar o palpitaciones (Patel, Rosengren y Ekman, 2004).

La prevalencia de la diabetes se duplicó en la década de 1990 (Weinstein et al., 2004). El tipo más común de diabetes, el de inicio en la madurez (tipo 2), aparece después de los 30 años y su prevalencia aumenta junto con la edad. A diferencia de la diabetes juvenil (tipo 1), o insulino dependiente, la diabetes en la que las concentraciones de azúcar en sangre aumentan porque el cuerpo no produce suficiente insulina, en la diabetes al inicio de la madurez las concentraciones de glucosa suben porque las células pierden su capacidad para aprovechar la insulina que produce el organismo. Como resultado, el cuerpo trata de compensar y produce demasiada insulina. Las personas con diabetes al inicio de la madurez no saben que la padecen hasta que sufren complicaciones graves como ataque cardíaco, apoplejía, ceguera, enfermedad renal o pérdida de miembros (American Diabetes Association, 1992).



influencias en la salud

INFLUENCIAS DE LA CONDUCTA EN LA SALUD

Los patrones de conducta adquiridos por los adultos jóvenes los afectará en su adultez media y más adelante. Esto incluye factores como la alimentación, el tabaquismo, el consumo de alcohol y de drogas, así como la actividad física. Muchos de estos patrones se adquieren durante el tiempo que para muchas personas resultaría ser la etapa más saludable de sus vidas, y podrían no sentirse los efectos del estilo de vida poco saludable hasta más adelante.

¿Cuáles son los factores que podrían derivar en problemas en la mitad de la vida y más adelante? En promedio, los estadounidenses que fuman, presentan sobrepeso, tienen hipertensión y altos niveles de azúcar en sangre pueden disminuir en cuatro años su expectativa de vida (Danaei et al., 2010). Del mismo modo, quienes no fuman, hacen ejercicio, toman alcohol con moderación y comen muchas frutas y verduras corren cuatro veces menos riesgos de morir a la mitad de la vida y la vejez que las personas que no siguen estas conductas (Khaw et al., 2008). Posiblemente, hasta aún más importante, desde el punto de vista de la calidad de vida, aquellos que cuidan su salud no solo viven más, sino que tienen menos periodos de discapacidad al final de la vida (Vita, Terry, Hubert y Fries, 1998).

El peso, en lo particular, parecería afectar la salud. Aun los más pequeños cambios en el peso pueden hacer una gran diferencia (Byers, 2006). El exceso de peso en la edad media aumenta el riesgo de deteriorar la salud y morir (Jee et al., 2006), aun en personas sanas (Yan et al., 2006) y quienes nunca han fumado (Adams et al., 2006).

El peso también interactúa con el origen étnico, en cuanto a que algunos grupos raciales y étnicos parecen

tener mayor riesgo de sufrir sobrepeso u obesidad.

Por ejemplo, cuando se contempla el sobrepeso, los hispanos tienen las tasas de prevalencia más altas (84.2%) en comparación con los blancos no hispanos (70.8%) y los negros no hispanos (76%). En contraste, cuando se examina la obesidad, los negros no hispanos (52.9%) exhiben las tasas de prevalencia más altas, mientras que el riesgo es menor para los blancos no hispanos (34.9%) y para los hispanos (42%) (Flegal et al., 2010).

La actividad física a la mitad de la vida, es un factor de protección importante, en particular si se considera el deterioro cardiovascular abrupto después de los 45 años (Jackson, Sui, Hébert, Church, y Blair, 2009). La actividad física aumenta las probabilidades de conservar la movilidad en la vejez (Patel et al., 2006) de evitar el aumento de peso (Lee, Djoussé y Sesso, 2010) y de mantener la salud por más tiempo (Jackson et al., 2009). Aquellos adultos que practican actividad física de manera regular, moderada o vigorosa tienen alrededor de 35% menos probabilidades de morir en los siguientes ocho años que los que llevan estilos de vida sedentarios.

