

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Manual básico para el cuidado de personas adultas mayores



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA

Índice

Presentación.....	8
Introducción.....	10
Perfil de la o el cuidador.....	11
Respeto.....	11
Dignidad.....	11
Responsabilidad.....	11
Paciencia.....	11
Amor.....	11
Descripción del curso.....	12
Elementos para la formación de las y los cuidadores de salud de la persona adulta mayor.....	12
Directrices.....	12
Conocimientos básicos.....	13
Temario.....	13
Actividades.....	13
Cambios biológicos durante el envejecimiento.....	14
Cambios en el organismo.....	15
Boca.....	15
Sistema digestivo.....	16
Sistema cardiovascular.....	16
Sistema respiratorio.....	17
Sistema nervioso.....	18
Sistema renal.....	19
Sistema genitourinario.....	19
Sistema musculoesquelético.....	20
Sistema endocrino.....	20
Sistema inmunológico.....	21
Piel y tegumentos.....	22
Ojos.....	23
Audición y equilibrio.....	23
Olfato, gusto y fonación.....	24
Higiene personal y del sueño.....	26
Baño.....	26
Baño de esponja.....	27

Aseo bucal.....	28
Afeitado.....	29
Lavado de manos.....	29
Corte de uñas.....	30
Cambio de pañal.....	31
Cuidados de la piel.....	32
Higiene del sueño.....	32
Alimentación y nutrición.....	36
Dieta y salud.....	37
Fuentes de calcio y hierro para la dieta.....	37
Problemas especiales.....	38
Problemas de masticación y deglución.....	38
Ahogamiento de la persona adulta mayor.....	39
Necesidades especiales de alimentación.....	40
Alimentación por sonda.....	40
Cómo beber agua suficiente.....	44
Los antioxidantes en la dieta.....	44
El control de la grasa en la dieta.....	45
Mitos de la alimentación de la persona adulta mayor.....	46
La persona adulta mayor es incapaz de cambiar sus hábitos.....	46
Las personas adultas mayores siempre tienen mala digestión.....	46
Las personas adultas mayores necesitan dieta especial.....	47
A las personas adultas mayores les hace daño la leche.....	47
Las personas adultas mayores deben de comer papillas.....	47
Las personas adultas mayores tardan mucho en comer porque ya no les gusta nada.....	48
Las personas adultas mayores piensan que estar a dieta significa evitar el consumo de todos sus alimentos favoritos.....	48
Lineamientos generales para la alimentación durante el envejecimiento.....	48
Riesgo de polifarmacia y automedicación.....	50
Enfermedades más frecuentes durante el envejecimiento.....	53
Diabetes mellitus.....	53
Cáncer (neoplasias malignas).....	55
Hipertensión arterial sistémica.....	58
Hipotensión arterial ortostática.....	62
Constipación.....	63

Osteoartrosis.....	65
Osteoporosis.....	67
Depresión.....	69
Causas de la depresión.....	71
Tratamiento para la depresión.....	71
Enfermedad vascular cerebral.....	72
Deterioro neurocognitivo (demencias).....	75
Deterioro neurocognitivo primario.....	77
Deterioro neurocognitivo leve.....	79
Deterioro neurocognitivo moderado.....	79
Deterioro neurocognitivo severo.....	79
Deterioro neurocognitivo de origen vascular.....	82
Deterioro neurocognitivo reversible o tratable.....	83
Delirium.....	83
Depresión mayor.....	84
Padecimientos bucodentales.....	84
Caries.....	85
Enfermedad periodontal.....	86
Pérdida dental.....	87
Xerostomía (boca seca).....	87
Hipersensibilidad dental.....	88
Alteraciones en la mucosa bucal.....	88
Candidiasis bucal.....	88
Úlceras bucales.....	89
Cáncer bucal.....	90
Cuidado de las prótesis.....	91
Higiene de prótesis.....	92
Autoexamen bucal.....	92
Caídas.....	93
Principales factores de riesgo de caídas durante el envejecimiento.....	94
Evaluación de equilibrio y marcha para determinar el riesgo de caída.....	96
Lineamientos generales para un programa preventivo individualizado para evitar las caídas.....	97
Lesiones cutáneas.....	98

Primeros auxilios y signos vitales.....	101
Botiquín de primeros auxilios.....	102
Signos vitales.....	103
Pulso.....	103
Presión arterial.....	104
Respiración.....	105
Temperatura.....	105
Medición de la glucosa (azúcar) en sangre.....	106
Aplicación de inyecciones.....	107
Vendajes.....	109
Curaciones.....	110
Caídas.....	110
Quemaduras.....	111
Desmayo.....	111
Convulsiones.....	112
Hemorragia.....	112
Paro cardíaco y respiratorio.....	113
Obstrucción de vías respiratorias.....	114
Enfermedades agudas.....	115
Cuidados de la persona adulta mayor sana y enferma en casa.....	116
Cuidados para la persona adulta mayor sana en el hogar.....	116
Visitas periódicas con la o el médico.....	117
Vigilancia de la presión arterial.....	117
Vigilancia de peso.....	118
Estatura.....	118
Vacunación de la persona adulta mayor.....	118
Exámenes de detección.....	119
Alimentación.....	120
Salud bucal.....	120
Ejercicio físico.....	120
Higiene del sueño.....	121
Actividades de la vida diaria.....	121
Prevención de caídas.....	121
Recreación.....	122
Cuidados para la persona adulta mayor enferma en el hogar.....	123
Cuidados básico.....	124
Cuidados específicos.....	125
Medición y registro de signos vitales.....	125
Baño de esponja en cama.....	125

Aseo de cavidades.....	125
Higiene de boca y dentadura postiza.....	127
Cuidados de la piel.....	128
Movilización en cama.....	128
Medidas para prevenir el estreñimiento.....	130
Recomendaciones para la alimentación de la persona adulta mayor enferma.....	131
Recomendaciones y precauciones para la administración de medicamentos en la persona adulta mayor.....	133
Cuidados específicos.....	134
Cuidados para prevenir el pie diabético.....	136
Vigilancia y cuidados para prevenir úlceras por presión.....	136
Voluntad Anticipada.....	139
Cuidados paliativos.....	142
Aspectos psicosociales durante el envejecimiento.....	145
1. Calidad de los servicios gerontológicos.....	146
2. Panorama en el que se encuentran las personas adultas mayores.....	148
3. Personas adultas mayores, población vulnerable.....	152
4. Redes para el cuidado de las personas adultas mayores.....	154
5. Características de la o el cuidador.....	159
6. Instituciones que brindan servicios integrales a la población adulta mayor.....	161
7. Parte operativa para las y los cuidadores primarios.....	163
8. Apoyos a los que pueden acceder a nivel gubernamental, comunitario (redes).....	164
Bibliografía.....	165

Presentación

Desde su nacimiento, el ser humano inicia un proceso de cambios constantes, el cual está influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales que lo llevará por las distintas etapas de la vida hasta llegar a la vejez. En México, esta fase es a partir de los 60 años.

Las sociedades modernas, y su agitado ritmo de vida, tienden a rezagar a las personas adultas mayores por su aparente pérdida de productividad y su pasividad, sin reparar en que la experiencia adquirida con los años puede representar una oportunidad de convivencia enriquecedora.

Organismos internacionales han señalado que se vive más tiempo en todo el mundo; por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló que por primera vez la esperanza de vida de la mayor parte de la población mundial es igual o superior a los 60 años; entre 2015 y 2050, el porcentaje de habitantes mayores casi se duplicará, pasando de 12 a 22 por ciento.

Al contar con más tiempo de vida, las personas adultas mayores tienen nuevas oportunidades de desarrollo, por ejemplo para estudiar, retomar pasatiempos, viajar, trabajar o, simplemente, disfrutar de su familia y comunidad.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), como parte del Gobierno de México, está comprometido con garantizar una atención integral a las personas adultas mayores, sin discriminación, con un trato digno y pleno respeto de sus derechos.

La atención a personas adultas mayores requiere de intervenciones eficaces, como la capacitación constante de las y los cuidadores, responsabilidad que recae, en la mayoría de los casos, en la familia; o bien, en profesionales de la salud que deben contar con la capacidad necesaria para otorgar los mejores servicios en centros de asistencia pública o privada.

La formación de las y los cuidadores es un elemento fundamental en la atención de personas adultas mayores, pues logran un mejor desempeño al desarrollar nuevas capacidades, potenciar cualidades y ponderar actitudes y habilidades como el respeto, la dignidad, la responsabilidad y la paciencia.

Parte de esa formación y adquisición de conocimientos, vinculados con el autocuidado y la autoayuda, tienen que ver con la orientación familiar, el desarrollo de programas de recreación, adaptación, superación psicosocial y ocupacional.

Este **Manual básico para el cuidado de personas adultas mayores**, elaborado por el DIF Nacional, proporciona las herramientas necesarias para ayudarles a mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social que requieren. A través de él se pueden establecer metas a corto plazo, a fin de que la o el cuidador primario obtenga información básica sobre los cambios biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento, así como el tipo de cuidados que se necesitan.

Para el Gobierno de México, lo más importante es garantizar la correcta atención de las personas adultas mayores, sector de la población olvidado por muchos años, pero que hoy es visto y escuchado, apoyado económica y laboralmente, por el hecho de haber cimentado las bases en las que descansa nuestra nación.

Cumpliendo con el principio que rige la administración encabezada por el presidente Andrés Manuel López Obrador, el DIF Nacional reitera su compromiso de No Dejar a Nadie Atrás y No Dejar a Nadie Fuera.

María del Rocío García Pérez

Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Introducción

La pirámide poblacional de nuestro país —la distribución de la población de acuerdo con su edad— ha cambiado de manera inusitada en los últimos años. México, de haber tenido una población joven y en crecimiento, se transforma paulatinamente en un país con una población envejecida. El resultado de esta tendencia será una cantidad cada vez mayor de personas adultas mayores.

Esta recomposición del perfil demográfico, cuya principal característica es la disminución del porcentaje de personas menores de 15 años y un aumento de la población en edad laboral modificará, en el corto y mediano plazo, las formas de vida de las y los mexicanos (Azura, 2005).

Por esta razón, la atención hacia las personas adultas mayores ha requerido cambios, como la capacitación constante de las y los cuidadores de personas adultas mayores, pues aun cuando en la mayoría de los casos su cuidado recae en la familia u otras personas sin formación específica, también se ha hecho necesaria la intervención de personal especializado en esta tarea.

En este contexto, es imperativa la creación de cursos de profesionalización para las y los cuidadores de personas adultas mayores con el objetivo de que éstas vivan en su casa el mayor tiempo posible, lo que se facilitará proporcionando en el hogar los cuidados preventivos que favorezcan la salud, la funcionalidad y la calidad de vida de las personas adultas mayores en su comunidad, además de evitar ingresos hospitalarios y sus repercusiones.

La red de apoyo más importante para la persona adulta mayor la constituye la familia, ya que proporciona mayor seguridad emocional, menor número de incomodidades y más intimidad. Estas condiciones evitan, al mismo tiempo, algunos problemas que se asocian con la institucionalización.

En 1999, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió a la o el cuidador primario como: “la persona del entorno de una o un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por la o el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta”.

Perfil de la o el cuidador

La o el mejor cuidador de la persona adulta mayor es una o un familiar, quien tendrá un mejor desempeño si cuenta con ciertas capacidades:

- a. La o el cuidador acompaña y auxilia a la persona adulta mayor en las actividades de la vida diaria que no puede realizar por sí mismo
- b. Es un vínculo con la familia, los servicios de salud y sociales, entre otros
- c. El respeto, dignidad, responsabilidad, tolerancia y, sobre todo, la paciencia y el amor son virtudes fundamentales para actuar eficazmente en el trato diario con la persona adulta mayor

Respeto: relación armoniosa sin intromisión en su intimidad y evitar cualquier maltrato, lo que fomenta la toma de decisiones, lo hace sentirse bien consigo mismo y ante las y los demás.

Dignidad: lo que reconoce la condición única del ser humano; su libertad, inteligencia y capacidad de autonomía. Los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

Responsabilidad: cualidad de obtener conocimientos, fomentar actitudes positivas y desarrollar actividades con el fin de desempeñar las tareas de la mejor manera.

Paciencia: induce la aceptación de la realidad y, dentro de ella, a reconocer y respetar las formas de actuar de otras personas y, con base en la tolerancia, reintentar superar los problemas. La o el cuidador deben tener paciencia consigo mismos, con la persona adulta mayor y con quienes interactúan con ella o él.

Amor: implica centrar la atención en la persona adulta mayor, conocerle, identificar sus necesidades, intereses y anhelos.

La formación de las y los cuidadores es un elemento fundamental para propiciar un envejecimiento con calidad de vida. Ahí radica la importancia de involucrar a la familia en la promoción y atención de la salud de la persona adulta mayor que vive con ella.

Descripción del curso

Elementos para la formación de las y los cuidadores de salud de la persona adulta mayor

Capacitación en autocuidado (prevención) y autoayuda (ayuda mutua), esencial en la formación de recursos humanos no profesionales.

Orientación familiar para el manejo de las personas adultas mayores. La finalidad es que las y los familiares coparticipen en la prevención y el tratamiento de los principales problemas de salud; evitar o retrasar, en lo posible, que las personas adultas mayores ingresen a hospitales o instituciones de cuidados a largo plazo, y favorecer su permanencia en el entorno familiar o comunitario.

Desarrollar programas de recreación, adaptación, superación psicosocial y ocupacional con el fin de que la persona adulta mayor mantenga y consolide su desarrollo psicosocial y disfrute al máximo de esta etapa de su vida.

Directrices

Este manual busca proporcionar las herramientas para mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social de la persona adulta mayor.

El concepto de calidad de vida debe centrarse en la persona, ubicarse en el contexto sociocultural, género, nivel socioeconómico, edad y estado de salud.

Establecer metas a corto plazo: La o el cuidador primario obtendrá conocimientos básicos sobre los cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren durante el envejecimiento; así como acerca del tipo de cuidados que deben recibir las personas adultas mayores sanas o enfermas con el fin de mantener, prolongar o recuperar la funcionalidad física, mental y social. En el cuidado, es imprescindible la coparticipación activa de la persona adulta mayor, la familia y la comunidad.

Conocimientos básicos

Temario

- Cambios biológicos durante el envejecimiento
- Aspectos psicosociales durante el envejecimiento
- Higiene personal y del sueño
- Alimentación y nutrición recomendada
- Riesgo de polifarmacia y automedicación
- Enfermedades más frecuentes durante el envejecimiento (DM2, cáncer, HAS, hipotensión ortostática, constipación, osteoartritis, osteoporosis, depresión, EVC, deterioro neurocognitivo)
- Primeros auxilios y signos vitales
- Cuidados de la persona adulta mayor sana o enferma en casa
- Redes de apoyo social
- Ejercicio físico durante el envejecimiento
- Tiempo de ocio
- Tanatología

Actividades

- Directorio e identificación de la persona adulta mayor
- Plan de atención para su cuidado
- Inventario de toma de medicamentos
- Plan de actividades

Cambios biológicos durante el envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno que afecta a todos los órganos y sistemas del individuo. No obstante, estos cambios se presentan de manera individualizada, por lo que no todas las personas envejecen del mismo modo ni al mismo ritmo; por tanto, se señala que el envejecimiento es asincrónico.

El envejecimiento acelerado se asocia, generalmente, con la presencia de enfermedades crónicas y un estilo de vida prooxidante (tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada, inactividad física, exposición a contaminantes, horas de sueño ineficiente), así que puede distinguirse del envejecimiento normal o fisiológico.

Los cambios que ocurren en órganos y sistemas durante el envejecimiento son consecuencia, en cierta medida, de las modificaciones en la composición corporal características del envejecimiento biológico.

El cuerpo se constituye de células que a su vez forman los tejidos; estos integran los órganos y, finalmente, un conjunto de órganos forma los aparatos y sistemas. El agua es otro de los componentes fundamentales del organismo, por lo que sus modificaciones en volumen o calidad afectan el funcionamiento del organismo.

Durante el envejecimiento se presenta una disminución de hasta 30% de la masa celular y de 50% del agua corporal. Estas reducciones se acompañan de un aumento de la grasa corporal de cerca de 30%, lo que propicia una pérdida progresiva de la función global del organismo de hasta 1% promedio anual, a partir de los 30 años.

La tercera década de la vida es la de máxima vitalidad, la cual disminuye gradualmente hasta que el organismo se vuelve vulnerable a los padecimientos crónico-degenerativos. La pérdida de vigor se manifiesta cuando los músculos disminuyen de tamaño. En general, el funcionamiento de los órganos se reduce proporcionalmente comparado con el de la persona adulta; la piel es seca y menos turgente por la deshidratación, y la producción de saliva se reduce. Entre los 60 y 70 años se observa, en general, un incremento de la grasa corporal, la cual disminuye a partir de los 70 años, de ahí que después de los 80 años es más común observar personas adultas mayores con peso normal o bajo. Estos cambios pueden

modificarse o compensarse con ejercicio físico periódico y una alimentación restringida en grasas y rica en antioxidantes y fibra, además de la ingesta suficiente de agua (de seis a ocho vasos al día).

Cambios en el organismo

Ahora se hablará de los órganos, sistemas y funciones que presentan más cambios durante el envejecimiento:

- Boca y dientes
- Sistema digestivo
- Sistema cardiovascular
- Sistema respiratorio
- Sistema nervioso
- Sistema renal
- Sistema genitourinario
- Sistema musculoesquelético
- Sistema endocrino
- Sistema inmunológico
- Piel y tegumentos
- Ojos
- Audición y equilibrio
- Olfato, gusto y fonación

Boca

La constituyen lengua, glándulas salivales, papilas gustativas, encías, dientes y paladar; estos órganos en conjunto forman el aparato bucodental, cuya función primordial es iniciar el proceso de digestión de los alimentos por medio de la masticación y acción de la saliva. Ésta contiene una sustancia (ptialina) que ayuda a la digestión de los alimentos. Así, en la boca se perciben los sabores mediante las papilas gustativas, con lo cual es posible seleccionar y discriminar los alimentos. Los cambios habituales en la boca de las personas adultas mayores se caracterizan por un adelgazamiento del tejido que forma la encía y del tejido que cubre la lengua, pérdida proporcional de papilas gustativas, de movilidad de los dientes y disminución en la producción de saliva. Muchas personas adultas

mayores pueden presentar lengua lisa, boca seca, sensación de ardor, trastorno del gusto, dificultad para masticar los alimentos, inconvenientes para articular palabras, predisposición a caries radicular (destrucción de la raíz del diente) e infecciones causada por hongos y virus del herpes simple. Es posible prevenir o mitigar estas alteraciones acudiendo al dentista, por lo menos una vez al año, para recibir orientación acerca de las medidas higiénicas y el cuidado de prótesis dentales. Se debe evitar, en lo posible, la ingesta de medicamentos que incrementen la resequeidad de la boca o alteren la percepción de los sabores (medicamentos para presión arterial, corazón y estados depresivos), por lo que es preciso mantener la boca húmeda con la ingesta fraccionada de agua (30 ml cada hora o tres cucharadas soperas).

Sistema digestivo

Los órganos de este sistema son esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso (colon) y recto. También participan en el proceso digestivo el hígado y el páncreas. La digestión se inicia en la boca con la masticación de los alimentos y termina con la evacuación de heces fecales (excremento). La función primordial de este sistema es la de preparar los alimentos para que el organismo utilice de manera adecuada y óptima los nutrimentos (proteínas, carbohidratos, lípidos, minerales y vitaminas).

Las personas adultas mayores presentan disminución de la motilidad (movilidad) del esófago y los intestinos, así como en la secreción ácida del estómago. También el grosor del tejido del estómago está disminuido (atrofia de la mucosa gástrica) y la absorción alimenticia y el funcionamiento hepático son deficientes respecto de las personas adultas jóvenes. Estos cambios se manifiestan frecuentemente con estreñimiento, intolerancia a la ingesta abundante de alimentos debido a la reducida absorción de algunos medicamentos, y disminución en el metabolismo hepático de los medicamentos. Estas alteraciones se previenen o mitigan con el ejercicio físico, ingiriendo agua suficiente (1500 ml al día), masticando al máximo los alimentos, y si se ha perdido dientes, acudiendo al dentista para la adaptación de prótesis dentales. Si aun así se dificulta la masticación, se recomienda ingerir alimentos picados o molidos. Además, la ingesta debe fraccionarse: tres veces al día en poca cantidad, y dos colaciones intermedias. Los medicamentos que se ingieran debe indicarlos la o el médico, ya que la absorción puede ser deficiente.

Sistema cardiovascular

Este sistema lo forman el corazón, las arterias y las venas. El interior del corazón está dividido en cuatro cámaras (dos aurículas y dos ventrículos) separadas por unas válvulas llamadas tricúspide (a la derecha) y mitral (a la izquierda). Unas gruesas paredes musculares separan la parte derecha

e izquierda del corazón: la parte izquierda para la sangre arterial (rica en oxígeno), y la derecha para la venosa (pobre en oxígeno).

La función primordial del sistema cardiovascular es distribuir el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos, aparatos y sistemas. La sangre recoge oxígeno a su paso por los pulmones y circula hasta el corazón para ser impulsada a todas las partes del cuerpo. Después de su viaje por el organismo, la sangre queda sin oxígeno y es enviada de nuevo al corazón para que este la bombee a los pulmones con el fin de recoger más oxígeno. Así se completa el ciclo.

Con el envejecimiento los vasos sanguíneos se hacen más rígidos, se deposita grasa y se forma tejido fibroso en el corazón; la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción disminuyen, las válvulas cardíacas se calcifican y los mecanismos del sistema nervioso para mantener la presión arterial se tornan deficientes. Es frecuente detectar en las personas adultas mayores soplos cardíacos y más de 50% presenta elevada presión arterial, mientras que 20% experimenta una reducción al ponerse de pie (hipotensión ortostática). También se observa una disminución de la frecuencia cardíaca (bradicardia). Las medidas que se deben de adoptar ante estos cambios son: realizar ejercicio físico; ingerir una dieta restringida en sal y grasas saturadas; si es posible, preparar los alimentos con aceite de oliva y sustituir el consumo de carnes rojas (res y cerdo) por pescado y pollo. También debe vigilarse la presión arterial por lo menos una vez al mes, aunque no se padezca hipertensión arterial o hipotensión ortostática.

Sistema respiratorio

Este sistema lo forman tráquea, bronquios y pulmones. Su función principal es abastecer de oxígeno el organismo y eliminar el bióxido de carbono. Este proceso se lleva por medio de la inspiración (ingreso de aire oxigenado a los pulmones) y la expiración (expulsión de aire con bióxido de carbono de los pulmones). La apropiada función respiratoria requiere que la expansión del tórax sea adecuada, es decir, que intervengan todos los músculos y cartílagos (tejido elástico) que rodean las costillas. Los cambios en las personas adultas mayores incluyen la disminución de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales, así como debilidad de los músculos respiratorios, lo que limita los movimientos respiratorios de inspiración y expiración. También se estrechan las vías respiratorias debido a la disminución de elasticidad de los bronquios. Además, disminuyen la cantidad y función de cilios (vellosidades que ayudan a eliminar las secreciones y bacterias) y se degeneran el epitelio bronquial (tejido que cubre y protege los bronquios) y las glándulas mucosas (barrera protectora de los bronquios). Estas alteraciones inducen una función respiratoria restringida, lo que predispone a infecciones debido a la insuficiente

eliminación de secreciones y bacterias. Las acciones necesarias para evitar problemas respiratorios crónicos e infecciones frecuentes son: realizar ejercicios respiratorios mediante la inspiración y espiración profundas de cinco a diez minutos, dos veces al día; inflar globos de cinco a diez minutos al día; ingerir alimentos ricos en vitaminas A y C para recuperar el epitelio, y practicar ejercicio físico diariamente.

Sistema nervioso

El cerebro, la médula espinal y los nervios forman este sistema. Sus células se denominan neuronas, las cuales establecen una red que permite una intercomunicación con todo el organismo mediante sus prolongaciones celulares (dendritas y axones). El cerebro es el órgano que controla de manera armónica el funcionamiento vital del organismo. En la corteza cerebral se integran las funciones cerebrales superiores que nos permiten pensar (razonar), tener lenguaje, realizar movimientos programados e intencionados; reconocer objetos, las personas y el mundo que nos rodea, y mantener almacenada la información del pasado reciente y remoto (memoria). Los cambios en la persona adulta mayor incluyen: disminución del tamaño del cerebro en 10%, debido a la pérdida de las células del sistema nervioso (neuronas) y a la reducción de las prolongaciones celulares (dendritas y axones). También disminuye la velocidad de la conducción nerviosa y aumenta el tiempo de la respuesta refleja. Asimismo, disminuyen la producción de las sustancias que permiten la comunicación entre las células del sistema nervioso (neurotransmisores) y los sitios de contacto donde esto ocurre (receptores). Estas alteraciones se manifiestan como una lentitud en la coordinación sensitiva y motora, que deteriora los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el equilibrio. También disminuye la memoria a corto plazo y se revela cierta dificultad para el aprendizaje, debido a la lentitud de las respuestas intelectuales.

Las alteraciones en la regulación de la temperatura corporal y en la apreciación del dolor visceral (estómago, hígado, intestino y apéndice), así como la disminución en la motilidad intestinal favorecen el estreñimiento. El déficit en la sensibilidad de los centros nerviosos que regulan la presión sanguínea genera una predisposición a la hipotensión ortostática. Las prevenciones pertinentes para estas modificaciones son: evitar cambios bruscos de posición, utilizar estrategias que permitan recordar los hechos recientes relevantes (anotar en una libreta) y relacionarlos con aspectos significativos, leer libros y revistas sobre los propios intereses y comentar los aspectos que más llamen la atención; evitar la exposición a cambios bruscos de temperatura sin protección y acudir con la o el médico ante la presencia de dolores o molestias intestinales continuas, aunque no sean muy intensas y no estén bien delimitadas.

Sistema renal

Los riñones forman este sistema, cuya función es filtrar los desechos tóxicos y sustancias, presentes en una concentración excesiva en la sangre, para eliminarlos en la orina. Además, cuenta con tubos (ureteros) que conducen la orina hasta la vejiga, donde se almacena hasta que se desecha por la uretra. Con el envejecimiento se reducen el número y tamaño (atrofia) de las nefronas (unidad estructural y funcional del riñón), lo que disminuye la capacidad de la filtración renal. En términos generales, la función renal disminuye casi 50%, en comparación con la que tienen las personas a los 30 años. Estos cambios se manifiestan mediante la reducción de excreción de sustancias de desecho del organismo y de medicamentos. Aquí las medidas preventivas son la ingesta suficiente de agua y evitar el consumo de medicamentos que no haya indicado la o el médico.

Sistema genitourinario

En el hombre, este sistema lo integran ureteros, uretra, vejiga, próstata, testículos y pene. En la mujer lo constituyen ureteros, uretra, vejiga, ovarios, útero, vagina y vulva (labios mayores, labios menores y clítoris). La función de este sistema, en lo referente a las vías urinarias, es la de conducir, almacenar y eliminar la orina; también incluyen los genitales, órganos que permiten el coito y la reproducción. Entre los cambios que se observan en las personas adultas mayores varones destaca el aumento (hipertrofia) de la próstata a partir de los 40 años; en las mujeres, después de la menopausia (última menstruación), disminuye el grosor y función del tejido (mucosa) que cubre la vagina, causantes de resequedad y susceptibilidad a las erosiones.

En la mujer también hay reducción de la capacidad vesical y una laxitud (flacidez) de los músculos que mantienen en su posición la vejiga y el útero. Estas alteraciones se manifiestan con dificultad para retrasar la micción; en el hombre suele presentarse disminución en el calibre del chorro de la orina y molestias para orinar debido a la hipertrofia prostática, en la mujer es usual la incontinencia urinaria ante un esfuerzo, debido al cambio de posición de la vejiga (cistocele), la falta de sostén de los músculos, molestia más intensa en quienes han tenido varios partos. También puede presentarse falta de sostén del útero (uterocele). Otra molestia que refieren las mujeres es el dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia), consecuencia de la resequedad de la mucosa de la vagina por el descenso en la producción de hormonas sexuales (estrógenos).

Los cuidados de este sistema en las personas adultas mayores son los siguientes: los hombres deben acudir cada año con la o al médico para revisión prostática. Las mujeres que presentan expulsión de orina con

el esfuerzo pueden hacer ejercicios para fortalecer los músculos que sostienen la vejiga, por ejemplo: contraer los músculos igual que cuando se interrumpe la orina o la retienen voluntariamente (“aguantarse”). Es recomendable realizar los ejercicios durante diez minutos, tres veces al día. Respecto al dolor durante las relaciones sexuales, la mujer puede utilizar un lubricante indicado por su médico.

Sistema musculoesquelético

Sus componentes son el esqueleto óseo y los músculos; su función primordial es mantener la arquitectura (estructura) del cuerpo; le permite al individuo mantener diferentes posiciones y realizar movimientos voluntarios, simples y complejos. Los cambios debidos al envejecimiento incluyen disminución en el tamaño (atrofia) y tono muscular; la fuerza se pierde entre 20% y 30% de los 60 a 90 años. La estatura se reduce, aproximadamente, 1.5 cm cada diez años a partir de los 50 años. También se observa una pérdida de tejido óseo a partir de los 54 años, más intensa en las mujeres, según los factores de riesgo. Además, las personas adultas mayores presentan cambios degenerativos de los ligamentos, tendones y articulaciones. Estas alteraciones producen pérdida de la masa muscular, predisposición a calambres musculares, debilidad muscular, presencia de xifosis (joroba), disminución de la estatura, predisposición a la osteoporosis, disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones, rigidez articular y predisposición al dolor. Las medidas preventivas más útiles para conservar la estructura y función de músculos, huesos y articulaciones son: una alimentación adecuada y ejercicio físico, además de someterse a una densitometría ósea anual.

Sistema endocrino

Lo constituye un conjunto de glándulas que producen hormonas, las cuales actúan sobre otros órganos. Entre ellas, las que sufren alteraciones durante el envejecimiento son: la tiroides, que produce las hormonas tiroideas, fundamentales para mantener el metabolismo equilibrado del organismo (consumo, gasto y eliminación de energía); las paratiroides, fuentes de la hormona paratiroidea, la cual interviene en el metabolismo óseo; el timo, cuya involución, iniciada en la pubertad y acentuada con el envejecimiento, repercute en la función inmunitaria; el páncreas, productora de la insulina, que facilita el paso de la glucosa (azúcar) al interior de la célula; en la mujer, los ovarios, que son productores de las hormonas sexuales femeninas, llamadas estrógenos, así como de la progesterona, sustancia asociada con la menstruación y de vital importancia durante el embarazo; en el hombre, los testículos, encargados de producir la mayor cantidad de las hormonas sexuales masculinas, denominadas andrógenos.

Durante el envejecimiento disminuye relativamente la producción y actividad de las hormonas tiroideas, sin afectar de manera significativa el metabolismo del organismo; la función del timo decrece de forma importante y repercute en la función inmunitaria; los niveles de la hormona paratiroidea podrían estar aumentados si es defectuosa la absorción del calcio, secundaria a la falta de síntesis de vitamina D. También se observan niveles más altos de azúcar (glucosa en sangre de 10 a 20 mg/dl), debido a una deficiencia o función defectuosa de la insulina (resistencia a la insulina); la producción de hormonas sexuales se reduce y afecta las funciones sexuales, el metabolismo óseo y los niveles de colesterol. Los cambios en la producción de insulina se manifiestan como una predisposición a la diabetes mellitus.

En el caso de la mujer, se presenta la menopausia (última menstruación) entre los 45 y 50 años, que se puede acompañar, antes o después de los trastornos menstruales (sangrados irregulares escasos), de bochornos, mareos, insomnio y cambios de carácter (tendencia al llanto, ansiedad, e irritabilidad). En ambos sexos hay una disminución relativa del deseo sexual. Este proceso se llama climaterio y lo causa la caída en la producción de hormonas sexuales.

Debido a la disminución de la función del timo existe cierta predisposición a las infecciones y a la presentación de padecimientos autoinmunes (el organismo no reconoce las sustancias tóxicas o extrañas o identifica como ajenas las propias). Entre tales trastornos se hallan artritis reumatoide y cáncer. El incremento de la hormona paratiroidea y la disminución de las hormonas sexuales predisponen a la aparición de osteoporosis. También existe una propensión a los padecimientos cardiovasculares debido al aumento del colesterol, secundario a la disminución de la producción de hormonas sexuales. Las medidas ante estos cambios son practicarse una medición de glucosa y del perfil de lípidos en sangre, mínimo cada año, realizar ejercicio físico, llevar una dieta restringida en grasas, rica en antioxidantes y fibra, y tomar azúcar refinada. En general, las molestias propias de la menopausia ceden gradualmente sin tratamiento; no obstante, si son muy intensas debe acudir a revisión médica. En relación con la actividad sexual, el envejecimiento no debe ser un impedimento para ejercitarla de manera satisfactoria.

Sistema inmunológico

Este sistema lo componen glóbulos blancos de la sangre (leucocitos) — los cuales se encargan de comer y destruir (fagocitar) microorganismos, desechos celulares y células malignas— y anticuerpos, proteínas capaces

de reconocer y facilitar la destrucción y eliminación de sustancias tóxicas o extrañas (antígenos), bacterias, virus y células malignas. En el sistema intervienen el timo, el bazo y la médula ósea.

Con el envejecimiento disminuye y se altera, la inmunidad celular; ésta consiste en la capacidad de las células para defenderse de agentes nocivos, microorganismos y células malignas. Cuando la respuesta inmune (inmunidad humoral) disminuye o se altera aparecen anticuerpos que perdieron la capacidad de autorreconocerse y atacan al propio organismo. Estas alteraciones se manifiestan como una predisposición a infecciones en general y a la reactivación de tuberculosis y herpes zoster (en personas que los padecieron, además de una susceptibilidad a los tumores benignos y malignos). Las medidas preventivas se orientan a la detección temprana de los problemas infecciosos y a la búsqueda de atención médica a la brevedad posible, además de evitar la exposición a las fuentes generadoras de problemas infecciosos y problemas neoplásicos (tumores). Como protección específica se recomienda la aplicación de las vacunas contra influenza y neumonía.

Piel y tegumentos

La piel es un órgano extenso que cubre y protege nuestro cuerpo; interviene en el control de la temperatura, la eliminación de sustancias tóxicas, la síntesis de vitaminas (vitamina D), la absorción de medicamentos y la apariencia. Como elementos complementarios de la piel están las uñas y el pelo, los cuales también cumplen una función protectora. La piel tiene glándulas productoras de sudor (sudoríparas), grasa (sebáceas) y del olor característico de cada persona (odoríparas). El grosor y características de la piel son distintos de acuerdo con el sitio y función específicos.

Con el envejecimiento se adelgaza la capa externa de la piel (atrofia de la epidermis), disminuyen el tamaño y función de las glándulas sudoríparas, de las células que producen el pelo (folículo piloso), y de las uñas. También se deposita mayor cantidad de la proteína encargada de proteger la piel (queratina) y la torna delgada pero áspera (hiperqueratosis); además, disminuye la proporción de fibras elásticas, la cantidad de grasa subcutánea y los vasos sanguíneos (capilares) de la piel se vuelven frágiles. Estas alteraciones se manifiestan por medio de arrugas, piel delgada, dura, áspera, reseca, con sensación frecuente de prurito (comezón); disminuye la propiedad de aislamiento de la piel, lo que incrementa la susceptibilidad a las lesiones por golpes leves (moretones) y úlceras por presión; las uñas se tornan frágiles, engrosadas, tienden a torcerse y presentan lento crecimiento; el pelo se adelgaza, pierde su color y se cae, principalmente en los hombres. Las medidas preventivas incluyen baño diario (si no se puede mover, baño de esponja), lubricación de la piel, después del baño y

durante el día, una o dos veces. Si la resequedad y la comezón son intensas, es preciso proteger las piernas con calcetines y medias gruesas y cortar las uñas cada mes.

Ojos

Los ojos son los órganos sensoriales que le permiten al ser humano percibir formas, colores y características del mundo circundante, incluyendo la posibilidad de la lectura. Las estructuras del ojo son: párpados, pestañas, glándulas, conductos lagrimales y globo ocular. La parte central del ojo la cubre una membrana transparente denominada córnea; tiene una estructura blanca, llamada esclerótica, el iris (formación circular que le confiere un color específico a los ojos) y la pupila, que constituye el orificio central cubierto por el lente ocular, denominado cristalino, por donde ingresan las señales luminosas a la retina y de ahí, a través del nervio óptico, llegan al cerebro para su interpretación. El interior del globo ocular lo forma una sustancia gelatinosa llamada humor vítreo, la cual le permite mantener su forma.

El envejecimiento causa disminución de la grasa que rodea el globo ocular, reducción en el tamaño y funcionamiento de las glándulas lagrimales, estrechamiento del conducto lagrimal, sequedad del tejido que rodea el ojo, deterioro de la elasticidad del cristalino, y alteraciones en los músculos de la acomodación, en el iris y las células de la retina (conos y bastones). Estas alteraciones provocan en los ojos una apariencia de hundimiento, laxitud de los párpados, caída del párpado superior, reducción en la cantidad de lágrimas o la separación del párpado con relación al ojo. Las pupilas se contraen y los reflejos a la luz y a la lejanía son lentos; existe dificultad para leer de cerca o realizar procedimientos de precisión, como ensartar una aguja (presbicia); lenta adaptación a la oscuridad; defectuosa apreciación del color y del espacio en distancia y profundidad. Las medidas preventivas incluyen el uso de lentes para vista cansada y lectura, evitar transitar en espacios oscuros y no manejar automóviles, ya que no se perciben correctamente la profundidad y la distancia respecto a otros autos. Si la resequedad de los ojos es intensa se aconseja utilizar gotas de lubricante ocular indicadas por la o el médico.

Audición y equilibrio

Los oídos son los órganos sensoriales mediante los cuales el individuo percibe la intensidad y las características de los sonidos, además de mantener el equilibrio. Las estructuras de los oídos son: pabellones auriculares (orejas), conducto auditivo externo, membrana timpánica, oído medio con sus huesecillos (martillo, yunque y estribo), oído interno —en donde se encuentra el nervio auditivo— y aparato vestibular (estructura que interviene en el equilibrio).

Al envejecer se presentan el adelgazamiento y la resequedad de la piel de los pabellones auriculares; en el conducto auditivo aumentan el número y longitud de los pelos y se incrementa la descamación de la piel, lo que dificulta la eliminación del cerumen; la membrana timpánica pierde su elasticidad y los huesecillos se descalcifican pudiendo presentar osteoporosis; el oído interno presenta alteraciones degenerativas, denominadas presbiacusia o sordera propia de la edad avanzada. Estas alteraciones se traducen en una deficiente eliminación de cerumen con propensión a la formación de tapones. La presbiacusia se caracteriza por una creciente dificultad para oír los tonos de alta frecuencia, acompañada con frecuencia de zumbidos (10% de las personas adultas mayores de 60 años presentan esta alteración); percepción anormal de ruidos fuertes (intolerancia a los tonos de voz alta), y dificultad para la localización de los sonidos en un ambiente ruidoso. En general, la presbiacusia se presenta por igual en ambos oídos y se inicia a partir de los 50 años. Las alteraciones del aparato vestibular propician un deterioro en el control postural reflejo (mantener el equilibrio al chocar con algún objeto), lo que predispone a las caídas. Las medidas preventivas incluyen el aseo cuidadoso del conducto auditivo después del baño (evitar el uso de artefactos como cotonetes, pasadores de pelo o ganchos), evitar los ambientes ruidosos y transitar con precaución para evitar caídas. Si las alteraciones de audición son muy intensas deberá consultarse a un audiólogo.

Olfato, gusto y fonación

El olfato y el gusto, dos funciones sensoriales estrechamente relacionadas, permiten percibir las características e intensidad de los olores y sabores, respectivamente. Las estructuras involucradas en estas funciones son el bulbo olfatorio, las papilas gustativas y el cerebro. La fonación es la función que permite articular palabras y emitir sonidos con y sin significado social. Las estructuras participantes en la fonación son la lengua, los dientes, el paladar, la faringe, la laringe y las cuerdas vocales.

El envejecimiento causa la disminución en el número y tamaño de las papilas gustativas y las células olfatorias, así como la gradual pérdida de la elasticidad de los músculos y cartílagos laríngeos. Estas alteraciones se manifiestan con el deterioro en el sentido del gusto y del olfato, además de la disminución en el reflejo de la tos y de la deglución y los cambios en el tono de voz. Las medidas destinadas a atenuar estas alteraciones son cepillar la lengua durante el aseo bucodental diario; mantener limpias y permeables las fosas nasales; evitar la ingesta de medicamentos no indicados por la o el médico, ya que pueden alterar la percepción del gusto; y tomar suficiente agua, ya que la resequedad de la boca dificulta la articulación de palabras.

Este repaso por los sistemas orgánicos es la base para otorgar un buen cuidado a las personas adultas mayores, pues conocer sobre la evolución fisiológica de esta etapa de la vida le facilitará a la o el cuidador establecer un vínculo de empatía y proporcionar los cuidados necesarios con base en evidencias científicas.

Higiene personal y del sueño

La higiene personal es fundamental en todas las etapas de la vida; tiene recomendaciones específicas según la etapa evolutiva o condición de salud en particular. En términos prácticos, se refiere al baño, el aseo bucodental, el lavado de manos y el corte de uñas.