Asimismo, los que presentan factores de riesgo cardiovascular, como tabaquismo, diabetes, hipertensión y antecedentes de enfermedad de arteria coronaria, se benefician más aún de la actividad física (Richardson, Kriska, Lantz y Hayward, 2004).

Aun cuando mantener un estilo de vida saludable durante toda la vida es lo ideal, los cambios que se realicen a edades más avanzadas pueden revertir parte del daño. Los hombres y las mujeres que dejan de fumar a la mitad de sus vidas, reducen el riesgo de enfermedades cardíacas y apoplejías (AHA, 1995; Wannaechee, 1995). Incluso 72 minutos de ejercicio a la semana aumentan de manera significativa la condición física de mujeres que eran sedentarias (Church, Earnest, Skinner y Blair, 2007).

Factores indirectos, como la posición socioeconómica, raza, etnia y género también afectan la salud. Lo mismo pasa con las relaciones sociales (Ryff, Singer y Palmersheim, 2004). Por ejemplo, la soledad en la adultez media predice descensos en la actividad física (Hawkley, Thisted y Cacioppo, 2009). Otro factor importante es el estrés, cuyos efectos acumulados en la salud física y mental comienzan a aparecer en la edad media (Aldwin y Levenson, 2001). (En: Papalia, 2017).



POSICIÓN SOCIOECONÓMICA Y SALUD

Las desigualdades sociales siguen afectando la salud en la edad media (Marmot y Fuhrer, 2004). Las personas de posición socioeconómica baja tienen peor salud, menor expectativa de vida, más limitaciones de actividades por alguna enfermedad crónica, menor bienestar y menor acceso a la atención médica que las personas con una mejor posición (Spiro, 2001). En el estudio MIDUS, se correlacionó la posición socioeconómica baja con el autorregistro personal de salud, sobrepeso y bienestar psicológico (Marmot y Fuhrer, 2004). En un estudio de seguimiento de 2606 pacientes con apoplejía, la posición socioeconómica afectó la probabilidad de muerte, independientemente de la gravedad del ataque cerebral (Arrich, Lalouschek y Müllner, 2005).

En parte, los motivos para establecer un vínculo entre la posición socioeconómica y la salud pueden ser psicosociales. Las personas de baja posición socioeconómica tienen emociones e ideas más negativas y viven en entornos más tensos (Gallo y Matthews, 2003). Además, incluso cuando son más jóvenes tienden a involucrarse en conductas poco saludables a tasas más altas que quienes provienen de niveles socioeconómicos altos (Stringhini et al., 2010). Las de mejor posición socioeconómica poseen un mayor sentido de control sobre lo que les sucede a medida que envejecen; optan por estilos de vida más sanos y solicitan atención médica y apoyo social cuando lo necesitan (Lachman y Firth, 2004; Marmot y Fuhrer, 2004; Whitbourne, 2001) y tienden a mostrar una mayor conformidad con las modificaciones de estilo de vida recomendados para mejorar los índices de salud (Wright, Hirsch y Yang, 2009). Sin embargo, se observan amplias diferencias de salud entre individuos de baja posición socioeconómica. Entre las influencias protectoras se encuentran la calidad de las relaciones sociales y la religiosidad a partir de la niñez (Ryff, Singer y Palmersheim, 2004).



EL ESTRÉS EN LA MADUREZ

El estrés es el daño que ocurre cuando las exigencias que se perciben en el medioambiente, o los estresores, exceden la capacidad de una persona de sobrellevarlos. La capacidad del organismo de adaptarse al estrés comprende al cerebro, que percibe el peligro (real o imaginario); las glándulas adrenales, que movilizan el cuerpo para combatir; y el sistema inmune, que proporciona las defensas.

Al comienzo de la edad media, las personas experimentan niveles de estrés más frecuentes y agudos que otros grupos de edad. Por ejemplo, según una encuesta representativa en Estados Unidos (American Psychological Association, 2007), 39% de los estadounidenses de 35 a 54 años dijeron experimentar estrés agudo aproximadamente el 25% de su tiempo. Los adultos más jóvenes, (de 18 a 34) y los adultos a fines de la edad media y mayores, (de 55 en adelante), tienen menores niveles de estrés y refieren estrés elevado 29% y 25%, respectivamente. En el mismo tenor, en el estudio MIDUS, adultos de edad media dijeron que experimentaban mayor número de estresores graves de modo más frecuente, que los adultos mayores, así como un grado mayor de sobrecarga y trastornos en su vida cotidiana (Almeida, Serido, y McDonald, 2006).

Los diferentes grupos de edad varían además en cuanto a su fuente de estrés. Los adultos jóvenes sufren estrés por comportamientos poco saludables como fumar, la falta de sueño o saltarse comidas. Los adultos mayores, manifiestan estrés en respuesta de asuntos relacionados con la salud y el envejecimiento. Sin embargo, los adultos de edad media dicen sufrir estrés debido a relaciones familiares, trabajo, dinero y vivienda (American Psychological Association, 2007). El estrés en la edad media específicamente, proviene de cambios de funciones: transiciones profesionales, hijos que crecen y se independizan y la reorganización de las relaciones familiares. Aunque la frecuencia de las tensiones entre personas (como discusiones con la pareja) disminuye con la edad, los estresores que involucran, digamos, a un amigo o familiar enfermo, aumentan. Es peculiar de esta etapa un aumento significativo de los estresores que involucran riesgos económicos o que atañen a los hijos (Almeida et al., 2006).

Las personas de edad media experimentan menos estrés ante cuestiones en las que tienen poco o ningún control (Almeida y Horn, 2004), lo cual puede ser, en parte, debido a que las personas de edad media pueden estar mejor preparadas para enfrentar el estrés que otros grupos de edad (Lachman, 2004). Tienen una mejor idea de lo que pueden hacer para cambiar las circunstancias

tensas y quizá son más capaces de aceptar lo que no se puede cambiar. También aprendieron estrategias más eficaces para reducir o minimizar el estrés. Por ejemplo, en lugar de preocuparse porque se acabe la gasolina en un viaje largo, se aseguran de que el tanque esté lleno antes de salir (Aldwin y Levenson, 2001).

Las mujeres refieren estrés más extremo que los hombres (35% en comparación con 28%) Y tienden a preocuparse más por él (American Psychological Association, 2007). La respuesta clásica al estrés (luchar o huir) podría ser principalmente masculina, activada en parte por la testosterona. El patrón de respuesta de las mujeres es más de cuidado y cordialidad, actividades afectivas para reforzar la seguridad, y de dependencia de las redes sociales para intercambiar recursos y responsabilidades. Estos patrones, activados por la oxitocina y otras hormonas reproductivas femeninas, evolucionaron quizá por selección natural y se alimentan de la dedicación de las mujeres a los apegos y los cuidados de los demás (Taylor et al., 2000; Taylor, 2006). (Papalia, 2017)