El objetivo fundamental de la higiene personal es mantener la piel, boca y uñas libres de gérmenes (bacterias, parásitos y hongos) el mayor tiempo posible, con el fin de evitar infecciones, molestias locales, como comezón, y el mal olor corporal, además del efecto estético y de bienestar secundario. La o el cuidador debe tener los siguientes conocimientos básicos sobre el cuidado y las recomendaciones de higiene personal para insistir, en todo momento, sobre la necesidad de su práctica para mantener la salud:

Baño

La piel corporal representa una de las barreras protectoras para evitar infecciones, no obstante, como es un órgano vivo que elimina periódicamente la capa superficial (descamación de queratina) —con una temperatura adecuada y humedad en algunos sitios— favorece la acumulación de microorganismos, los cuales se alimentan de los desechos que elimina el cuerpo mediante el sudor y las células de descamación. Por tal motivo, es indispensable una higiene corporal periódica para evitar la acumulación de gérmenes, que además del mal olor, es capaz de provocar infecciones bacterianas locales, hongos y sarna. Asimismo, representa una fuente potencial para que las bacterias en la piel ingresen al interior del cuerpo provocando infecciones intestinales graves.

Es necesario tomar, al menos tres veces a la semana, un baño o ducha; se deben emplear jabones neutros, el agua deberá estar a una temperatura adecuada, se aconseja evitar que esté excesivamente caliente o fría, ya que provocaría cambios en la presión arterial, mareos y caídas. Debe utilizarse una toalla personal para el secado del cuerpo y otra para el secado de los pies. Es imprescindible secar por completo los pliegues de las ingles y zonas cercanas a los genitales, las axilas, debajo de las mamas en la mujer y en los espacios entre los dedos de los pies, debido a que en estos sitios es frecuente la aparición de hongos por la humedad. Asimismo, siempre deberán utilizarse sandalias para evitar el contagio de hongos y las caídas ocasionadas por resbalarse en pisos mojados.

El cuarto de baño debe contar con tapetes antiderrapantes y podrá colocarse una silla junto a la regadera para que la actividad sea más cómoda y se eviten caídas en caso de mareo.

La persona adulta mayor no debe estar sola al bañarse, aunque sea autosuficiente para esta actividad. Si está en posibilidades y desea hacerlo sola o no debe cerrar con seguro la puerta del baño, y debe estar cerca algún familiar, quien le debe de preguntar con periodicidad si necesita algo, para asegurarse que se encuentra bien y de que no se haya caído.

Baño de esponja: en algunos casos, la enfermedad y la inmovilidad impiden a la persona adulta mayor levantarse de la cama. En estos casos el baño con esponja es una buena opción. Tenga presente que el baño de esponja debe ser rápido, en un ambiente cálido, sin corrientes de aire y evitando que el agua o la persona se enfríe.

Tenga los materiales listos y cuide la temperatura del agua.

Además del jabón y de la ropa con la que se vestirá después de bañarse la persona adulta mayor, se deberán programar los siguientes materiales:

- Agua con jabón en gel
- Esponjas o telas suaves: una para el agua jabonosa y otra para retirarla
- Sábana de plástico o tela plastificada para cubrir la cama- o bien el espacio donde se va a realizar el baño
- Dos recipientes o cubetas para vaciar el agua y enjuagar las esponjas
- Jícara o recipiente para vaciar el agua
- Dos o más toallas

Alrededor de la cama se colocan jergas para no mojar el suelo y evitar resbalarse. Con gran cuidado se voltea a la persona adulta mayor para colocar la sábana o tela plastificada para que no se moje el colchón; se le desviste y se le acuesta bocarriba. Primero se lava su cabello, se pasa el brazo por la parte de atrás del cuello y se levanta despacio la cabeza. Con la mano libre se toma la esponja ya humedecida en el agua con jabón, se talla suavemente con movimientos circulares y se lava el cabello por partes. El tallado se puede hacer tantas veces como sea necesario. Después se toma la otra esponja y se sumerge en el agua limpia, eliminando el jabón de la parte lavada. Al concluir el lavado del cabello, se seca con una toalla, poco a poco, con movimientos suaves; después se coloca la cabeza de la persona en la cama protegiendo el cabello con la toalla. Entonces se retira el brazo con movimiento lento.

Se enjuagan ambas esponjas y se cambia el agua para continuar con otra parte del cuerpo.

Se continúa con la cara y el cuello; se inicia el lavado de cara, cuello y oídos con la esponja húmeda de agua con jabón, se utilizan movimientos suaves, evitando que el agua llegue a los ojos y se introduzca en los oídos o la nariz. Se enjuaga con la otra esponja húmeda en agua limpia, cuantas veces sea necesario, para quitar el jabón. Se seca a la persona con la toalla, poco a poco, con movimientos suaves. Se enjuagan ambas esponjas y se cambia el agua para proceder con otra parte del cuerpo.

Se sigue con el lavado de brazos, tronco, vientre e ingles. Para el lavado de los brazos, las axilas, el tronco y el vientre se repite el procedimiento: esponja enjabonada para lavar, esponja húmeda para enjuagar y uso de toalla para el secado. Se continúa con el lavado de las ingles y los órganos genitales de la misma manera. En esta parte del cuerpo se debe tener especial cuidado y respeto, para ello es necesario separarle levemente las piernas y los pliegues; con la finalidad de asear bien los genitales y evitar infecciones derivadas de un mal aseo.

Se prosigue con espalda, glúteos y piernas. Para lavar la espalda y los glúteos, se ayuda a la persona a girar y ponerse de costado, se lava la mitad de la espalda y un glúteo. Se lavan las piernas y el pie, se seca perfectamente. Se repite el procedimiento aplicado para lavar las otras partes del cuerpo. Se ayuda a la persona adulta mayor a voltearse del otro lado, y se le lava y seca la otra mitad de la espalda, el otro glúteo, la otra pierna y el otro pie. Se le secan bien los pies y entre los dedos.

Con masaje suave se le unta el cuerpo con cremas o aceites lubricantes.

Al terminar el baño se retira, poco a poco y con cuidado, la sabana plastificada. Es indispensable cerciorarse de que la sábana de la cama no esté húmeda; si lo está, se repone con una seca y limpia. Se viste a la persona adulta mayor, si es necesario se le tapa, se limpia el lugar y se acomoda todo lo que se haya utilizado. Se permite que se peine o se le ayuda a peinarse.

Aseo bucal

La boca es una de las zonas corporales donde se encuentra normalmente una gran cantidad de microorganismos que se alimentan de los residuos alimenticios, los cuales deben eliminarse periódicamente para evitar infecciones locales bacterianas, hongos o enfermedades sistémicas (afectación de un órgano interno), por ejemplo: endocarditis bacteriana (inflamación del corazón). Por tal motivo, es indispensable la higiene bucodental después de cada comida, incluso el aseo de prótesis dentales. La o el cuidador de la persona adulta mayor debe convertir en una rutina

el lavado de dientes después de cada comida, supervisar que lo haga correctamente o ayudarlo con cuidado para no lastimarlo. Tenga los siguientes materiales listos:

- Recipiente o vaso con agua tibia
- Cepillo dental y pasta dentífrica; hilo dental o cepillo interdental. Si le agrada, enjuague bucal diluido
- Toalla

Se retiran y asean por separado todas las prótesis dentales. Es indispensable asegurarse o ayudara a la persona a realizar el cepillado con la técnica correcta: movimientos circulares y suaves en las muelas y de arriba hacia abajo en los dientes superiores, y de abajo hacia arriba en los dientes inferiores; se inicia desde la encía, se cepillan la lengua, el paladar y las mejillas. También es conveniente limpiar una vez al día los espacios interdentes, a donde no llega el cepillo, con hilo dental o cepillos interdentes. Se le ayuda a enjuagar la boca, haciendo buches y con la toalla se le secan los excesos de agua en la cara.

Afeitado

Si no se cuenta con máquina eléctrica para rasurar, es conveniente asegurar que la persona adulta mayor será afeitada. Es indispensable tener listos los siguientes materiales:

- Rastrillo manual
- Jabón y agua tibia
- Cubeta con agua para enjuagar el rastrillo
- Toalla, crema o loción

Se sienta al paciente en un lugar limpio y cómodo; se verifica que la prótesis dental se encuentre en la boca de la persona adulta mayor antes de afeitar. Con el agua y el jabón se hace una espuma jabonosa para cubrir barba y bigote con el fin de humedecerlos y suavizarlos. Se lleva el rastrillo en dirección de la vellosoidad; una vez rasurada el área, se enjuaga y seca sin dejar residuo de jabón o agua. Al final se coloca con suavidad loción o crema.

Lavado de manos

Las manos constituyen uno de los vehículos más frecuentes de infecciones gastrointestinales, ya que su función les permite estar en contacto con múltiples sitios donde abundan microorganismos dañinos para el organismo. Por ello, el lavado de manos debe ser frecuente. Hacerlo con

agua y jabón es indispensable antes de cada comida y después de la micción o defecación; el objetivo es evitar enfermedades transmisibles por medio de los dedos contaminados. Se deben secar completamente las manos de la persona adulta mayor con una toalla de algodón y aplicarle crema suavizante con el fin de evitar excoiaciones (lesiones) en el dorso o la sequedad de piel. Las uñas de las manos se deberán cepillar a diario con el fin de evitar la acumulación de mugre y tierra; se podrá utilizar en este procedimiento un cepillo de dientes o uno de uñas.

Corte de uñas

Las uñas de las manos y pies son sitios donde con frecuencia se acumulan bacterias y hongos, de ahí que se deben lavar perfectamente. Usualmente, la persona adulta mayor también requiere asistencia para el corte de uñas dada la precisión requerida, ya que es difícil cortar las de los pies. El crecimiento de éstas es lento, por lo que se deben cortar cada mes, utilizando cortaúñas, en forma rectangular sin dejar picos excesivos. Este corte difícilmente lo puede ejecutar sola la persona adulta mayor, de ahí que cuando perciba dificultades para hacerlo, no debe dudar pedir apoyo. Con el envejecimiento también se observa, con frecuencia, el engrosamiento de las uñas de los pies, por lo que se aconseja remojar estos en una bandeja con 100 g de bicarbonato para que las uñas pierdan su dureza. De ahí que el corte se debe hacer con mucho cuidado para no lastimarlo y, si es necesario, acudir con un especialista en el cuidado de los pies (podólogo).

Cuando la persona adulta mayor tiene diabetes, su sensibilidad está disminuida y puede lastimarse sin percibir dolor. Se requiere una atención mayor en el cuidado de los pies, por lo que es recomendable:

- Revisar diario que los pies no presenten cortadas, arañazos, heridas, decoloración, enrojecimientos, golpes, callos o infecciones
- Lavarlos con agua y jabón diariamente; secar y untar crema o aceite y mantener seca esta zona
- Cortar con mucho cuidado las uñas, utilizando un cortaúñas, en forma rectangular, sin dejar picos. Se puede pedir la ayuda de una podóloga o podólogo
- Utilizar calcetines limpios de algodón y lana, que no tengan bandas ajustadas, ni costuras interiores, no usar ligas en rodillas, piernas o tobillos
- Si existen callos, que los retire un profesional (podóloga o podólogo), nunca cortarlos ni usar callicidas. El uso de apósitos puede traer complicaciones

- Examinarlos para observar si pierden sensibilidad. En forma periódica, hacer la prueba de filamento, tocando perpendicularmente los pies con hilo de nylon de 0.5 mm (del que se usa para pescar); si no percibe el contacto, es preciso informarlo a la o el médico tratante, pues la persona adulta mayor está en riesgo de sufrir pie diabético, en cuyo caso es necesario acudir con la o el médico
- Calzar zapatos cómodos, sin costuras internas y revisar que no tenga objetos o bordes que puedan lastimar el pie

Cambio de pañal

Ésta es una de las actividades más difíciles para la persona adulta mayor y la o el cuidador. Cuando el primero pierde el control de esfínteres el uso del pañal es indispensable. Cuando el pañal está sucio cambiarlo es inaplazable porque irrita la piel y produce excoriaciones (rozaduras) e infecciones. Es importante tener listos los siguientes materiales:

- Sábana de plástico o tela plastificada para proteger las sábanas y el colchón
- Pañal limpio
- Bolsa de plástico para desechar el pañal sucio
- Papel higiénico o sanitario
- Guantes desechables de latex
- Gasas
- Agua tibia
- Crema o aceite para rozaduras leves o ungüentos recetados por la o el médico

Se cubre la cama con la sábana plástica o tela plastificada, se acomoda a la persona adulta mayor sobre ella, bocarriba. La o el cuidador se coloca los guantes desechables de látex. Enseguida se descubre el pañal y se retira con él la mayor cantidad posible de excremento, se termina la limpieza con el papel higiénico o sanitario. De inmediato, se limpian los residuos de orina y heces con agua tibia y jabón; se repite la acción cuantas veces sea necesario hasta que el papel salga limpio. Se coloca el pañal sucio en una bolsa y se cierra anudando su borde. Si la persona adulta mayor presenta incontinencia se usan protectores de colchón y pañales desechables.

En caso de irritación, la parte afectada se limpia suavemente con agua tibia, sin jabón porque causa ardor; se deja que la zona limpia se seque al aire, sin frotarla porque podrían causarse laceraciones. Se termina aplicando la medicina que la o el médico haya indicado o una pasta

que contenga óxido de zinc o una crema a base de glicerina, aceite de almendra, etcétera.

Cuidados de la piel

Las personas adultas mayores enfermas o que deben permanecer en cama o en silla de ruedas, tienen el riesgo de desarrollar úlceras de presión con potencial de causar graves problemas e incluso provocar gran sufrimiento. En la mayoría de los casos, las úlceras se pueden prevenir, aplicando las siguientes medidas:

- Mantener la piel limpia, seca y lubricada. Esto se logra aplicando crema o aceite de almendras dulces
- Revisar la piel constantemente, en particular durante la hora del baño, para comprobar si hay áreas rojizas o rozaduras y reportarlo a alguna o algún familiar o médico tratante
- Dar un masaje suave, durante la aplicación de crema o aceite de almendras dulces en el cuerpo para evitar resequedad
- Cambiar de posición a la persona en cama o silla de ruedas. Deben evitarse zonas de presión incluso entre las propias extremidades y, a la vez, movilizarla con frecuencia para que no se ejerza presión sobre el mismo punto mucho tiempo

Si aparece una zona roja en la piel de la persona adulta mayor, es recomendable hacer lo siguiente:

- Retirar de inmediato la presión en esa área, procurando evitar que sirva de apoyo a la o el paciente
- Si se aplican masajes, excluir esa zona
- Si después de 15 minutos permanece el enrojecimiento de la piel, se comenta de inmediato con la o el médico y familiar responsable
- Evitar la formación de lesiones o escaras, son muy dolorosas, difíciles de curar, se infectan con facilidad y pueden extenderse o provocar infecciones generalizadas

Higiene del sueño

El sueño es un proceso fisiológico regulado por el cerebro. Mientras se duerme algunos órganos y sistemas se mantienen en reposo o recuperación. Esta función es necesaria para mantener en equilibrio las funciones del organismo. Durante el sueño aumenta la producción de algunas sustancias que requiere el cuerpo humano. En el proceso normal de envejecimiento el sueño se modifica, disminuye su duración y se afecta

la cantidad y calidad del sueño; en consecuencia, la persona adulta mayor suele dormir seis horas y su sueño con frecuencia es superficial y con múltiples despertares, además de presentar dificultades en el inicio y para mantenerlo. Esto lo explica, en parte, el propio envejecimiento, que afecta el cerebro y factores ambientales, psicosociales, laborales y nutricionales que agudizan estos cambios, sin entrar en el terreno de las enfermedades o medicamentos causantes de insomnio.

Los trastornos del sueño se dividen en insomnio (dificultad para iniciar o mantener el sueño), hipersomnias diurnas (exceso de sueño durante el día) y parasomnias (disfunciones durante el sueño, como sonambulismo, terrores nocturnos, pesadillas, etc.). El insomnio es el trastorno de mayor prevalencia entre la población de personas adultas mayores de 65 años y ha sido definido como “la dificultad para iniciar o mantener el sueño durante un periodo de al menos un mes”. Su frecuencia es mayor en las mujeres que en los hombres y se asocia con los factores tratados a continuación.

Las alteraciones o trastornos del sueño influyen de manera negativa en la salud y, por ende, en la calidad de vida de la persona adulta mayor, por lo que es de suma importancia investigar si la persona los presenta y detectar sus posibles causas. Al respecto, la o el cuidador deberá tener los siguientes conocimientos para manejar la situación. Si bien los problemas de sueño no amenazan directamente la vida, cuando se asocian con problemas psicológicos u otro padecimiento pueden incrementar el riesgo de accidentes, por ejemplo, de caídas.

Entre los cambios del sueño en la persona adulta mayor se hallan las dificultades en el inicio y su mantenimiento, modificaciones en el ritmo cardiaco, dificultad para tolerar los cambios de horario y disminución en la cantidad.

Existen también factores psicosociales causantes de alteraciones en el sueño, por ejemplo: problemas financieros, laborales, soledad, pérdida de familiares, amigos o mascotas, cambios de residencia, hospitalizaciones, viajes, conflictos familiares y ansiedad.

Un aspecto importante que debe considerarse son los hábitos higiénico-dietéticos inadecuados, como irse a la cama muy temprano, ejercitarse antes de dormir, tomar varias siestas en el día, permanecer mucho tiempo en la cama; acostumar una cena pesada, ingerir alcohol, cafeína, líquidos en exceso antes de dormir; consumir tabaco, usar ropa incómoda.

Los medicamentos para inducir el sueño, como los sedantes hipnóticos, tienen una gran demanda entre las personas adultas mayores, lo que suma, en la mayoría de las ocasiones, una más a su ya larga lista de pastillas. Sin embargo, no es el único recurso auxiliar para estos trastornos, ya que

existe una serie de importantes medidas complementarias para ayudar a frenar este problema. Se habla específicamente de la higiene del sueño, la cual considera el cambio de hábitos y modificaciones ambientales.

Recomendaciones para mejorar el sueño:

- Mantener un horario regular para acostarse y levantarse
- Hacer ejercicio físico de forma regular durante el día; evitarlo antes de ir a la cama
- Procurar una alimentación equilibrada excluyendo las cenas pesadas
- Cenar alimentos que lo faciliten, como leche y sus derivados, frutos secos, plátano, cereal, atún
- Utilizar la cama solo para dormir, no para leer, ver televisión o utilizar el celular
- Ir a la cama sólo cuando se tenga sueño
- Si no se puede dormir y han pasado alrededor de 30 minutos, es mejor levantarse y trasladarse a otra habitación a leer, escuchar música o realizar otra actividad relajante. Cuando se sienta sueño, regresar a la cama y tratar de no pensar en que no puede descansar
- Evitar las siestas, mantenerse ocupado con una actividad relajada mientras se hace la digestión
- Conservar una temperatura adecuada en el dormitorio
- Tratar de aislar los ruidos que perturben el sueño, oscuridad o una luz tenue
- Vestir ropa cómoda para dormir, una cama y colchón de lo más confortable posible
- Mantener el dormitorio ventilado durante el día

Este apartado concluye afirmando que el aseo y el cuidado personal son fundamentales. De ambos factores dependen mucho la salud, la comodidad, el buen estado de ánimo, el sentirse bien y ser aceptado por los demás. El aseo y el cuidado personal ayudan o deterioran la autoestima y la integración social. Hay personas adultas mayores capaces de cuidarse a sí mismos respecto a su higiene personal, de su arreglo; otros necesitan ayuda, por lo que la o el cuidador requiere de paciencia, buena actitud, creatividad y conocimiento, respeto a su cultura y valores en todas las acciones y servicios que les proporciona. Deben tener presente las medidas

de seguridad para no lastimarlas o lastimarlos, o lastimarse a sí mismos; además de mucha comprensión, para respetar el pudor y la dignidad de la persona adulta mayor que requiere ayuda, en especial en aspectos de tanta intimidad.

Alimentación y nutrición

Alimentación y nutrición son palabras cuyo significado parece el mismo, aunque en realidad se refieren a dos componentes de un proceso complejo; en él intervienen tanto la naturaleza biológica y psicológica de la persona como su organización social y cultura. La alimentación abarca desde la obtención de los alimentos y bebidas en la naturaleza hasta el momento que se llevan a la boca, pasando por las etapas necesarias para transformarlas en platillos y bebidas. La nutrición, en cambio, es el efecto en el cuerpo, en general y en cada una de las células, en particular, cuando se aprovechan las sustancias y la energía contenida en los alimentos y las bebidas. Entender la nutrición requiere considerar la forma en la que el organismo emplea los aportes de la alimentación, incluyendo lo que gasta para mantenerse vivo y se destina al trabajo que representa moverse, cargar objetos o simplemente pensar y hablar. Desde luego, la adecuada nutrición depende en gran parte de la alimentación, pero también intervienen otros factores. Por ejemplo, si no se puede masticar bien la comida, pasan grumos grandes al estómago, difíciles de digerir y absorber, ocasionando que lo que se come sea eliminado sin provecho, a pesar de que fue tragado en cantidades adecuadas.