Estrés



Emociones positivas

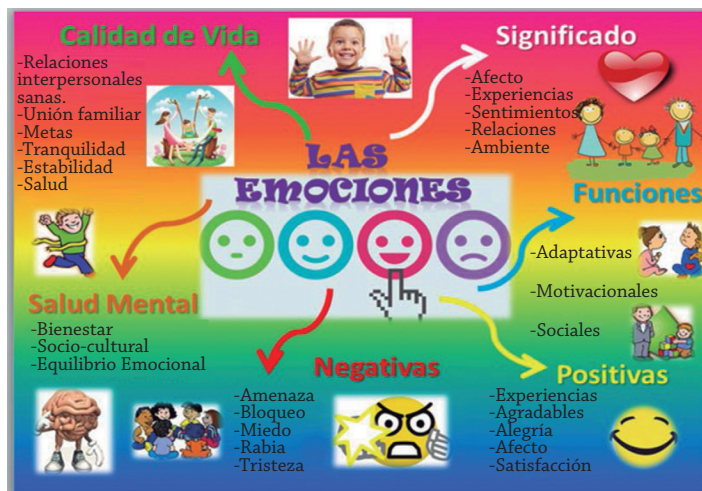
EMOCIONES Y SALUD

El antiguo proverbio salomónico de que “un corazón alegre es el mejor remedio” (Proverbios 17:22) ha sido ratificado por las investigaciones contemporáneas. Las emociones negativas, como ansiedad y desesperación, se relacionan con mala salud física y mental, y las positivas, como la esperanza, con la buena salud y larga vida (Spiro, 2001). En razón de que el cerebro interactúa con todos los sistemas biológicos del cuerpo, sentimientos e ideas afectan las funciones corporales, lo cual incluye al funcionamiento del sistema inmune (Ray, 2004; Richman et al., 2005). El ánimo negativo parece que suprime el funcionamiento de este sistema y aumenta la susceptibilidad a enfermedades; los ánimos positivos mejoran el funcionamiento inmune (Salovey et al., 2000).

Las emociones positivas protegen de la aparición de enfermedades. Cuando voluntarios adultos fueron expuestos a un virus que causa resfriados, quienes tenían una opinión emocional positiva tuvieron menos probabilidades de enfermarse (Cohen, Doyle, Turner, Alpert y Skoner, 2003). En un estudio de pacientes de un consultorio médico grande, se vio que dos emociones positivas (esperanza y curiosidad) aminoraban la probabilidad de tener o enfermar de hipertensión, diabetes o de las vías respiratorias (Richman et al., 2005).

Sin embargo, no podemos estar seguros de que estos resultados sean causados por las emociones expresadas. Es más probable que las personas con un punto de vista emocional positivo adopten hábitos más sanos, como sueño completo y ejercicio frecuente y presten más atención a la información relativa a la salud. Las emociones positivas también afectan a la salud indirectamente porque suavizan el efecto de los eventos estresantes (Cohen y Pressman, 2006; Richman et al., 2005).

No solo las emociones específicas, sino también los rasgos de personalidad parecen relacionarse con la salud. En estudios prospectivos, el neuroticismo y la hostilidad se asocian de manera constante con enfermedades graves y vida más corta, mientras que optimismo y escrupulosidad se relacionan con mejor salud y longevidad (Kern y Friedman, 2008; Lahey, 2009; T. W. Smith, 2006). Se ha relacionado al optimismo con disminuciones en el riesgo de enfermedad coronaria y mortalidad en mujeres posmenopáusicas, mientras que la hostilidad ha sido vinculada con el patrón opuesto (Tindle et al., 2009). Sin embargo, falta dilucidar y someter a prueba los mecanismos básicos (T. W. Smith, 2006).



Tipo de emociones y la influencia que ejercen en la vida de las personas.

Emociones positivas y salud

- Las emociones positivas pueden influir en la salud a través de cambios en las prácticas de salud (mejor adherencia al tratamiento médico, práctica de ejercicio, dieta saludable, etc.)
- Facilitan la creación de relaciones sociales y de amistad aumentando los recursos sociales que podrán utilizarse en momentos de necesidad.
- El afecto positivo aumenta la probabilidad de que una persona ayude a otras que lo necesitan o de que se establezcan relaciones de cooperación.
- El estado de ánimo positivo disminuye
- la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la concentraciones en sangre de hormonas como la adrenalina y la noradrenalina.

SALUD MENTAL

Es posible que no resulte sorprendente dados los resultados en relación a los más agudos niveles de estrés que sufren los adultos en edad media (American Psychological Association, 2007), es más frecuente que sufran, además, trastornos psicológicos graves (Pratt, Dey y Cohen, 2007). Por ejemplo, en un amplio estudio nacional estadounidense con mujeres de edad media, alrededor de una de cada cuatro mostró síntomas de depresión y su depresión se asociaba a una salud deteriorada, altos niveles de estrés, y falta de apoyo social (Bromberger, Harlow, Avis, Kravitz, y Cordal, 2004). Asimismo, los adultos con trastornos psicológicos graves tienen más probabilidades que sus pares de recibir un diagnóstico de enfermedad cardíaca, diabetes, artritis o apoplejía y de necesitar ayuda con las actividades diarias, como bañarse y vestirse (Pratt et al., 2007). En la siguiente sección, trataremos dicho estudio sobre la relación entre el estrés y la salud.

Efecto del estrés en la salud. ¿Cómo puede el estrés causar una enfermedad? y ¿Por qué algunas personas lidian con el estrés mejor que otras? El sistema de respuesta ante el estrés y el sistema inmune están estrechamente relacionados y trabajan juntos para mantener al cuerpo en buen estado de salud. Sin embargo, en ocasiones, especialmente en situaciones que generan altos niveles de estrés, el cuerpo puede no ser capaz de lidiar con él. Por ejemplo, el estrés crónico conduce a una persistente inflamación y enfermedad (Miller y Blackwell, 2006). La predisposición a responder de manera negativa al estrés puede relacionarse con predisposiciones genéticas. Entonces, aun cuando se experimenta un mismo estresor, algunas personas reaccionan de manera más negativa que otras. Por ejemplo, una versión particular de un gen transponedor de serotonina está asociado con mayor probabilidad de depresión al enfrentar el estrés; una versión diferente está asociada con un resultado más vigoroso (Caspi et al., 2003).

La investigación ha establecido una serie de eventos en la vida de una persona que pueden ser sumamente estresantes, entre los cuales se incluyen el divorcio, la muerte del cónyuge u otro familiar o la pérdida de trabajo. Resulta claro que todo cambio en la vida, aun cuando sea un cambio positivo, puede ser estresante. Cuanto más estresantes sean los cambios en la vida, más altas serán las probabilidades de padecer una enfermedad grave al año siguiente o a los dos años (Holmes y Rahe, 1976).

Por lo general, el estrés agudo, o de corto plazo, como el desafío de realizar un examen o hablar en público, fortalece el sistema inmune (Segerstrom y Miller, 2004). Nos adaptamos a lidiar con dichos eventos y nuestros cuerpos de manera rápida y eficiente responden y se recuperan (Sapolsky, 1992). Por ejemplo, la manera más común de enfrentar eventos sumamente traumáticos como los atentados del 11 de septiembre, es la resilien-

cia, en particular si dicho estrés ha sido amortizado por relaciones de apoyo sociales (Bonanno, 2005). Sin embargo, el estrés intenso o prolongado, como los generados por la pobreza o una discapacidad, pueden debilitar o degradar el cuerpo, haciéndolo más susceptible a padecer enfermedades (Sapolsky, 1992; Segerstrom, y Miller, 2004). Para apoyar esta afirmación, en investigaciones se ha encontrado que la función inmune está suprimida en pacientes de cáncer de mama (Compas y Luecken, 2002), mujeres maltratadas, supervivientes de huracanes y hombres con antecedentes del trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Harvard Medical School, 2002). Los barrios inseguros, con viviendas de mala calidad y pocos servicios, pueden causar o empeorar la depresión (Cutrona, Wallace y Wesner, 2006).

No solo nos vemos afectados por los más importantes eventos de nuestras vidas, sino también por los problemas cotidianos. Los estresores cotidianos como las irritaciones, las frustraciones y las sobrecargas pueden tener un efecto menos grave que los cambios de vida, pero su acumulación también daña la salud y el ajuste emocional. Este es motivo de inquietud debido a que el estrés se encuentra bajo escrutinio, como factor de enfermedades propias de la edad, como hipertensión, dolencias cardíacas, apoplejía, diabetes, osteoporosis, úlcera péptica, depresión, VIH/SIDA y cáncer.

Además de los efectos directos en nuestro cuerpo, de manera indirecta, el estrés puede dañar la salud, a través de otros estilos de vida. Las personas sometidas a estrés duermen menos, fuman y beben más, se alimentan mal y prestan poca atención a su salud (American Psychological Association, 2007), aunque ejercitarse a menudo, comer bien, dormir por lo menos siete horas y socializar con frecuencia se asocian con bajos niveles de estrés (Baum et al., 1995). Las personas que creen tener el control de su vida adoptan hábitos más sanos, se enferman menos y tienen mejor funcionamiento físico (Lachman y Firth, 2004). (Papalia, 2017)