Es importante mencionar que durante el proceso de envejecimiento, la digestión y la absorción de los nutrimentos están disminuidas, comparadas con las personas adultas jóvenes. Esto lo causan la masticación deficiente, la disminución en la producción de saliva, la reducción en la generación de las sustancias que facilitan el proceso digestivo y el natural deterioro de la capa de mucosa que cubre el tubo digestivo. Sin embargo, lo anterior puede compensarse mediante la modificación de los hábitos alimenticios.

Por tanto, una alimentación suficiente en calidad y cantidad, considerando la actividad física y el género, es fundamental para mantener y mejorar el estado de salud y prevenir enfermedades en las personas adultas mayores. A su vez, el consumo inadecuado o insuficiente de alimentos acarrea adelgazamiento o sobrepeso, factores que implican riesgos para la salud.

La desnutrición por déficit de energía, cuya principal evidencia es el adelgazamiento del cuerpo, se presenta en porcentajes que van de 3% a 15% de la población adulta mayor, mientras que el sobrepeso afecta a más de 40% de las personas adultas mayores, aparentemente sanas que viven en sus casas. La frecuencia de desnutrición se incrementa hasta 60%

en casas de larga estancia o en personas adultas mayores que ingresan a hospitales por algún padecimiento agudo.

A continuación, se presentará la información básica sobre alimentación, nutrición y salud que debe tener la o el cuidador para brindar orientación a las personas adultas mayores.

Dieta y salud

Se ha demostrado que la alimentación asociada a la malnutrición (desnutrición, sobrepeso y obesidad) es un factor determinante para la presencia de padecimientos infecciosos y crónico-degenerativos, ya que los sujetos desnutridos, aunque sea solo porque no satisfacen sus necesidades de energía, tienen un sistema inmune deficiente que aumenta la susceptibilidad a las infecciones. Asimismo, las personas con sobrepeso tienen mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, problemas articulares y algunas variantes de cáncer.

Para prevenir estas deficiencias en la salud es recomendable consumir una dieta sana, cuyas principales características son:

- Satisfacer las necesidades de energía
- Ser de buena calidad y contener los nutrimentos necesarios para el organismo; son particularmente recomendables durante el proceso de envejecimiento las fuentes ricas en calcio, hierro, agua, fibra dietética y antioxidantes
- Estar equilibrada mediante la relación armoniosa de sus componentes; destaca la necesidad de que no contenga exceso de grasa
- Higiénica y acorde con las características biológicas, ideológicas, gustos, situación social, capacidad económica y experiencia previa con los alimentos de cada persona

La dieta rica en antioxidantes previene o modera los padecimientos antes señalados. También se ha demostrado que los alimentos generosos en fibra mejoran la digestión y previenen los padecimientos cardiovasculares, mientras que la ingesta suficiente de calcio previene o limita la evolución de la osteoporosis; a su vez, el consumo de hierro hace lo mismo respecto a la anemia.

Fuentes de calcio y hierro para la dieta

La dieta de la persona adulta mayor debe contener cantidades suficientes de calcio; la finalidad es prevenir o evitar la evolución acelerada o el agravamiento de la osteoporosis. Cuando esto se logra, el cerebro recibe la señal de que hay suficiente de este elemento en la sangre y

evita recurrir al de los huesos, ya que en caso de hacerlo provocaría que estos se tornen frágiles. Es importante conocer cuáles son los alimentos ricos en este mineral para incorporarlos en la dieta, como los charales, el amaranto, la leche y sus derivados. Por su parte, la carne, el hígado y la mayoría de verduras de hoja verde contienen cantidades suficientes de hierro.

Problemas especiales

Las personas adultas mayores suelen presentar problemas que requieren cambios en su alimentación:

- Dificultades respecto a la masticación, la deglución y la digestión
- Enfermedades como obesidad, hipertensión, diabetes, artritis, gota y otros
- La necesidad de usar sondas

La o el cuidador debe saber enfrentar los problemas en la ingesta de alimentos y actuar en caso de urgencia. Muchas personas adultas mayores tienen enfermedades y requieren una alimentación especial.

Cuando la persona adulta mayor es alimentada por sonda, el papel de la o el cuidador es muy importante en la higiene de las fórmulas, de las sondas y de su permeabilidad para evitar que se tapen.

Problemas de masticación y deglución

La dificultad más común para masticar los alimentos obedece a la falta de piezas dentales o que estén flojas, a prótesis incómodas o mal adheridas o a la presencia de dolor, ya sea por caries, gingivitis, abscesos bucales u otras causas. Es importante que la o el cuidador observe si la persona adulta mayor tiene dificultad para masticar los alimentos. Si así fuera, debe identificar el origen posible e informar a las y los familiares u odontólogos u odontólogos a fin de que sea atendida.

En tanto se resuelve el problema, es necesario que la o el cuidador busque alimentos y platillos de consistencia más blanda, que se corten en pedazos menores o se hagan puré, que disminuyan la necesidad de masticar, pero mantengan la alimentación y conserven el estado nutricional.

En cuanto a la dificultad para tragar, suele manifestarse por babeo, lentitud, incapacidad para masticar —cuyo origen no es dental—, mantener en la boca los alimentos por periodos largos, la necesidad de vomitarlos o la regurgitación (regreso) hacia la boca y/o nariz.

Los alimentos triturados en pequeñas porciones ayudan a evitar ahogamiento o su permanencia en la boca. Cuando existen problemas de

deglución (para tragar) se presenta el riesgo del ahogamiento; además, la persona adulta mayor evita comer y se desnutre. También deben evitarse los alimentos que pudieran pegarse al paladar, como plátano, migajón u otros de consistencia semejante.

Para mejorar la capacidad de tragar es necesario que la persona adulta mayor esté sentada con la espalda bien apoyada y la cabeza hacia adelante. Esta posición evita que se atragante. En el momento de comer, es prudente pedirle que:

- Muerda o pase todo el alimento a la boca
- Mastique el alimento hasta sentir que lo puede tragar
- Mantenga un momento la respiración
- Trague

La o el cuidador puede ayudar a la persona adulta mayor a mejorar su capacidad para deglutir. Para lograrlo debe iniciar su labor acercándole, primero, alimentos muy suaves, como gelatina y yogurt; posteriormente, frutas y sopas, y si mejora su capacidad para tragar, pequeñas porciones de verduras, pescado, pollo o carne.

Cuando la persona mayor esté sentada en la cama o en la mesa y la o el cuidador lo alimenta en la boca, debe acercarle la comida de abajo hacia arriba, nunca desde arriba.

Ahogamiento de la persona adulta mayor

Si en cualquier momento, en particular durante la comida, la persona adulta mayor comienza a ahogarse, es casi seguro que una porción de alimento se le ha atorado.

Es el momento de actuar. Si está tosiendo fuerte y respira, espere, dele palmadas suaves en la espalda y tal vez el problema se resuelva.

Si pasa medio minuto sin mejorar, busque de inmediato ayuda de emergencia y, mientras tanto, realice la maniobra de Heimlich:

- Cierre la mano formando un puño
- Abraze a la persona adulta mayor por la espalda y coloque el dedo pulgar en medio del abdomen (arriba del ombligo y debajo de la punta del tórax)
- Apriete fuerte el puño con la otra mano, al menos cinco veces, y continúe hasta que la persona expulse el alimento atorado o empiece a respirar

Necesidades especiales de alimentación

Entre las personas adultas mayores es significativo el porcentaje de quienes sufren de sobrepeso, obesidad, hipertensión, diabetes, artritis, gota u otras enfermedades crónicas. Cada uno de estos padecimientos requiere una dieta especial dictada por la o el médico o la o el nutriólogo.

Todas las personas, en particular las de la tercera edad, requieren: consumo prioritario de verduras y fruta, reducir la cantidad de grasa, sal y alimentos con azúcar, además de evitar productos procesados y enlatados.

Alimentación por sonda

En algunos casos, la persona adulta mayor no puede comer por la boca y debe alimentársele mediante sonda nasogástrica —que va de la nariz al estómago— o directamente mediante una incisión en el abdomen hacia el estómago. La sonda la coloca la o el médico y debe lavarse y mantenerse en condiciones higiénicas de acuerdo con sus indicaciones. En su caso, cuidar la incisión de la piel para evitar posibles infecciones.

Los alimentos introducidos por sonda son, usualmente, fórmulas comerciales que deben almacenarse según las instrucciones incluidas en su etiquetado y manipularse con gran cuidado, pues cualquier descuido provoca graves infecciones en la persona adulta mayor.

Para las personas adultas mayores la comida es uno de los momentos más importantes del día: rompe la rutina, la obliga a cambiar de lugar, le hace esperar un momento grato, le proporciona placer.

Lista de alimentos ricos en calcio

Tipo de alimento	Alimento	Tamaño de porción	Contenido en miligramos (mg) de calcio por ración
Cereales	Hojuelas de avena	½ taza	25 mg
	Tortilla de maíz	Una pieza	60 mg
	Masa de maíz	100 g	75 mg
	Pan de caja	1 pieza	25 mg
Leguminosas	Frijol cocido	½ taza	120 mg
	Garbanzo	½ taza	25 mg
	Ajonjolí	30 g	180 mg
Frutos secos	Pasas	¼ taza	25 mg
	Almendras	30 g	180 mg

Tipo de alimento	Alimento	Tamaño de porción	Contenido en miligramos (mg) de calcio por ración
Leche y derivados	Leche	1 vaso o taza de 250 ml	291 mg
	Yogurt	¾ de taza	300 mg
	Queso cottage	½ taza	63 mg
	Queso manchego	25 g	272 mg
	Queso fresco	45 g	320 mg
	Requesón	60 g	55 mg
	Queso oaxaca	60 g	282 mg
	Helado de leche	½ taza	88 mg
Productos animales	Acociles	30 g	975 mg
	Sardinas	30 g	135 mg
	Camarón seco	50 g	342 mg
	Camarón cocido	100 g	144 mg
	Charales frescos	30 g	1180 mg
	Boquerones	50 g	280 mg
	Huevo	1 pieza	27 mg
Verduras	Hierba mora	100 g	276 mg
	Hojas y guías de calabaza	100 g	149 mg
	Papaloquelite	100 g	361 mg
	Cilantro	100 g	108 mg
	Malva	100 g	247 mg
	Chipilín	100 g	368 mg
	Semillas de guajes verdes	100 g	158 mg
	Espinacas	1 taza	168 mg
	Hoja de chaya	100 g	320 mg
	Huazontle	100 g	147 mg
	Nopal	100 g	90 mg
	Quelites en general	100 g	230 mg
	Berros	100 g	160 mg
Fruta	Naranja	1 pieza	60 mg
	Tuna	2 piezas	50 mg
	Tejocote	100 g	94 mg
	Tamarindo	100 g	139 mg

Como guía general, es importante saber que las necesidades de calcio son de 2000 mg por día en mujeres mayores de 40 años, y hacia los 60 años, hombres y mujeres deben consumir 1200 mg diariamente. Ingerir alimentos ricos en calcio evita que se recurra a medicamentos para obtener los beneficios que aporta este mineral.

El hierro también se debe consumir en cantidades suficientes para evitar la anemia, es decir, la disminución de la capacidad de la sangre para transportar oxígeno hasta cada una de las células. La anemia es la

disminución absoluta o relativa en la sangre de hemoglobina, la cual se encuentra en los eritrocitos o glóbulos rojos. En términos generales, la anemia se presenta por la pérdida de sangre, por ejemplo: una herida, sangrados de órganos del cuerpo, la presencia de parásitos intestinales que se alimentan de ella, o debido a la insuficiente producción originada por una dieta con cantidades deficientes del mineral, proteínas o algunas vitaminas.

Alimentos ricos en hierro

Tipo de alimento	Con entre 1 y 2 mg de hierro por ración	Con entre 2 y 3 mg de hierro por ración
Cereales	1 taza de avena ½ taza de centeno 1 taza de cereal para bebé 1 taza de elote 1 cucharada de germen de trigo 1 tortilla	100 g de amaranto
Verduras	1 taza de acelga 1 taza de brócoli 1 taza de calabacitas 1 taza de espinacas 1 taza de huazontle 1 taza de quelites 1 taza de zanahoria	
Frutas	1 chirimoya 6 orejones de durazno 2 cucharadas de pepitas de calabaza	3 orejones de higo ½ taza de pasitas
Leguminosas		½ taza de frijoles
Productos de origen animal	100 g de mojarra 100 g de pollo	1 huevo 30 g de moronga

Fuente de fibra para la dieta

La ingesta suficiente de alimentos ricos en fibra dietética, además de favorecer la función intestinal normal, evita el estreñimiento o constipación; previene o mejora padecimientos cardiovasculares, al disminuir la concentración de colesterol en la sangre, la diabetes mellitus, al retardar la absorción intestinal de la glucosa y el cáncer de intestino grueso, al evitar la absorción de sustancias tóxicas cancerígenas.

La fibra dietética se encuentra en frutas, verduras, granos y cereales. Es necesario que las personas adultas mayores consuman diariamente de 10 a 25 g.

Alimentos ricos en fibra dietética, con más de 3 gramos por ración

Tipo de alimento	Ración y alimento	Ración y alimento
Cereales	<ul style="list-style-type: none"> ½ taza de elote dulce ½ taza de hojuelas de maíz 1/3 de taza de salvado de trigo 	<ul style="list-style-type: none"> 3 cucharadas de cebada ½ taza de harina integral de trigo 1 pieza de pan integral
Leguminosas	<ul style="list-style-type: none"> ½ taza de frijoles cocidos ½ taza de lentejas ½ taza de chicharos ½ taza de garbanzo 	<ul style="list-style-type: none"> ½ taza de semillas germinadas (lenteja, soya, etc.)
Nueces y frutos secos	<ul style="list-style-type: none"> ½ taza de nueces ½ taza de dátiles ½ taza de almendras 	<ul style="list-style-type: none"> ½ taza de pasas ½ taza de cacahuates ½ taza de orejones de cualquier fruta
Verduras	<ul style="list-style-type: none"> ½ taza de brócolis ½ taza de calabacitas de Bruselas ½ taza de espinacas o acelgas ½ taza de amaranto o huazontle 	<ul style="list-style-type: none"> ½ taza de cilantro ½ taza de col ½ taza de coliflor ½ taza de lechuga
Frutas	<ul style="list-style-type: none"> 3 chabacanos 3 guayabas 1 naranja 1 toronja 1 pera ½ plátano 1 mango 	<ul style="list-style-type: none"> 4 ciruelas pasas 3 higos 3 limones ½ taza de moras ½ taza de nopales 1 manzana 2 tunas

Se ha popularizado el consumo de salvado y de hojuelas de avena, presentes en cereales industrializados como fuente importante de fibra, pero es recomendable que se acompañe del consumo de cantidades adecuadas de líquido, sobre todo, considerando que con el envejecimiento disminuye el reflejo de la sed. Aunque estos productos ofrecen recetas para incorporarlos en platillos sabrosos, no se deben olvidar las demás fuentes de fibra dietética y que no son su única o mejor origen. De hecho, es innecesario consumirlos si la dieta proporciona fibra en cantidades suficientes, basta escoger la fruta y verdura donde abunde, ya que además, de estas se obtienen antioxidantes, vitaminas y nutrimentos inorgánicos necesarios para la salud.

Cómo beber agua suficiente

El consumo suficiente de agua es fundamental para la digestión y absorción de los alimentos, además evita problemas digestivos como el estreñimiento. No se debe olvidar que durante el envejecimiento disminuye el reflejo de la sed, de ahí que debe vigilarse el consumo mínimo de 1500 a 2000 ml de agua durante el día, lo que representa de 6 a 8 vasos.

Es importante recordar que cuando se dice: consumir agua, se refiere a las muchas maneras de obtenerla en la dieta: agua natural o en forma de jugos, aguas de frutas, infusiones, té, café, refrescos, atole, leche y otras. Es preciso puntualizar que si se aumenta el consumo de agua no se haga lo mismo con el azúcar, presente en los refrescos, la que se añade al café o las aguas de frutas, así como a la grasa de la leche. A quien no le guste el agua simple, recuerde que en México existen varias plantas que, preparadas en infusión y después enfriadas, brindan un rico sabor al agua, sin necesidad de añadir endulzante; por ejemplo, el té de limón o las hojas de naranja.

Los antioxidantes en la dieta

Un antioxidante dietario es una sustancia presente en los alimentos que disminuye significativamente los efectos adversos de los radicales libres (moléculas muy peligrosas que al intentar estabilizarse le roban un electrón a las moléculas estables). Los antioxidantes provienen básicamente de las frutas, las verduras y de algunas bebidas, en especial del vino tinto, el jugo de uva y el té negro y verde. El consumo de estos alimentos protege las células y el organismo del daño oxidativo y, en consecuencia, previene o mejora la evolución de padecimientos cardiovasculares, diabetes mellitus, artritis, cataratas y cáncer.

Los antioxidantes dietarios más importantes son las vitaminas A, C y E, el selenio y los polifenoles. Por tal motivo, las personas adultas mayores deben procurar el consumo de alimentos ricos en ellos.

- Vitamina E (alfa-tocoferol) proviene sobre todo de los aceites vegetales (olivo, soya, maíz y cártamo), de las nueces, el germen de trigo, los cereales y la aceituna. En cambio, las carnes, el pescado, la grasa animal y la mayoría de las frutas y verduras contienen poca cantidad de ella
- La vitamina C (ácido ascórbico) es un antioxidante presente en muchas hortalizas y frutas, entre las más comunes destacan: guayaba, naranja, toronja, jitomate, limón, tamarindo, kiwi, ajo y espinaca
- La vitamina A (beta- caroteno) abunda en la zanahoria, calabaza amarilla, maíz, jitomate, papaya, hígado, leche y sus derivados; en distintas variedades de pescado como arenque, sardina, atún y salmón

- El selenio se halla en vegetales verdes como el brócoli, cereales (maíz, arroz, trigo), pescado, vísceras (riñones e hígado de res) y mariscos
- Los polifenoles se encuentran en las frutas y verduras, por ejemplo: manzana, uvas oscuras (principalmente en la piel u hollejos), cebolla y en bebidas como el té negro y verde, vino tinto y jugo de uva

El control de la grasa en la dieta

Las personas adultas mayores deben disminuir el consumo de grasas totales, principalmente las saturadas (sólidas como la manteca y la contenida en carnes rojas). Asimismo, es recomendable que incrementen el consumo de ácidos grasos omega 3, los cuales previenen y mitigan los padecimientos cardiovasculares; se encuentran en cantidades suficientes en los pescados, sobre todo los de aguas profundas. Por otro lado, se recomienda el uso de aceites vegetales (maíz, cártamo, girasol) para la preparación de los alimentos, ya que son ricos en ácidos grasos poliinsaturados, los cuales evitan y aminoran los padecimientos cardiovasculares. El aceite de oliva es rico en ácido oleico (ácido graso monoinsaturado) y tiene, además, una función antioxidante.

Alimentos con alto contenido de grasas saturadas o colesterol

Aceite de coco	Helado de crema	Quesos grasosos
Barbacoa de cordero	Hígado de pollo	Riñones de res
Cacahuates	Salchichas	Huevo entero
Carne de puerco	Manteca de puerco	Sesos de res
Carne de res	Leche entera	Vísceras
Coco rallado	Mantequilla	Yogurt entero
Embutidos	Pollo con piel	

Para interpretar esta tabla en forma debida deben recordarse cuatro puntos importantes:

- No consumir las grasas sólidas de origen animal: manteca, mantequilla, margarina o la que contiene el chicharrón. Aunque la mayonesa se hace con grasas vegetales y huevo, conviene consumirla en cantidades muy limitadas
- Algunos de los alimentos con alto contenido en grasas y colesterol tienen algún otro nutrimento cuyo consumo es recomendable, así que pueden incorporar a alimentación en cantidades moderadas, por ejemplo: hígado o carnes de res y puerco

- Los lácteos tienen la ventaja de que los procesos industriales les extraen las grasas de manera total o parcial. Por esta razón, consumir leche descremada o al menos semidescremada, ofrece la ventaja de aprovechar sus proteínas y vitaminas, pero no ingerir sus grasas. Lo mismo puede decirse de los quesos cottage, panela, ricota, mozzarella, requesón o del yogurt sin grasa. En cambio, conviene limitar el consumo de quesos grasosos
- La proteína de la clara de huevo es de excelente calidad, pero la yema contiene cantidades importantes de grasa y colesterol. En caso necesario, se separan la yema y se consumen las claras en la forma que se prefiera

Es aconsejable usar solo la cantidad indispensable de aceite en la preparación de los platillos y evitar el consumo de demasiados alimentos fritos, aunque no se les vea la grasa, como en el caso de muchos productos industrializados, por ejemplo: las papas y las frituras de maíz o trigo.

Mitos de la alimentación de la persona adulta mayor

Según la cultura a la que pertenezcan las personas adultas mayores, se generan conceptos inadecuados y malentendidos relacionados con muchos aspectos de la vida, pero en particular respecto de la alimentación. En muchas ocasiones son ideas equivocadas transmitidas de una generación a otra o entre amigos. En estos casos, la o el cuidador se encargará de brindar información adecuada y canalizará a la persona adulta mayor con las o los profesionales autorizados para que los asesoren e informen.

En los párrafos siguientes se abordan los mitos más comunes respecto a la alimentación de las personas adultas mayores.

La persona adulta mayor es incapaz de cambiar sus hábitos: esta aseveración no es del todo correcta, ya que acepta hacerlo si se le proponen, explican y justifican los cambios de hábitos “reales”, pero de manera congruente con su situación económica y forma de vida y, si además se evitan dietas poco prácticas o desagradables, se respetan, en lo posible, sus alimentos predilectos para que la dieta no sea monótona, molesta o se asocie con enfermedad alguna.

Las personas adultas mayores siempre tienen mala digestión: es imperativo recordar que los cambios biológicos del envejecimiento reducen la absorción de los alimentos y retardan los movimientos intestinales, lo cual puede compensarse con el consumo suficiente de agua (de 6 a 8 vasos) y de alimentos en forma fraccionada (tres veces al día, en poca cantidad y dos colaciones intermedias), además de caminar un mínimo de 15 minutos después de cada alimento y procurar el consumo suficiente de frutas y

verduras ricas en vitaminas, nutrimentos inorgánicos, fibra dietética y antioxidantes.

Las personas adultas mayores necesitan dieta especial: la dieta que se proponga debe ser de tipo familiar. La meta es que la persona adulta mayor no se sienta marginada, ya que al preparar comidas o platillos especiales se propician problemas familiares y, en consecuencia, se abandonan. Un aspecto que considerar en la elección de la dieta es la condición de salud de la boca y solo cuando la o el médico o dentista lo indique se le podrá administrar la dieta picada o molida, lo que por fortuna es poco frecuente o durante poco tiempo. Es fundamental recordarlo: suele ser más barata una dieta sana que una desequilibrada.

A las personas adultas mayores les hace daño la leche: en ocasiones, las limitaciones económicas obligan a la familia a proporcionar la leche solo a las niñas y niños; además, con frecuencia un alto porcentaje de personas adultas mayores no toleran el azúcar natural de la leche (lactosa) porque les provoca distensión abdominal, gases y diarrea. No obstante, si la persona adulta mayor tiene posibilidad de ingerirla y no le ocasiona molestias, es recomendable que la consuma por su alto contenido en calcio. Si la persona adulta mayor tiene intolerancia a la lactosa puede tomarla deslactosada o consumir yogur, en el que los bacilos lácticos o bífidos se encargan de consumir el dulce del lácteo. También existe la opción de ingerirla descremada o semidescremada, si se requiere limitar el consumo de grasa. Vale la pena recordar que la leche se consume no solamente líquida, sino en forma de quesos, requesón, yogur, jocoque y otros productos lácteos. Conviene evitar solo los grasos, como la mantequilla, la crema y los quesos de ese tipo.

Las personas adultas mayores deben de comer papillas: como ya se mencionó, solo cuando lo indique el dentista se deben administrar los alimentos picados o molidos a las personas adultas mayores. En general pueden comer los mismos comestibles que las personas adultas jóvenes, aún con pérdidas dentales si acuden a revisión y ajuste de su prótesis, por lo menos una vez al año. Cocinar de manera adecuada los hace más suaves e ingeribles.

Las personas adultas mayores tardan mucho en comer porque ya no les gusta nada: con frecuencia las personas adultas mayores ingieren medicamentos que les altera el sentido del gusto. Esto les impide saborear o disfrutar los alimentos. Deben masticar muy bien la comida para evitar problemas digestivos, de ahí que con frecuencia tarden más en comer que las personas adultas jóvenes. Por tanto, que no se les debe de presionar ni dejar solas durante esta actividad. También debe de procurarse preparar platillos atractivos para la vista y gratos al paladar. Es crucial evitar la monotonía.

Las personas adultas mayores piensan que estar a dieta significa evitar el consumo de todos sus alimentos favoritos: es frecuente pensar que una dieta sana equivale a muchas prohibiciones y evitar determinados alimentos. En realidad, lo que debe buscarse es la combinación de la mayor variedad de ellos, en cantidades modestas, con la meta de asegurar que en las raciones se incluirán los nutrimentos necesarios, pero sin excesos. Una recomendación fundamental es evitar la monotonía, o sea, comer y beber siempre lo mismo.

Lineamientos generales para la alimentación durante el envejecimiento

El establecimiento de dietas rígidas propicia su abandono porque resulta complicado adoptarlas como hábitos; además, su alto costo genera malestar e insatisfacción entre las personas y sus familiares pues no pueden cumplirlas. Por esta razón, se considera inconveniente establecer lineamientos generales para la alimentación durante esta etapa que pudieran adoptarse como hábito, sin la rigidez de una dieta estricta, con la finalidad de que esta forma sana de comer la adopte toda la familia. Esta última meta requiere considerar las posibilidades económicas y preferencias por algunos alimentos del grupo familiar.

- La persona adulta mayor, dentro de lo posible, debe comer acompañada
- En términos generales, la dieta debe ser similar para toda la familia
- La dieta se debe fraccionar en cinco tiempos, con poca cantidad, pero mucha variedad (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena)
- Consumir un mínimo de dos vasos de leche al día (de preferencia descremada o semidescremada) o su equivalente de calcio
- Incluir en el desayuno o la cena el consumo de cereal de avena o maíz con leche; incluir una cucharada de salvado y fruta, plátano o manzana, o cualquier otra fuente de fibra dietética
- Eliminar de la dieta el consumo de manteca de cerdo, mantequilla y cualquier otra grasa sólida de origen animal
- De preferencia, cocinar los alimentos con aceite de olivo, aunque también son recomendables los de maíz, girasol, soya, canola o cártamo
- Incluir en la dieta el consumo de pescado, por lo menos dos veces por semana, si a la persona le gusta este producto
- Evitar, en lo posible y como máximo una vez a la semana, el consumo de carnes rojas, sustituyéndolas por pollo, avestruz, conejo, guajolote o pavo

- Incluir en la dieta un mínimo de dos raciones diarias de fruta y verduras ricas en antioxidantes
- Sustituir el café por té negro o verde
- Se recomienda el consumo de una a dos copas de vino tinto o de jugo de uva (60-120 ml) durante la comida. En el caso del vino, excepto para las personas con antecedentes de alcoholismo o catalogados como bebedores problema (incapaces de tomar solo una copa), que tengan algún padecimiento hepático o que estén bajo algún tratamiento médico. En este caso, lo más recomendable es el jugo de uva
- Tomar un vaso de agua, en la forma que sea (200 ml), cada tres horas

Riesgo de polifarmacia y automedicación

La polifarmacia se ha definido como el consumo diario de cuatro o más fármacos. Un elevado consumo de medicamentos implica mayor riesgo de utilizarlos inadecuadamente, ya que las posibles combinaciones de dos fármacos, a partir de un tratamiento con varios, es un factor de riesgo para la o el paciente. En la literatura médica se ha reportado que el promedio de utilización de medicamentos en mayores de 65 años, en áreas metropolitanas, es de dos a cinco productos por día, y un tercio de la población de personas adultas mayores toma más de cinco medicamentos de forma simultánea; por esta razón se considera que esta población está expuesta a un elevado riesgo de presentar interacciones farmacológicas y efectos adversos. Ambas situaciones son prevenibles, en términos generales; sin embargo, no suelen detectarse oportunamente y, por lo tanto, en muchos casos no se adoptan medidas para evitarlos. Aquí la o el cuidador adquiere un papel importante, ya que junto con la o el médico de la o el paciente, en cada consulta, propondrán estrategias para que se prescriban los fármacos de una forma razonable a fin de identificar oportunamente interacciones farmacológicas y efectos adversos.

Estrategias para mejorar la prescripción de medicamentos en personas adultas mayores:

- Emitir un diagnóstico preciso y un objetivo terapéutico claro
- Considerar tratamientos no farmacológicos
- Revisión periódica de la medicación (incluir plantas medicinales, medicamentos sin receta y suplementos dietéticos)
- Interrumpir terapias innecesarias (sólo puede realizarlo una o un médico)
- Considerar como posibles reacciones adversas de medicamentos cualquier nuevo síntoma (confusión, caída, incontinencia urinaria, cambios de comportamiento, depresión, etc.)
- Sustituir por opciones más seguras
- Usar dosis recomendadas en personas adultas mayores
- Vigilar fármacos problemáticos (digoxina, anticoagulante, etc.)
- Promover el apego al tratamiento

Preguntas que debe hacer la o el cuidador a la o el médico respecto de los fármacos recetados a la persona adulta mayor:

- ¿Es necesario el fármaco?
- ¿Qué medicamento debe evitarse?
- ¿Qué tipo de reacción se espera?
- ¿En qué forma de presentación debe conseguirse?
- ¿Cuál es la dosis, cuántas veces al día debe suministrarse, a qué intervalo y cuánto debe durar el tratamiento?
- ¿Es pertinente informarle a la o el paciente sobre sus medicamentos?

La automedicación se refiere a la administración de medicamentos comerciales, homeopáticos, herbolarios y tratamientos naturistas con fines curativos, sin indicación ni vigilancia médica, lo cual constituye un riesgo potencial para la salud. Esta conducta inadecuada se observa con mayor frecuencia en los países en donde no existe control ni vigilancia sobre ellos, como es el caso de México.

Por otro lado, el envejecimiento se acompaña de cambios en la composición corporal que influyen en la concentración y el efecto del medicamento en el organismo: la grasa corporal aumenta, el tejido muscular y la proporción de agua disminuyen.

En general, los fármacos más utilizados entre las personas adultas mayores responden a las enfermedades más comunes en nuestro país. Entre ellos destacan los hipoglucemiantes orales para diabetes, hipotensores para la hipertensión arterial, analgésicos para dolor osteoarticular, etcétera.

Además, existen diversos factores agregados que impulsan a las personas adultas mayores a tomar una cantidad extra de medicamentos, entre ellos destacan:

- Dolor crónico
- Problemas de memoria
- Dependencia psicológica a los fármacos
- Trastorno del sueño
- Polipatologías (varias enfermedades al mismo tiempo)

La automedicación es un problema de riesgo potencial para la salud durante el envejecimiento. Esto debe tenerlo presente la o el cuidador

en todo momento; se debe insistir a las personas adultas mayores y a su familia sobre la inconveniencia de consumir medicamentos recomendados por amigas, amigos, familiares, empleadas o empleados de farmacia y tiendas naturistas, ya que la autoadministración de cualquier producto sin indicación ni vigilancia médica constituye un riesgo para la salud; no obstante, está a nuestro alcance evitarlo.

No existe ningún medicamento anti envejecimiento ni curatodo, de ahí que las mejores medidas para lograr un envejecimiento saludable siguen siendo una buena nutrición, ejercicio físico e higiene del sueño.

El efecto de los fármacos en personas adultas mayores, con respecto de las personas adultas jóvenes, es diferente por completo. La polifarmacia y la automedicación implican tal gravedad que pueden provocar desde problemas de orientación, delirium (ver personas, objetos, etcétera, y escuchar cosas y sonidos inexistentes), vértigo, mareo, pérdida de memoria, caídas e incluso llevar a la muerte a la o el paciente. Estas complicaciones no son raras y podrían presentarse por el uso de antibiótico. No necesariamente las generan fármacos raros o de tipo controlado.

Como se ha visto, en general la utilización de fármacos es delicada a cualquier edad, pero es especialmente difícil en las personas adultas mayores, por lo cual la responsabilidad de agregar o de excluir medicinas deberá estar a cargo de la o el médico.

Enfermedades más frecuentes durante el envejecimiento

Las enfermedades crónicas en la vejez y sus repercusiones en la funcionalidad física, mental y social son susceptibles de evitar, diferir o controlar mediante acciones prácticas a cargo de las y los cuidadores. Por tal motivo, es conveniente que tengan conocimientos básicos sobre los padecimientos crónicos más frecuentes durante el envejecimiento, así podrán establecer acciones preventivas para su detección oportuna y control. La finalidad es disminuir su frecuencia. También evitar o diferir la aparición de sus complicaciones y, en consecuencia, mejorar la calidad de vida de esta población.

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es uno de los padecimientos más frecuentes en las personas adultas mayores: una de cada cinco personas adultas mayores cursa con esta alteración. La enfermedad suele acompañarse de complicaciones en el corazón, el riñón, los ojos y la circulación de miembros inferiores y superiores. Ocupa el tercer lugar como causa de muerte en mayores de 65 años.

Este tipo de diabetes es provocada por la disminución en la producción o acción inadecuada (resistencia) de una hormona llamada insulina, que se produce en el páncreas y tiene como función principal permitir la entrada del azúcar (glucosa) al interior de la célula que la utiliza como combustible para llevar a cabo de manera adecuada sus funciones. El exceso de azúcar fuera de la célula provoca alteraciones en las arterias, lo que propicia afectaciones en el corazón, el cerebro, el riñón, los ojos y los pies.

El trastorno se divide en tipo 1 o insulino dependiente —ocurre con mayor frecuencia en personas jóvenes— y la de tipo 2 —más usual en las personas adultas mayores. Las molestias (síntomas) que sugieren la presencia de diabetes mellitus en personas adultas jóvenes son la ingesta en exceso de agua (polidipsia), orinar fuera de lo habitual (poliuria), comer mucho (polifagia) y pérdida de peso. No obstante, en las personas mayores no siempre se presentan dichas alteraciones debido a los cambios del organismo como parte del proceso de envejecimiento. Por tal motivo, el diagnóstico de diabetes mellitus se establece cuando la persona adulta mayor presenta síntomas de diabetes y una glicemia al azar mayor de 200 mg/dl, o si la persona presenta glucosa en sangre en ayuno igual o mayor

de 126 mg/dl en un mínimo de dos ocasiones, independientemente de que tenga síntomas o no. Aunque en la actualidad, con fines preventivos, una persona adulta mayor con cifras de glucosa en sangre en ayuno entre 113 y 125 mg/dl debe manejarse con dieta y ejercicio físico para mantener sus niveles de glucosa por debajo de 113 mg/dl (entre 80 y 100 mg/dl).

Las principales medidas y cambios en el estilo de vida que se deben adoptar para evitar la aparición de la diabetes mellitus son:

- Realizar ejercicio físico gradual, continuo y supervisado
- Mantener un peso adecuado
- Dieta con restricción en grasas, carbohidratos y rica en verduras y antioxidantes (brócoli y jitomate)

Para detectar oportunamente la diabetes mellitus, todas las personas adultas mayores se deben practicar una medición de glucosa en ayuno cada 6 meses con tiras reactivas y, cada año, mediante una cuantificación más precisa de laboratorio, aunque no tengan ninguna molestia.

Las principales complicaciones de la diabetes mellitus son:

- Hipertensión arterial
- Problemas circulatorios y cardiacos (infarto del miocardio y embolia cerebral)
- Afecciones del riñón (insuficiencia renal e infecciones de vías urinarias).
- Alteraciones de los ojos (en la retina, cataratas y glaucoma)
- Afectación en la circulación de los pies (pie diabético, amputaciones)

La prevención de estas complicaciones, además de la dieta, el ejercicio y el control de peso, demanda mantener una vigilancia estricta de los niveles de azúcar y grasas (lípidos) en la sangre.

Por otro lado, la o el paciente con diabetes mellitus debe estar consciente de que su enfermedad es crónica y puede ser controlada con un buen pronóstico y si cumple con las medidas dietéticas, de ejercicio y control de peso, las cuales deben complementarse con medicamentos cuando se requiera. Debe evitar tratamientos no convencionales que ofrezcan una cura definitiva.

Una medida práctica respecto al manejo de medicamentos es que nunca tome la medicina para bajar el azúcar cuando no ingiera alimento, ya que es causa frecuente de hipoglicemia (niveles bajos de azúcar en sangre, menores de 60 mg /dl), lo que provoca mareos, aumento de la frecuencia

cardíaca, inquietud, nerviosismo, sudoración y somnolencia, con riesgo de llegar hasta el coma (pérdida de la conciencia).

Es necesario resaltar la importancia de mantener el tratamiento indicado por la o el médico, y por ningún motivo suponer que control es igual a curación. El ejercicio físico moderado, como la caminata o bicicleta fija por 30 a 40 minutos al día, una dieta baja en calorías y grasas, rica en frutas y verduras son elementos fundamentales en el manejo de la diabetes mellitus.

Una prueba de supervisión (monitoreo) de los niveles de glucosa en sangre con mayor precisión es la medición de la hemoglobina glicosilada, la cual revela su comportamiento en las últimas 8 a 12 semanas, a diferencia de la glucosa en ayuno que indica la concentración del azúcar en la sangre del momento en el que se midió; además de que el resultado se ve influido por la dieta del día anterior o eventos biológicos y psicológicos (estrés, enfermedades agudas) que pueden afectar los valores reportados. Actualmente, en las instituciones públicas de salud ya se incluye como parte del control de la o el paciente diabético.

La o el cuidador deberá:

- Establecer un programa de detección y vigilancia (monitoreo) para la persona adulta mayor con diabetes mellitus; empleará tiras reactivas cada tres meses y, cuando sea necesario, cada mes
- Elaborar un registro del control de los niveles de glucosa, peso y presión arterial
- Proponer un programa con asesoría profesional (nutrición, médica, médico, terapia física) para mantener un peso adecuado, modificar los hábitos de alimentación y adoptar una rutina de ejercicio físico

Cáncer (neoplasias malignas)

El cáncer es uno de los padecimientos más frecuentes que ocurren durante el envejecimiento, casi la mitad de todas las neoplasias se presentan en las personas adultas mayores; representa la segunda causa principal de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. Por lo que las y los cuidadores deben tener los siguientes conocimientos básicos relacionados con dicho padecimiento:

- Comprender los cambios biológicos generales que caracterizan el cáncer
- Sitios corporales más frecuentes afectados por cáncer
- Medidas preventivas

- Signos y síntomas generales sugestivos de neoplasias malignas
- Métodos diagnósticos accesibles para detectarlo

Desde el punto de vista biológico, al cáncer lo caracteriza un crecimiento celular desordenado, acelerado e incontrolable (ilimitado), por tal motivo se detecta la mayoría de las veces como una tumoración (masa o crecimiento anormal de tejidos).

En términos generales, las células cancerosas pierden la función para la que estaban programadas y se especializan en reproducirse anormalmente, provocando alteraciones funcionales al órgano atacado afectando, además, los órganos adyacentes por compresión o invasión. Al respecto, el cáncer iniciado en un sitio puede propagarse a otros órganos distantes (metástasis) debido a la estrecha vinculación funcional, estructural y al origen de las células.

Los sitios donde aparece con mayor frecuencia el cáncer son:

- Piel
- Estómago
- Pulmón
- Próstata (hombre)
- Cuello de la matriz y mamas (mujer)

Aunque las neoplasias malignas se instalan en cualquier órgano, las medidas preventivas contra el cáncer se orientan hacia los ajustes en el estilo de vida:

- Ejercicio diario moderado
- Alimentación adecuada en calorías (30 kcal/kg/día), rica en frutas y verduras antioxidantes (brócoli, jitomate, jugo de uva, jugo de zanahoria, etc.), complementos dietéticos con cereales de alto residuo (salvado), e incluir en la dieta el pescado por lo menos una vez por semana
- Mantener un peso adecuado
- Suspender el tabaquismo y el consumo de alcohol
- Evitar exponerse directamente al sol durante mucho tiempo
- Acudir con la o el médico por lo menos cada seis meses, aunque no se tenga ninguna molestia

- Para la detección de problemas prostáticos es recomendable que el paciente acuda con la o el médico una vez al año para que se realice una exploración prostática vía rectal y la medición del antígeno prostático
- La mujer debe acudir anualmente con su médico para que se le practique una exploración mamaria
- Tanto a la mujer como al hombre se les debe practicar una radiografía de tórax cada año

Los signos (alteraciones corporales objetivas y medibles) y los síntomas (molestias subjetivas) se presentan de acuerdo con el sitio afectado. Al respecto, los problemas prostáticos se manifiestan inicialmente con una disminución en el chorro de la orina; la persona refiere que le cuesta trabajo expulsar el líquido, que debe hacer esfuerzo (pujar) para sentir que ha orinado por completo, luego puede tener deseos frecuentes de orinar y quedarse con ganas de seguir haciéndolo. Esto puede evolucionar hasta que el individuo no pueda arrojar nada y requiera la instalación de una sonda vesical.

El cáncer de mama en la mujer se detecta, la mayoría de las veces, mediante la palpación de una tumoración mamaria, por lo que la persona debe aprender y llevar a cabo periódicamente la autoexploración de mamas, de preferencia cada mes; en ocasiones es necesario que la o el médico le indique la realización de una mamografía. También debe asistir a los servicios de medicina preventiva para la detección temprana de cáncer cervicouterino mediante el estudio citológico de Papanicolaou.

Por otro lado, la sintomatología tal vez sea inespecífica, así que la persona refiere:

- Malestar general
- Disminución del apetito (hiporexia)
- Pérdida de peso no intencionada
- Tos crónica de más de tres meses de duración
- Trastorno de las evacuaciones
- Confusión mental

Si una persona adulta mayor presenta esta sintomatología debe acudir con su médico.

El antecedente de tabaquismo —aunque en la actualidad ya no fume—, el tabaquismo pasivo (inhalar el humo de otra persona que esté fumando) y la inhalación de humo de carbón o leña en forma crónica constituyen factores de riesgo de cáncer pulmonar. Asimismo, la gastritis crónica, la indigestión frecuente, los vómitos con sangre y las evacuaciones de color negro sugieren cáncer de estómago. Por otro lado, los sangrados transvaginales después de la última regla (menopausia) deben ser reportados a la o el médico, al igual que las lesiones crónicas de la piel de zonas expuestas al sol.

Hipertensión arterial sistémica

Este tipo de hipertensión en las personas adultas mayores constituye un problema de salud pública, ya que se presenta en más de 50%. Desafortunadamente, solo uno de cada tres hipertensos es diagnosticado a tiempo, y los otros dos se enteran de su enfermedad cuando presentan alguna complicación en el corazón (infarto), el cerebro (embolia cerebral), y el riñón (insuficiencia renal). Por tal motivo, es fundamental que la o el cuidador tenga los siguientes conocimientos con el fin de prevenir, detectar y controlar la hipertensión arterial sistémica:

- Concepto y diagnóstico
- Signos y síntomas
- Factores de riesgo
- Complicaciones
- Medidas preventivas

La hipertensión arterial sistémica se refiere al aumento de la presión que ejerce la sangre sobre las arterias. Tal presión se debe a la rigidez que presentan los vasos sanguíneos como consecuencia del envejecimiento y la acumulación de placa de grasa (ateroma) en la pared interna de las arterias, lo que provoca una disminución de sangre en órganos vitales como corazón, riñones y cerebro. Esto se complica cuando la presión ejercida sobre los ateromas provoca su desprendimiento de la pared arterial y forman un émbolo, el cual puede ocluir los vasos del corazón o del cerebro y provocar un infarto cardiaco o una embolia cerebral.

La presión arterial conjuga una presión sistólica y una diastólica. La primera es la cifra más alta, la cual se refiere a la presión que ejerce la sangre cuando el corazón se contrae (sístole cardiaca) para distribuirla a todo el organismo, y la diastólica, la cifra más baja, es la fuerza que ejerce la sangre cuando el corazón se relaja (diástole cardiaca).

La presión arterial se evalúa de manera indirecta con un baumanómetro y un estetoscopio; las cifras normales durante el envejecimiento son de 120 a 140 milímetros de mercurio (mm Hg) para la sistólica, y de 70 a 90 mm Hg para la diastólica.

La presión arterial se reporta anotando las dos cifras separadas por una diagonal (/); se registra primero la sistólica y después la diastólica; por ejemplo: 160/100 (presión arterial sistólica 160 y diastólica de 100). Se ha demostrado que una presión sanguínea menor de 140/90 mm Hg protege contra infartos al miocardio y embolias cerebrales, por lo que las o los cuidadores que detecten cifras superiores de 140/90 mm Hg deben canalizar a la persona con su médico, quien con medidas dietéticas y cambios en el estilo de vida controlará la presión arterial y, si lo considera pertinente, indicará el consumo de algún fármaco.

Catalogar a una persona como hipertensa requiere tomar la presión en ambos brazos en tres ocasiones con intervalos de una o dos semanas; si las cifras se mantienen altas se establecerá el diagnóstico de hipertensión arterial. No obstante, si la o el cuidador detecta en la primera medición una presión sistólica por arriba de 180 mm Hg o diastólica superior a 100 mm Hg, no debe esperar las subsecuentes y de inmediato tiene que canalizar a la persona con su médico.

La hipertensión arterial sistémica se puede presentar como hipertensión sistólica/diastólica si la persona presenta cifras altas en ambas presiones, o hipertensión arterial diastólica aislada cuando solo está aumentada la diastólica, y sistólica aislada cuando solo la sistólica está alta. En todos los casos, la persona debe estar bajo el control de la o el médico.

Los signos y síntomas más frecuentes de la presión arterial son:

- Dolor de cabeza (cefalea)
- Escuchar zumbidos (acufenos)
- Ver destellos de luces (fosfenos)
- Hinchazón de piernas (edema)
- Sangrado de la nariz (epistaxis)
- Aumento de la frecuencia cardíaca (taquicardia)
- Percepción de latidos del corazón (palpitaciones)
- Dificultad para respirar (disnea)
- Dolor opresivo en el pecho durante algún esfuerzo (dolor anginoso)

Es importante señalar que un alto porcentaje de personas no presentan ninguna molestia, de ahí que con frecuencia se denomine la hipertensión arterial como “el asesino silencioso”. Por tal motivo, se recomienda medir mensualmente la presión arterial a todas las personas adultas mayores, independientemente de las molestias que tengan. No obstante, si aparece algún signo o síntoma es indispensable evaluarlo las veces que sea necesario, en cualquier momento.

Por otro lado, se debe aclarar que las cifras de la presión arterial son individualizadas. Por tanto, es importante que todas las personas adultas mayores se la midan cada mes para que conozcan cuál es su presión arterial normal. Si una persona normalmente tiene una presión arterial de 110/70 mm Hg y se le incrementa a 140/90 mm Hg, aunque las cifras estén dentro de los límites normales debe diagnosticarse como hipertensa e iniciar el tratamiento.

Los factores de riesgo para la hipertensión son:

- Sobrepeso
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Ingesta abundante de sal
- Dieta rica en grasas saturadas
- Escasa actividad física (sedentarismo)
- Rasgos de personalidad hostil
- Estilo de vida agitado con preocupaciones constantes (estrés)
- Padecer diabetes mellitus

Las principales complicaciones de la hipertensión arterial son:

- Infarto al miocardio debido a una disminución en el aporte sanguíneo y oxígeno al tejido del corazón, lo que provoca muerte del tejido cardíaco y alteración en el funcionamiento (disminución o alteración de la fuerza de contracción y arritmia)
- La embolia cerebral resulta de la oclusión de las arterias cerebrales por trombos. Esto causa enfermedad vascular cerebral, por lo que la persona afectada presenta secuelas en el lenguaje y parálisis de alguna parte del cuerpo

Durante el envejecimiento, las medidas preventivas más importantes para la hipertensión arterial son:

- Detectarla a tiempo, por lo que se debe registrar la presión arterial mensualmente, independientemente de que la persona tenga o no sintomatología
- Tener un peso adecuado
- Disminuir el consumo de sal
- Eliminar el tabaquismo y el consumo de bebidas alcohólicas (excepto si acostumbra beber una copa de vino tinto al día durante la comida)
- No usar manteca de cerdo para guisar los alimentos; si es posible, prepararlos con aceite de oliva
- Realizar ejercicio (mínimo caminar tres kilómetros al día)
- Participar en grupos de autoayuda (centros gerontológicos de día)
- Control estricto de diabetes mellitus

Por otro lado, las personas con diagnóstico de hipertensión arterial no deben olvidar que dicho padecimiento no se cura, solo se controla.

Algunas veces, el ejercicio físico, la disminución de peso y las medidas dietéticas bastan para controlar la presión arterial, por lo que no se requiere de la administración de medicamentos, aunque se debe continuar con el mismo estilo de vida para evitar que aumente. Si la o el médico indica algún fármaco para controlar la presión arterial, no debe suspenderse suponiendo que ya se está curado, pues de hacerlo reaparecerá la hipertensión arterial. Por tanto, una persona hipertensa debe mantener un control médico toda la vida, aunque el tratamiento indicado le funcione de manera adecuada.

Además de las cifras de la presión arterial, la persona adulta mayor debe vigilar:

- Perfil de lípidos (grasas) en sangre; la concentración sanguínea de colesterol debe estar entre 160 y 240 mg/dl; las lipoproteínas de alta densidad (HDL) o colesterol bueno, deben ser mayores de 45 mg/dl; la concentración de lipoproteínas de baja densidad (LDL) o colesterol malo, debe ser menor de 100 mg/dl y los triglicéridos deben ser menores de 150 mg/dl. La medición del perfil lipídico se debe llevar a cabo cada seis meses, en los hipertensos, y cada año en los normotensos (sin hipertensión arterial)

Hipotensión arterial ortostática

La hipotensión arterial al ponerse de pie (ortostática) es uno de los problemas de salud más frecuente en las personas adultas mayores, pues se reporta que 1 de cada 5 personas adultas mayores (20%) sufre dicha alteración.

La persona adulta mayor con hipotensión arterial refiere debilidad, obnubilación al ponerse de pie, puede presentar caídas y sus consecuencias (fracturas), síncope (desmayo), enfermedades cerebrovasculares e infarto al miocardio. Por tal motivo, la o el cuidador deberá tener los siguientes conocimientos con el fin de evitar su aparición y complicaciones.

La hipotensión arterial se diagnostica cuando la persona adulta mayor se le pide cambiar de posición, de recostado a mantenerse de pie durante un minuto, y presenta una disminución de 20 mm Hg o más de la presión sistólica, o de 10 mm Hg o más de la presión diastólica, acompañada de debilidad, mareo y, en ocasiones, desmayos.

Principales causas

- Consumos de medicamentos:
 - Para la presión arterial (antihipertensivos)
 - Para la angina de pecho (antianginosos)
 - Para la depresión (antidepresivos)
 - Para la ansiedad e insomnio (sedantes e inductores del sueño)
- Deshidratación
- Ingesta de alcohol
- Permanecer recostado por periodos prolongados

El envejecimiento, en sí mismo, por deficiencia de los mecanismos de regulación del sistema nervioso, favorece la presencia de hipotensión arterial ortostática, por lo que es frecuente detectarla en personas adultas mayores de 70 años, aunque no estén tomando los medicamentos señalados antes.

La detección oportuna de la hipotensión arterial ortostática requiere medir semanalmente la presión arterial con cambios de posición, de recostado a mantenerse de pie durante un minuto, a todas las personas adultas mayores que tomen medicamentos para la presión arterial, las enfermedades cardíacas y la depresión; así como a todas las personas de 70 años y más, aunque no ingieran ningún medicamento. También se debe evaluar a las personas adultas mayores que refieren mareos al levantarse de la cama, salir de la bañera —si acostumbra a bañarse en tina— y al ponerse de pie en general.

Esta condición provoca una disminución del riego sanguíneo cerebral, ocasiona mareos que pueden llegar al desmayo y, en consecuencia, a caídas con fracturas; si la disminución de la presión sanguínea es muy importante los riesgos son: enfermedad vascular cerebral e infarto al miocardio.

Principales medidas preventivas ante la hipotensión arterial ortostática:

- Identificar la causa y eliminarla si se relaciona con la ingesta de medicamentos
- Evitar mantenerse en cama por periodos prolongados
- Ingerir agua en cantidades adecuadas (200 ml cada tres a cuatro horas), aunque no se tenga sed, considerando que el reflejo de la sed disminuye en las personas adultas mayores
- Utilizar medias hasta los muslos o pantimedias compresivas
- Eliminar la ingesta de líquidos antes de acostarse para evitar que la persona adulta mayor tenga que levantarse por tener deseos de orinar por la noche
- Realizar ejercicio físico antes de ponerse de pie (flexión plantar y piernas, contraer los músculos abdominales), y durante la posición de pie, bajo supervisión, movimientos sincrónicos de las piernas (marcar el paso sin moverse), elevar la cabecera del lecho (colocar tablas con una altura de cinco cm bajo las patas de la cama)
- Medidas para evitar las caídas, tales como tener siempre cerca sitios de apoyo o ayuda al levantarse y bañarse; además, cambiar de posición de manera gradual, de recostada o recostado, a sentada o sentado con un intervalo de descanso (uno a dos minutos) para después ponerse de pie

Constipación

Una persona tiene constipación (estreñimiento) cuando disminuye la frecuencia y se demora la eliminación de las heces. Al respecto es indispensable tomar en cuenta los hábitos del individuo, ya que, aunque la mayoría de las personas adultas mayores evacúan su intestino de una a dos veces al día, un menor porcentaje lo hace cada dos días.

La constipación es una de las alteraciones que se presenta con mayor frecuencia en la persona adulta mayor, debido a cambios biológicos y al estilo de vida que se adopta durante el envejecimiento. De ahí que la o el cuidador deberá tener los siguientes conocimientos con el fin de adoptar medidas para evitar dicha molestia.

Principales causas de constipación sin relación alguna con una enfermedad:

- Dieta baja en fibra
- Poca ingesta de líquidos
- Ingestión deficiente de alimentos
- Inmovilidad
- Falta de ejercicio físico
- Rechazo a ir al baño

Los medicamentos que pueden tener como efecto secundario la constipación:

- Analgésicos
- Antidepresivos
- Diuréticos

Algunas alteraciones físicas o padecimientos se acompañan de la constipación, las más frecuentes son:

- Hemorroides
- Fisuras anales
- Cáncer rectal
- Hipotiroidismo
- Trastornos neurodegenerativos (demencia)

Síntomas (molestias subjetivas) que se asocian con mayor frecuencia a la constipación:

- Sensación de plenitud (sentirse muy lleno, sin deseos de comer)
- Pesadez postprandial (después de comer poco, se siente muy lleno)
- Tensión y dolor abdominal
- Disminución o falta del apetito (hiporexia /anorexia)
- Agruras
- Eructos
- Defecación dolorosa, escasa y con sensación de querer seguir evacuando sin poder hacerlo

- Dolor de cabeza
- Náuseas
- Vómito
- Vértigo
- Confusión

Las medidas preventivas para la constipación incluyen:

- Dieta rica en frutas y verduras, complementada con la ingesta diaria de cereal de avena o de salvado
- Programar ingesta mínima de líquidos (agua, jugos, leche o té de 120 ml cada tres a cuatro horas)
- Realizar ejercicio físico diario; uno de los más recomendados y accesibles es el caminar cada día de 2 a 3 kilómetros, considerando la edad y limitaciones físicas
- Masaje evacuatorio, cuando las personas adultas mayores tienen alguna enfermedad o limitación física que justifique su permanencia en cama; además de cambiarla o cambiarlo frecuentemente, se le debe practicar un masaje abdominal de cinco a diez minutos, de derecha a izquierda siguiendo el trayecto del intestino grueso una hora después de cada alimento

En el caso de las personas adultas mayores que padecen constipación, incluso con la alimentación rica en fibra, con suficientes líquidos y ejercicio físico, podrán utilizarse laxantes, los cuales deberá indicarlos y controlarlos la o el médico a cargo.

Osteoartrosis

Este padecimiento, llamado también osteoartritis, artrosis o simplemente enfermedad articular degenerativa es la pérdida progresiva del cartílago que cubre los extremos de los huesos en las articulaciones, lo que interfiere con su funcionamiento normal al producir dolor y limitación para la movilidad. El cartílago reviste las articulaciones con su superficie lisa y congruente, lubrica con líquido sinovial y minimiza las fricciones. Al perderse la cubierta del cartílago, los huesos se rozan y se produce dolor.

Dado que la osteoartrosis es uno de los padecimientos que se presentan con mayor frecuencia en las personas adultas mayores, pues 4 de cada 5 personas adultas mayores la sufrirán en algunos de sus tipos, la o el cuidador deberá tener los siguientes conocimientos:

La osteoartrosis se manifiesta primero con dolor en la articulación afectada, al inicio leve y pasajero, pero poco a poco se torna más intenso y constante al aumentar el desgaste.

El dolor lo produce el movimiento y se alivia con el reposo, en consecuencia, se presenta una progresiva limitación para la movilidad hasta generar rigidez y en etapas avanzadas, surgen verdaderas deformaciones causantes de mayor limitación funcional. Puede aparecer, además, un grado de hinchazón —aunque menos importante que la provocada por la artritis reumatoide— y protuberancias en las articulaciones proximales (nódulos de Heberden) y distales (nódulos de Bouchard). La cojera (síntoma adicional) la causa el dolor en cadera y rodilla, a veces por algún grado de acortamiento de la extremidad en la artrosis de cadera.

Cualquier articulación tiene el potencial de padecer artrosis, pero las más atacadas son las que soportan el peso corporal (cadera y rodilla), siguen la columna, manos y, con menor frecuencia, hombros y codo. Entre los factores predisponentes al desarrollo de la enfermedad se encuentran:

- Edad avanzada, 4 de cada 5 personas desarrollan un grado de artrosis después de los 65 años de vida
- Las mujeres son un poco más propensas debido a influencias hormonales
- Obesidad, pues las cargas adicionales sobre cadera y rodilla erosionan tempranamente el cartílago
- Quienes practican o practicaron deportes de contacto fuerte se predisponen al desarrollo de lesiones que facilitan la aparición de osteoartrosis
- Actividades profesionales confieren una susceptibilidad especial, como las bailarinas de ballet, que están propensas a sufrir artrosis del tobillo
- Algunas condiciones también contribuyen al desarrollo temprano de la enfermedad, como la luxación y displasia (defecto en la formación de la articulación) del desarrollo de la cadera cuando no se corrigen por completo las alteraciones que implican y algunos defectos en el alineamiento de las rodillas
- Factores genéticos con mayor frecuencia en el sexo femenino, sobre todo en las manos. De igual manera, la afectación de caderas y rodillas parece que la determina, en alguna medida, por la herencia

El tratamiento de la artrosis dependerá de la articulación afectada, la edad de la o el paciente, la severidad de los síntomas, del desgaste y condiciones asociadas:

- Se puede usar medicación analgésica o antiinflamatoria, indicada por la o el médico a cargo, con precaución en las y los pacientes con historial de gastritis o úlcera gástrica
- Restricción de la actividad
- Control de peso
- Usar bastón en el lado contrario a la articulación afectada (cadera o rodilla) aliviará el malestar de 30 a 60% (los auxiliares para la marcha deben ser indicados por un especialista)
- Terapia física
- Ejercicios en el agua

Si no hay una respuesta terapéutica se procede a la valoración ortopédica para determinar si la persona adulta mayor es candidata a manejo quirúrgico: artroscopia, osteotomía y un reemplazo articular (prótesis).

Osteoporosis

El hueso es un tejido dinámico que se forma y reemplaza durante toda la vida. Este proceso de remodelación ocurre en forma equilibrada hasta alrededor de los 40 años, ya que después de esta etapa disminuye la masa ósea mineral total debido a un desequilibrio en favor de la resorción ósea sobre la formación del hueso, lo que propicia la enfermedad ósea más frecuente en las personas adultas mayores, la osteoporosis. Ésta se define como “una enfermedad en la que los huesos se vuelven frágiles y tendientes a romperse; si no se previene o no se trata, puede progresar sin dolor hasta la fractura de un hueso”.

Existe un estado intermedio entre el hueso sano y el hueso frágil al que se le ha llamado osteopenia, que significa *disminución del hueso*.

En el caso de las personas adultas mayores, la osteoporosis es más frecuente; se relaciona con los mecanismos propios del envejecimiento e interacciona con las caídas. La densitometría ósea es un estudio utilizado desde 1994 para clasificar la enfermedad en osteopenia y osteoporosis. Su objetivo es traducir el riesgo que tiene una persona adulta mayor de sufrir una fractura a través del análisis de sus huesos.

En la presentación de la osteoporosis se han reconocido clásicamente varios factores de riesgo relacionados con el estilo de vida:

- Baja ingesta de calcio y vitamina D
- Vida sedentaria, un factor de riesgo importante
- Baja exposición a la luz solar, factor que desemboca en una disminución del metabolismo de la vitamina D y, por ende, a una reducción en la fijación del calcio en los huesos
- Medicamentos que tienen un efecto directo sobre el metabolismo óseo. Por ejemplo, los esteroides, cuyo uso crónico desemboca en osteoporosis y fracturas secundarias
- También se ha encontrado el estado dental como factor de riesgo para presentar osteoporosis, e incluso fracturas en personas adultas mayores con enfermedad periodontal y aquellos con pérdida de piezas dentales
- Predisposición familiar a este padecimiento
- Se ha señalado a la pobreza y al estrato social durante la historia de vida de una persona como predisponentes para presentar osteoporosis en la edad adulta

Si bien la osteoporosis se reconoce, en general, como una enfermedad muy frecuente en las mujeres, se ha detectado, en estudios epidemiológicos, que aproximadamente 30% de las fracturas en cadera y 20% de las fracturas vertebrales por osteoporosis aparecen en los hombres.

Las principales medidas preventivas se orientan hacia un cambio en el estilo de vida:

- Adecuado consumo de calcio y vitamina D
- Exposición moderada a los rayos solares
- Ejercicio aeróbico
- Dieta antioxidante (rica en brócoli, jitomate, jugos de uva y zanahoria)
- Evitar la delgadez excesiva
- Eliminar el tabaco, alcohol y consumo excesivo de bebidas con cafeína (café y refrescos de cola)

Es importante aclarar que el consumo de calcio no es suficiente para tratar la osteoporosis, de ahí que la o el médico indique fármacos para su fijación.

Además de los medicamentos que indique la o el médico, se podrá complementar el tratamiento para el dolor con el uso de compresas calientes y un masaje suave para aliviar las contracturas musculares,

además de llevar a cabo ejercicios de extensión de espalda y reeducación a la marcha, con el fin de evitar al máximo los defectos de postura.

Las complicaciones consisten, sobre todo, en fracturas y su papel es relevante en las personas adultas mayores. La principal es el deterioro funcional, que implica la pérdida de la movilidad provista por los miembros inferiores, lo que limita tanto las actividades básicas del individuo como las instrumentales. En ocasiones, las fracturas desembocan en lo que se conoce como deslizamiento, una de las presentaciones de las enfermedades típicas de las personas adultas mayores.

El seguimiento a las personas adultas mayores con osteoporosis se realiza mediante densitometría ósea anual, donde se evalúa la eficacia del tratamiento. En general, se considera que aquellas personas adultas mayores cuya densitometría mejora al año responderán bien a los fármacos; sin embargo, las que no mejoran tienen una alta probabilidad de ser resistentes al tratamiento.

Depresión

Todo ser humano tiene, alguna vez en la vida, experiencias de tristeza, luto o melancolía. Esto es normal. Se sufren pérdidas, crisis y dolor. Hay momentos así a lo largo de la vida de cada persona, pero si estos sentimientos no pasan en aproximadamente seis semanas, podría tratarse de depresión. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este afecta su vida cotidiana, su desempeño normal y ocasiona dolor y sufrimiento, no solo a quien lo padece, sino también a todos sus seres queridos.

La depresión es una enfermedad; no es una condición de “voluntad”, ni un proceso normal del envejecimiento. Es tan común que, en términos psiquiátricos, se equipara a “un resfriado”. No obstante, es tan grave que trastorna vidas, familia y trabajo, incluso llega a afectar la salud física; de no tratarse, podría incluso ocasionar la muerte.

La o el cuidador deberá saber identificar los principales síntomas de la depresión para auxiliar a la o el paciente y a sus familiares.

La depresión es una de las patologías más frecuentes en la persona adulta mayor. Se puede manifestar con molestias inespecíficas:

- Malestar general
- Dolores difusos
- Alteraciones digestivas
- Palpitaciones

- Trastornos del sueño
- Sentimientos de tristeza
- Pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban
- Ausencia de sentimientos
- Ausencia de actividades placenteras
- Dolor de cabeza

Los dos síntomas más importantes para el diagnóstico son los sentimientos de tristeza y la pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban.

A menudo, la depresión se acompaña con otras enfermedades. Éstas pueden presentarse antes, causarla o ser resultado de ella, por ejemplo:

- Trastornos de ansiedad, como el estrés postraumático, el obsesivo-compulsivo, el pánico, la fobia social
- Trastorno de ansiedad generalizado que acompaña frecuentemente a la depresión
- Trastorno de estrés postraumático. La o el paciente afectado está especialmente predispuesto a padecer depresión recurrente. Se trata de una enfermedad debilitante que puede aparecer como resultado de una experiencia aterradora o muy difícil, como un ataque violento, un desastre natural, un accidente, un ataque terrorista, una violación, un asalto o un combate militar. Las personas adultas mayores reviven el suceso traumático con escenas retrospectivas (retroceso al pasado), recuerdos o pesadillas. Otros síntomas incluyen irritabilidad, arrebatos de ira, profundos sentimientos de culpa y evasión de sentimientos o conversaciones sobre la experiencia traumática. En un estudio realizado en Estado Unidos descubrieron que más de 40% de las personas con trastorno de estrés postraumático también sufrieron depresión, en intervalos de uno a cuatro meses luego de la experiencia traumática
- Abuso y dependencia de alcohol y adicción a drogas
- Enfermedad cardíaca
- Derrame cerebral
- Cáncer
- VIH/sida

- Diabetes mellitus
- Enfermedad de Parkinson

Las investigaciones específicas han obtenido creciente evidencia de que al tratar la depresión también se ayuda a mejorar la evolución de la enfermedad que la acompaña.

Causas de depresión

No existe una causa única de la depresión. Más bien, parece resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos. Las investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las áreas responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito y comportamientos no funcionan con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas mediante las cuales las células del cerebro se comunican, que parecen no estar en equilibrio.

Algunos tipos de depresión pueden tener una relación genética. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión puede ser consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con múltiples factores ambientales u otros. Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa u otra relación estresante, pueden provocar un episodio de depresión. La mejor explicación es que ésta tiene una causa biopsicosocial.

El riesgo de suicidio en personas adultas mayores hombres rebasa el referido en mujeres. Se sabe que muchos de ellos sufren de alguna enfermedad depresiva que las y los médicos no fueron capaces de detectar, ya que un porcentaje relevante de las víctimas de suicidio a menudo visitaron a sus médicos durante el mes anterior a su muerte.

Tratamiento para la depresión

La depresión es, incluso en los casos más graves, un trastorno tratable. En la actualidad se cuenta con métodos altamente eficaces para aliviar esta enfermedad. La mayoría de las personas adultas mayores mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia o con una combinación de ambos.

El primer paso que debe darse es que la persona obtenga una valoración médica.

Con cualquier clase de antidepresivo, las personas deben tomar dosis regulares durante al menos tres a cuatro semanas, antes de experimentar un efecto terapéutico completo. Se debe continuar con los medicamentos el tiempo indicado por la o el médico, aún si se siente una mejoría, para así evitar una recaída. Si un medicamento no tiene los efectos deseados

después de unas tres a cuatro semanas, la o el médico puede cambiarlo a otro tipo de antidepresivo.

El apoyo de la o el cuidador hacia las o los pacientes es muy importante para el apego terapéutico.

Enfermedad vascular cerebral

Este padecimiento ocupa la cuarta causa de muerte entre las personas adultas mayores de 65 años, después de las enfermedades cardíacas, tumores malignos y diabetes mellitus. El trastorno adquiere una enorme importancia entre ellos, debido a las secuelas que deja en la persona, pues la lleva hasta una total dependencia: se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres.

La o el cuidador tiene un gran campo de acción en este padecimiento, principalmente en lo referente a la prevención, por lo que es necesario:

- Conocer las características y manifestaciones de la enfermedad
- Detectar factores de riesgo
- Motivar a las y los pacientes en riesgo (hipertensos, diabéticos, cardiopatas) a llevar un control médico adecuado con revisiones periódicas (mensuales) y remarcar la importancia de ajustarse al tratamiento

Una de las manifestaciones clínicas más comunes de esta enfermedad es el accidente cerebrovascular o “apoplejía encefálica”, conocida por la mayoría de la gente como embolia.

Una vez diagnosticada la enfermedad, el promotor deberá:

- Orientar a familiares y paciente acerca de la importancia de la rehabilitación, así como del tratamiento médico y dietético
- Informar a la familia sobre las secuelas de esta enfermedad en su paciente y de sus repercusiones familiares
- Resaltar la importancia del apoyo a la o al cuidador primario

La enfermedad vascular cerebral se caracteriza por presentarse de manera súbita, y el proceso patológico de fondo tal vez se deba a la disminución o suspensión transitoria de la circulación cerebral (isquémica o hemorrágica) y afecta el lado opuesto al accidente vascular, de tal manera que, si se desarrolló en el hemisferio derecho del cerebro, el lado del cuerpo afectado será el izquierdo y viceversa. Pueden ocasionarla diferentes eventos:

- **Estenosis:** disminución del calibre de las arterias que irrigan (llevan sangre) el cerebro. Esto dificulta el paso al flujo sanguíneo, usualmente debido a aterosclerosis (formación de placas de grasa en el interior de las arterias)
- **Trombosis:** se refiere a la formación de un coágulo sanguíneo en las arterias cerebrales o del cuello
- **Embolia cerebral:** es cuando se presenta una oclusión en las arterias cerebrales por algún coágulo proveniente de las arterias del corazón o del cuello
- **Paro cardiorrespiratorio:** se presenta una disminución global del flujo sanguíneo cerebral
- **Vasoespasma (cierre transitorio de las arterias):** se produce como un efecto secundario a la presencia de sangre en el espacio que existe entre las membranas que cubren el cerebro

Entre los factores de riesgo se encuentran:

- Hipertensión arterial sistémica
- Enfermedades cardíacas
- Diabetes mellitus
- Niveles altos de colesterol
- El abuso de alcohol
- Sedentarismo
- Obesidad

Los dos últimos factores, por sí solos, no causan la enfermedad vascular cerebral, pero cuando se encuentran asociados a uno o más factores, el riesgo es mayor.

La magnitud o gravedad de las lesiones dependerá del área afectada, pudiendo producir alteraciones motoras como la parálisis de la mitad del cuerpo o de ambas, cuyo tratamiento requerirá de medicamentos, dieta y, muy importante, la rehabilitación física, así como el manejo del estado emocional.

Entre las secuelas de la enfermedad vascular cerebral se encuentran las afecciones de algunas funciones mentales superiores, dependiendo del área cerebral dañada; si es el hemisferio izquierdo, se presentarán deficiencias en el área del lenguaje, como dificultad para hablar o incluso pérdida de esta capacidad (afasia motora). Respecto al nivel motor, se

presenta rigidez de la movilidad del lado derecho del cuerpo, lo que se acentúa más en el miembro superior (brazo).

En el nivel sensitivo, disminuye la percepción del dolor y la temperatura, así como la sensibilidad a los estímulos.

Si el evento ocurre en el hemisferio derecho, las alteraciones del lenguaje se presentan en la dificultad para nombrar los objetos (anomia), aunque los identifique y conozca sus funciones. En los terrenos motor y sensitivo se presentan las mismas características, pero en el lado izquierdo del cuerpo. También es frecuente encontrar alteraciones en la orientación y la coordinación visoespacial.

Todas estas secuelas pueden llevar a la o el paciente a una total dependencia, lo que repercute en la economía y funcionalidad familiar. De ahí la importancia de la rehabilitación, la cual se centra en evitar o detener un mayor deterioro en la o el paciente, puesto que no se puede esperar una recuperación de 100 por ciento. Un aspecto insoslayable es el emocional, ya que es frecuente la aparición de estados depresivos que suelen complicar el cuadro.

Secuelas de la enfermedad vascular cerebral:

- Alteraciones en la memoria y la orientación
- Alteraciones o pérdida del habla
- Rigidez de brazo y pierna que dificultan las actividades de la vida diaria, como caminar, comer, vestirse, bañarse, etcétera
- Imposibilidad para caminar o moverse, lo que convierte a la o el paciente en una persona totalmente dependiente para el desarrollo respecto de las actividades cotidianas
- Frecuentes estados depresivos
- Disfunción familiar
- Déficit económico

Los padecimientos que afectan de manera significativa la independencia de la persona adulta mayor, como la enfermedad vascular cerebral, requieren generalmente de la asistencia de la o el cuidador primario que siempre debe tener presentes los siguientes principios:

- Realizar a la persona adulta mayor un chequeo médico, por lo menos dos veces al año, si no hay padecimientos agregados
- Procurar espacios para el esparcimiento

- Poseer la mayor información posible acerca de la enfermedad de su paciente
- Compartir la responsabilidad con los demás miembros de la familia
- Organizar los tiempos de atención y requerimientos de su paciente

Deterioro neurocognitivo (demencias)

La corteza cerebral es una estructura constituida por millones de neuronas (células del sistema nervioso), que permite realizar funciones cerebrales superiores o cognitivas, por ejemplo: pensar, razonar, hablar, hacer cuentas, planear metas, recordar hechos pasados y saberse distinto a otras personas. Estas funciones nos distinguen de los animales.

Las funciones cognitivas se clasifican y se definen de la siguiente manera:

- **Lenguaje:** capacidad de comunicarse por medio de símbolos audibles (con sonidos), mímicos (movimientos), y escritos. Se subdivide en lenguaje de comprensión (entender lo que escucho o lo que observo) y de expresión (emitir palabras o realizar movimientos mímicos con significado)
- **Memoria:** capacidad de almacenar información de hechos y conceptos (palabras con significado convencional de tipo social). Se subdivide en memoria de hechos recientes y remotos
- **Cálculo:** capacidad de razonar y realizar operaciones aritméticas y matemáticas. Se subdivide en cálculo mental y escrito
- **Atención:** capacidad de dirigir los sentidos de manera intencionada y razonada hacia un objeto o suceso en particular. Esta función es indispensable para la memoria
- **Praxias:** capacidad de realizar movimientos musculoesqueléticos coordinados y planeados con un fin específico, tales como abrocharse los zapatos, cepillarse los dientes, dibujar y anudarse la corbata
- **Gnosias:** Capacidad de reconocer objetos, personas, lugares, palabras, olores, sabores, etcétera

Con el envejecimiento, las neuronas presentan ciertos cambios que lentifican y dificultan su función, lo que propicia un déficit relativo en las funciones cognitivas, sin generarle problemas preocupantes a la persona adulta mayor y que pueden superarse ejercitando dichas funciones. Al respecto, es importante resaltar que la persona adulta mayor puede adquirir nuevos conocimientos (es apta para el aprendizaje), no obstante, requiere más tiempo del que utilizaba en su juventud.

Por otro lado, en el deterioro neurocognitivo se pierden gradualmente funciones cerebrales superiores. Esto limita la vida biológica e impide la vida social, pues a pesar de que el individuo conserva sus funciones biológicas básicas que le permiten comer, caminar, dormir, oír, ver, sentir y tocar, experimenta la incapacidad de recordar, reconocer, realizar procedimientos o acciones aprendidas, incluso de reconocer a su familia y amigos o amigas, por lo que la vida social individualizada que caracteriza al humano se afecta parcial o totalmente.

Cerca de 80% de las personas adultas mayores con deterioro neurodegenerativo son tratadas en sus hogares por familiares, las y los cuidadores, que con frecuencia no tienen los conocimientos básicos sobre las medidas adecuadas para el control y limitación del deterioro (avance del padecimiento). También es indispensable cuidar la salud, el estado afectivo y calidad de vida de la o el cuidador. Así, podrán brindar un apoyo sólido a la familia de la o el paciente, proporcionarle información sobre las características del padecimiento, evolución, cuidados prácticos y estrategias para el uso óptimo de las redes de apoyo social (centros de atención y ayuda).

Es común que se asocie el envejecimiento con el deterioro neurocognitivo, de ahí que se hable de “demencia senil” haciendo hincapié que hay mayor edad, mayor deterioro, pero esto no es del todo real. Si bien el deterioro neurocognitivo se ha convertido en los últimos años en un tema de gran interés, es conveniente aclarar que no todas las personas adultas mayores por el simple hecho de serlo, lo sufrirán. Esto quiere decir que el término “demencia senil” es incorrecto, ya que no existe relación directa entre envejecer y presentar alteraciones de deterioro cognitivo, por lo que es necesario especificar el origen de la demencia, como se menciona a continuación.

Principales causas del deterioro neurocognitivo en la persona adulta mayor:

- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad vascular
- Enfermedad por cuerpos de Lewy
- Enfermedad asociada a Parkinson
- Enfermedad frontotemporal (enfermedad de Pick)

Y éstas a su vez han sido clasificadas en tres grandes grupos:

- Degenerativas primarias
- Vasculares
- Reversibles o tratables

Esta clasificación permite conocer la existencia de algunos deterioros neurocognitivos que no son curables, como el de Alzheimer, otros como los vasculares que pueden prevenirse y los reversibles que sí lo son.

Deterioro neurocognitivo primario

En este rubro se encuentran la enfermedad de Alzheimer, la frontotemporal y la asociada a enfermedad Parkinson. De las anteriores, la de Alzheimer ha sido la más investigada y la que ha servido como modelo para el estudio de las otras, además de ser la más común, por lo que será la que se describirá con mayor detalle.

El Alzheimer es una enfermedad degenerativa, progresiva e irreversible que afecta al cerebro deteriorando de manera global las funciones mentales superiores al provocar:

- **Pérdida de la memoria:** incapacidad para recordar personas, nombres, hechos recientes y remotos. Por ejemplo, es normal ver a alguien en la calle y no reconocerlo, pero recordarlo si lo vemos detrás de su mostrador en la tienda donde compramos todos los días. La o el paciente de Alzheimer olvida los nombres de sus familiares y los desconoce, aunque los vea a diario
- **Desorientación en tiempo y espacio:** incapacidad para ubicarse en un lugar conocido, además de la imposibilidad de expresar la hora aproximada, el día de la semana y el año. Por ejemplo, no es de preocuparse si se olvida donde se deja estacionado el automóvil, pero la o el paciente de Alzheimer se desorienta por completo, al grado de perderse en su propia casa
- **Cambios de personalidad:** actitudes inapropiadas (incongruentes) hacia la situación que se vive. Por ejemplo, las personas con Alzheimer tienen muchos cambios bruscos de estado emocional; en minutos, pueden estar tranquilos, tornarse agresivos, tristes, alegres, desesperados y olvidar todo en segundos
- **Dificultad en el razonamiento y el aprendizaje, así como la disminución del sentido crítico:** dificultad o incapacidad para llevar a cabo razonamientos lógicos, aprender información teórica o situaciones prácticas. Por ejemplo, la o el paciente con Alzheimer presenta dificultades para sumar, restar operaciones fáciles, también para analizar situaciones, pues olvida las circunstancias que está tomando en cuenta para emitir un juicio
- **Alteraciones del comportamiento y del lenguaje:** conducta inapropiada hacia la situación y dificultad o incapacidad para comprender el lenguaje y emitir las palabras adecuadas respecto

de la situación o intención. La pérdida de la memoria se refleja en su comportamiento por todo lo que olvida relativo a la actividad que desempeña en ese momento. Olvida los nombres de las cosas, por ejemplo: se refiere a “lo húmedo” porque olvido cómo se llama el agua.

Todos los padecimientos citados repercuten en las actividades de la vida diaria.

Esta enfermedad se caracteriza por alteraciones en la corteza cerebral que provocan pérdida importante de las neuronas, y a la vez forman placas seniles. Estas lesiones se encuentran en áreas importantes del cerebro y afectan las facultades mentales. Las causas se desconocen hasta ahora, por lo que tampoco existe un tratamiento efectivo. Sin embargo, se ha reconocido cierta predisposición genética (herencia familiar) y se presenta con mayor frecuencia en mujeres y en personas con un estilo de vida prooxidante (tabaquismo y alcoholismo).

El diagnóstico definitivo de esta enfermedad solo se establece mediante un examen del cerebro después de la muerte. Sin embargo, se puede expresar un diagnóstico precoz con base en las manifestaciones clínicas de la o el paciente y en pruebas neuropsicológicas, así como por medio del examen físico, de laboratorio e imagen. Al respecto, la o el cuidador podrá utilizar como prueba el mini examen mental de Folstein, con el cual podrá detectar los posibles casos de deterioro neurocognitivo y enviarlos con la o el médico tratante, que si lo considera pertinente, solicitará el apoyo del psicólogo o psiquiatra.

Los criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer son los siguientes:

- Deterioro neurocognitivo de evolución lenta (insidiosa) y curso progresivo
- Deterioro de la memoria inmediata y remota (fuera de lo normal)
- Deterioro de dos o más funciones mentales (orientación, juicio, pensamiento, lenguaje, calculo, atención, etc.)
- Inicio entre los 40 y 90 años
- Deterioro de las actividades de la vida diaria
- Ausencia de delirium (confusión mental aguda)
- Modificación de la personalidad (con demasiada frecuencia y rapidez y sin causa razonable)
- Presencia de afasia (alteraciones en el lenguaje, como olvidar palabras e incapacidad de expresarse con claridad), apraxia (alteración en la realización de movimientos voluntarios, como dificultad para dibujar,

abrocharse los zapatos, lavarse los dientes o anudarse la corbata) y agnosia (alteración en el reconocimiento de objetos)

- Historia familiar de enfermedad de Alzheimer

En general, se distinguen tres etapas evolutivas de esta enfermedad, basadas en la manifestación de síntomas. Sin embargo, existe variabilidad entre la presentación de los mismos y la duración de cada etapa.

Deterioro neurocognitivo leve: esta es la etapa con más dificultades para realizar el diagnóstico, ya que puede confundirse con otros deterioros neurocognitivos o padecimientos como la depresión e infección de vías urinarias, por ejemplo. Dura aproximadamente entre uno y tres años, y la o el paciente tiende a conservar su autonomía para realizar actividades de la vida diaria.

El cuadro se caracteriza por déficit en la memoria reciente; suele olvidarse el lugar donde se dejaron cosas, papeles o hacer algún pago; a pesar de que traten de reconstruir los hechos, difícilmente lo consiguen. Presentan desorientación temporal y espacial (no recuerdan la fecha y se pierden en lugares familiares para ellos), errores de juicio (como guardar los zapatos en la cocina), dificultad para reconocer objetos o nombrarlos y tienden a comportarse de manera hostil e irritable, lo que evoluciona hacia a la depresión.

Suelen tener cambios en el ciclo sueño-vigilia, confusión nocturna (como desorientarse, con mayor frecuencia por las noches) y trastornos en el pensamiento abstracto (dificultad para analizar, por ejemplo, en qué se parecen un plátano y una manzana).

Deterioro neurocognitivo moderado: este padecimiento se caracteriza por el agravamiento de los síntomas de la etapa inicial, además de que la memoria remota está muy afectada, y se olvidan etapas de la propia vida. Las y los pacientes presentan déficit importante en el lenguaje, lectura y escritura, así como en la comprensión y su vocabulario disminuye. Aparecen alteraciones motoras como temblores, dificultad para caminar, lentitud en los movimientos y movimientos involuntarios; pierden la iniciativa, la capacidad de cálculo, no reconocen rostros familiares y pueden no reconocerse ellos mismos ante un espejo. También suelen tener alucinaciones, delirios, y presentar incontinencia urinaria y fecal ocasional. Esta etapa dura entre dos y ocho años, y sus actividades cotidianas resultan severamente afectadas, por lo que se vuelven dependientes y requieren de constante vigilancia.

Deterioro neurocognitivo severo: todos los síntomas ya mencionados son muy severos en esta etapa, al grado que las y los pacientes terminan

postrados en la cama en posición fetal. Su lenguaje es incomprensible o presentan mutismo y total indiferencia al medio externo; hay incontinencia fecal y urinaria y alimentarlos es complicado, por lo que en la mayoría de los casos se recurre a sondas. Por todo lo anterior, están propensos a padecer infecciones, desnutrición, deshidratación, úlceras por presión y caídas, y a la postre sobreviene la muerte. Esta etapa dura entre dos y cuatro años; son totalmente dependientes de sus familiares, de las o los cuidadores.

Dadas las características de esta enfermedad, se deduce el importante e imprescindible papel de las o los cuidadores, y las atenciones que se deben proporcionar a la o el enfermo y a ellos mismos, por lo que es indispensable que la o el responsable tenga la información necesaria acerca de la enfermedad; así como de algunas medidas generales para reducir al máximo los riesgos de accidentes y orientarlos con respecto a los centros de apoyo a las y los cuidadores o familiares de pacientes con Alzheimer.

Cuidados generales para la o el paciente con deterioro neurocognitivo:

- Identificar a la o el paciente con una placa o brazaletes que incluya su nombre, dirección, teléfono y el nombre de una o un familiar o de la o el cuidador
- Informar a los vecinos del padecimiento de la o el familiar
- Evitar que la o el paciente guarde documentos importantes
- Dar a la o el paciente alimentos fáciles de tragar (suaves y semisólidos)
- En caso de atragantamiento, aplicar la maniobra de Heimlich
- Retirarle gradualmente el control de dinero y de sus bienes
- Evitar que conduzca un vehículo
- Asignarle tareas de menor responsabilidad, como actividades domésticas o recreativas, haciéndolo sentir útil y positivo
- Mantener a la o el paciente en un ambiente fresco e iluminado
- Atender las posibles deficiencias visuales y auditivas
- Procurar mantener un horario para el baño y las comidas
- Procurar, en lo posible, la autonomía de la o el paciente, proporcionándole apoyo y ayuda, pero evitando una posición de control y autoritarismo
- Colocar relojes y calendarios en sitios visibles, así como carteles y dibujos sencillos de los objetos en las habitaciones para orientarlo.

Por ejemplo, en la puerta del baño un dibujo que lo identifique con la palabra “BAÑO” en letras grandes

- Cuidar su higiene personal: baño, corte de cabello y uñas, limpieza dental, cuidado de prótesis, uso de cremas hidratante, cuidado de los pies
- Cubrir o quitar los espejos y procurar una luz nocturna permanente
- Mantener ordenado y limpio su guardarropa
- Retirarle objetos cortantes, punzocortantes, pesados, rompibles, barreras arquitectónicas que favorezcan las caídas, medicamentos y aparatos eléctricos
- Restringirle, en lo posible, el acceso a la cocina y procurar mantener las puertas con llave
- Mantener la calma y ser paciente

Recomendaciones generales para la o el cuidador:

- Informarse sobre la enfermedad
- Aprender a reconocer y detectar síntomas
- Detectar nuevos trastornos de conducta y del estado de ánimo de la o el paciente
- Identificar situaciones de riesgo (prevención de accidentes, como evitar que la o el paciente ponga algo a calentar en la estufa, ya que puede olvidarlo o quemarse)
- Mantener, en lo posible, sus relaciones sociales y familiares
- Acudir a centros de apoyo para recibir asesoría
- Procurarse espacios para el esparcimiento
- De ser posible, involucrar a otros miembros de la familia en el cuidado de la o el paciente
- Cuidar su propia salud física y mental

Es imprescindible estar informado, saber que la o el familiar no es el único que padece esta enfermedad y compartir experiencias en la familia, con las o los cuidadores; aligerar la carga y mejorar la calidad de vida, tanto de la o el paciente como de las o los cuidadores. Es fundamental conocer la existencia de centros de orientación y apoyo en casi todos los estados de la república mexicana.

A la fecha no existe un tratamiento farmacológico definitivo para esta enfermedad; sin embargo, el manejo de antidepresivos y ansiolíticos, indicados por la o el médico, puede ser de gran ayuda, junto con las medidas generales ya mencionadas.

El manejo no farmacológico consiste en intervenciones psicosociales cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida y optimizar la función por medio de la psicoterapia, ejercicios cognitivos y terapias de estimulación (música, cambios en el medio ambiente, manejo con mascotas).

Deterioro neurocognitivo de origen vascular

Estos deterioros neurocognitivos son producto de múltiples infartos (muerte de tejido cerebral por falta de aporte sanguíneo) en la corteza del cerebro y en zonas más profundas de éste, llamadas estructuras subcorticales. Estas alteraciones incluyen un grupo de patologías que lo condicionan por un origen vascular y son la segunda causa de dicho deterioro. Se presenta con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres. Entre los factores de riesgo se encuentran:

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Cardiopatías

El inicio del deterioro neurocognitivo vascular es súbito o agudo y suele sobrevenir después de un evento vascular cerebral (infartos cerebrales). El deterioro es escalonado, se presentan signos y síntomas focalizados, es decir, se afectan aquellas funciones ubicadas en el área infartada; las más comunes son las alteraciones visuales, en la marcha, en el lenguaje y la sensación de adormecimiento en la mitad del cuerpo, pues uno de los hemisferios cerebrales es el infartado.

Con respecto a los síntomas, las y los pacientes con deterioro neurocognitivo vascular experimentan preocupación al observar declinación en su memoria, la personalidad está menos afectada que por la enfermedad de Alzheimer y suelen presentar confusión nocturna y depresión, así como labilidad emocional (cambios bruscos en el estado de ánimo, del llanto pueden pasar a la risa).

Características clínicas de la demencia vascular:

- Aparición brusca
- Deterioro por etapas
- Confusión nocturna

- Relativa conservación de la personalidad
- Depresión
- Labilidad emocional
- Arterioesclerosis
- Antecedentes de hipertensión arterial
- Parálisis o movimientos anormales de alguna extremidad o una región corporal específica

El diagnóstico de estos deterioros neurocognitivos, por lo general, lo establece la o el médico apoyándose en la historia clínica, los estudios de laboratorio y de imagen, como la tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética (IRM) y la angiografía.

Es preciso destacar la importancia de la prevención, detectando y tratando los factores de riesgo, ya que muchas personas adultas mayores dejan de cuidarse porque no sienten malestares y sorpresivamente sufren el evento vascular cerebral cuando menos lo esperan.

Deterioro neurocognitivo reversible o tratable

Este tipo de padecimiento tiene una causa identificable (padecimiento) que al tratarla durante un plazo razonable permite la mejoría e incluso la desaparición del deterioro neurocognitivo.

Las causas más frecuentes son enfermedades sistémicas, como los trastornos en el cerebro por mal funcionamiento del hígado o los riñones, por lo que algunas toxinas llegan al cerebro (encefalopatía hepática o urémica) o bien alteraciones en el nivel de hormonas de la tiroides (hipotiroidismo) y, en menor medida, algún déficit nutricional. También lo provocan, el hematoma subdural (acumulación de sangre por algún golpe en la cabeza); los tumores primarios y la hidrocefalia normotensa (aumento del volumen del líquido en el cerebro, aunque con presión normal), y algunas infecciones como la tuberculosis, neurosífilis, sida, etc. Por otra parte, la ingesta de algunos medicamentos—antidepresivos, neurolépticos o antihipertensivos, alcohol— pueden producir cuadros de deterioro neurocognitivo que ceden al suspenderlos.

Como ejemplo de deterioro neurocognitivo reversible o tratable destacan el delirium y la depresión mayor.

Delirium

Este es un cuadro clínico de causas generalmente orgánicas que cursa con un deterioro global de las funciones cognitivas. La o el paciente presenta

desorientación en tiempo y espacio, incapacidad para fijar la atención y concentrarse, agitación y confusión lo cual puede presentarse en cualquier horario del día aunque con cierto predominio por las noches, ansiedad y perplejidad. El inicio suele ser brusco y su evolución fluctuante, alternando periodos de normalidad con otros de agitación y confusión.

Su duración es, por lo regular, breve y reversible al desaparecer o controlar la causa que lo provoca. Su origen son enfermedades infecciosas o metabólicas agudas (diabetes mellitus descompensadas), así como drogas tomadas de manera crónica o recientemente suspendidas (sedantes, alcohol, antidepresivos).

También llamado confusión mental aguda, se considera una urgencia médica con pronóstico desfavorable, lo que significa que cuando se observa que la persona adulta mayor presenta confusión, inatención, somnolencia, es importante derivarlo al servicio médico de manera inmediata para identificar el origen y aplicar el tratamiento.

Depresión mayor

Es un padecimiento que con frecuencia se confunde con deterioro neurocognitivo, dado que la o el paciente pierde el interés por el medio que lo rodea. Esto causa cierta desorientación, pérdida de la memoria y, por lo tanto, un deterioro intelectual. Su inicio es brusco y de rápida evolución. La o el paciente presenta tristeza, pérdida de peso, apetito, trastornos del sueño, atención, concentración, inquietud y agitación. Dado que los síntomas no se presentan de manera tan clara en las personas adultas mayores, se dice que son enmascarados y pueden estar cursando con depresión y deterioro neurocognitivo, dificultando distinguir qué parte del deterioro se debe a una u otra causa. Es llamada también pseudodemencia depresiva. En estos casos se debe solicitar apoyo de la o el médico, quien, si lo considera necesario, pedirá apoyo a la o el psicólogo o psiquiatra.

Padecimientos bucodentales

La salud bucal es un elemento importante de la salud general y la calidad de vida de los individuos. La masticación, la deglución y la fonación son funciones de la cavidad bucal. La boca participa como parte del sistema de protección del cuerpo, pues al masticar fragmenta los alimentos los mezcla con saliva que facilita la deglución y comienza el proceso de digestión. La saliva contiene inmunoglobulinas (anticuerpos), por lo que es la primera línea de defensa del sistema inmune contra el ataque de virus y bacterias; además, se acompaña de lisozima y lactoferrina (enzimas que actúan como barrera frente a las infecciones), que ayudan al control bacteriano, entre otras sustancias. La saliva también participa en la fonación, pues lubrica y facilita los movimientos labiales y de la lengua.

La cavidad bucal permite hablar, sonreír, besar, tocar, oler y degustar, de tal manera que las alteraciones de la boca tengan un impacto psicosocial capaces de afectar la calidad de vida de las personas.

Asimismo, algunas condiciones de salud sistémicas tienen manifestaciones bucales que aumentan el riesgo para enfermedades de la boca y que, a su vez, son factores de riesgo para algunas condiciones sistémicas. A grandes rasgos, la salud bucal deficiente de las personas adultas mayores en general se acompaña de una mala salud general. Es esencial reconocer que la salud bucal de las personas adultas mayores es vital para su calidad de vida. Por esta razón se deben lavar tres veces al día (con una buena técnica de cepillado y utilizando el cepillo indicado) para no desarrollar enfermedades, en los dientes y las encías, que ocasionan el mal aliento.

Los padecimientos bucales que se presentan con mayor frecuencia en las personas adultas mayores son los siguientes:

- Caries dental
- Enfermedad periodontal
- Hipersensibilidad dental
- Várices linguales
- Candidiasis bucal (hongos)
- Úlceras bucales
- Lesiones de la mucosa bucal (precancerosas y cancerosas)
- Síndrome de atrofia alveolar mandibular (pérdida de hueso de la mandíbula).
- Xerostomía (boca seca)
- Pérdida dental

En la actualidad, no es extraño encontrar personas de 65 años en adelante que consideran la salud de su boca ajena a su salud general; algunas incluso comentan que se hicieron quitar todos los “dientes” a temprana edad porque no querían tener “problemas” con ellos, entendiéndose por esto las condiciones de dolor, ya que el dolor de la cavidad bucal relacionado con los dientes resulta una de las experiencias más desagradables, incómodas e incapacitantes que se puedan experimentar. Sin embargo, esto no es recomendable ya que provoca pérdida de hueso mandibular y con ello la pérdida progresiva de una dentadura sana.

Se describirán los problemas de salud bucal más frecuentes en la persona adulta mayor:

Caries

La caries dental es una enfermedad infecciosa que ocasiona cambios químicos y microbiológicos que causan la destrucción progresiva del diente. Esta infección la genera la asociación de varios factores.

Factores de riesgo

- Higiene deficiente
- Dieta rica en carbohidratos
- Susceptibilidad (determinada por pH de saliva bajo)
- Numerosas bacterias en la flora bucal
- Genética (determinada por la formación y calidad de la formación del diente)
- Xerostomía (boca seca)

Más de la mitad de las personas adultas mayores con dientes tiene alguno con caries coronal y radicular.

La caries es la principal causa de pérdida dental en esta población.

Medidas de prevención

- Buena higiene bucal (uso adecuado del cepillo dental y aprender a cepillarse los dientes de manera adecuada), limpiar entre los dientes con hilo dental (en caso de que se conserve algún diente, usar pasta dental con flúor)
- Uso de flúor local (tópico), el cual debe aplicar la odontóloga o el odontólogo
- Disminuir el consumo de azúcar
- En caso de tener la boca seca (xerostomía) se debe tomar un vaso con agua de 200 ml cada tres horas
- Control de enfermedades sistémicas

Enfermedad periodontal

Así se denomina la alteración de los tejidos de soporte de los dientes (ligamento periodontal, hueso alveolar) por la presencia de colonias de bacterias que colonizan ese espacio entre la superficie dental y la encía marginal. Dicho este espacio aumenta su profundidad como efecto de la agresión constante de los subproductos de las bacterias que lo colonizan, y que también puede modificarse por la acción física de la calcificación de la placa dentobacteriana.

Factores de riesgo

- Hábitos de higiene bucal deficiente
- Presencia de placa dentobacteriana
- Colonias de bacterias
- Enfermedades crónicas (diabetes mellitus, alteraciones del sistema cardiovascular)
- Tabaquismo
- Dieta rica en azúcares

Existe evidencia de una relación directa entre la enfermedad periodontal, la diabetes y el control de ésta. Se ha sugerido que también existe relación entre la enfermedad periodontal, los problemas cardiovasculares y respiratorios; sin embargo, la evidencia actual es menos convincente.

Pérdida dental

La pérdida de un diente relacionada con cualquier motivo, ya sea infección posterior a caries, extracción por fines terapéuticos (alivio de infecciones persistentes o diseño de rehabilitaciones protésicas) o accidentes (golpes directos, caídas).

Factores de riesgo

- Hábitos de higiene inadecuados
- Enfermedad periodontal
- Caries dental (no atendida, que deriva en infecciones)
- Trauma (fracturas o accidentes)
- Tratamientos deficientemente ajustados (restaurativos y endodoncia)

La pérdida dental y los cambios en el estado de la cavidad bucal pueden afectar la dieta de las personas adultas mayores, pues inducen a modificar la selección de alimentos y su peso. Esto, sumado a medicación por enfermedades crónicas, modifica la absorción de vitaminas y minerales esenciales para la salud.

Xerostomía (boca seca)

Este padecimiento se relaciona con la disminución de la cantidad de saliva producida por las glándulas salivales.

Factores de riesgo

- Cáncer
- Radioterapia
- Medicamentos antihipertensivos y antidepresivos. Hay más de 400 medicamentos cuya acción reduce la producción de las glándulas salivales
- Enfermedades como síndrome de Sjögren (sequedad de mucosas), enfermedad periodontal, sida y la diabetes mellitus que afectan las glándulas salivales

La xerostomía incrementa el riesgo de desarrollo de caries, dificulta la articulación de palabras al disminuir la lubricación de la saliva en la boca, puede causar dificultades para saborear, masticar, tragar, hablar y favorece la aparición de lesiones en la mucosa bucal por el uso de prótesis parcial removible o dentaduras.

Hipersensibilidad dental

Esta condición se caracteriza por la sensación dolorosa aguda y breve que se presenta como respuesta a diferentes estímulos externos que pueden ser térmicos (alimentos y bebidas calientes o frías), químicos (sustancias dulces o ácidas) o mecánicos (cepillados).

Es una de las principales causas por las cuales la o el paciente acude a consulta dental, la mayoría de las personas adultas mayores padecen hipersensibilidad.

Factores de riesgo

- Hábito incorrecto de cepillado
- Retracción gingival (encía separada del diente o que se movió hacia la raíz de éste)
- Boca seca
- Pérdida de esmalte (cuando la dentina queda al descubierto)
- Síndrome de boca ardorosa

Alteraciones en la mucosa bucal

En la boca se pueden presentar algunas lesiones ocasionadas por traumatismos crónicos, estrés, cambios hormonales, infecciones, etcétera. Las lesiones pueden ser benignas o malignas, por lo que es importante

revisar periódicamente todas las áreas para identificar en fases tempranas, alguna lesión, ya que generalmente no producen dolor.

A continuación, se presentarán algunas de las lesiones en la mucosa bucal que con frecuencia se manifiestan en personas de edad avanzada.

Candidiasis bucal

La candidiasis, una infección producida por hongos (generalmente, *Candida albicans*), es frecuente en niñas, niños y personas adultas mayores.

Esta infección por hongos se puede presentar cuando se han tomado antibióticos o si la o el paciente tiene alguna enfermedad que debilite las defensas del organismo, como la diabetes. Otro factor es la mala higiene bucal, portar prótesis dentales mal ajustadas o cuando se permanece con ellas toda la noche y si existe xerostomía (boca seca).

La candidiasis se presenta como placas blancas en la boca que parecen “algodoncillo” o manchas rojas (eritematosas) debajo de prótesis dental inadecuadas. Afecta cualquier parte de la mucosa bucal, pero con mayor frecuencia se presenta en lengua, mucosa de carrillos (cachetes por dentro) y mucosa labial.

En el caso de candidiasis asociada con el uso de prótesis dental, en general se presenta en el maxilar superior y se manifiesta como área roja (eritematosa), localizada exactamente en el sitio que corresponde a la prótesis, puede o no producir dolor. Para confirmar el diagnóstico se realiza un frotis, que consiste en tomar una muestra de la lesión con un abatelenguas y mandarla a estudio para verificar la presencia del hongo.

Como medidas preventivas se recomienda:

- Efectuar el tratamiento médico de las enfermedades (diabetes, hipertensión, colesterol alto)
- Evitar la boca seca ingiriendo 200 ml de agua cada tres horas
- Efectuar una adecuada limpieza de las prótesis
- En caso de prótesis desajustadas se debe acudir con la odontóloga u odontólogo para ajustarla o cambiarla

El tratamiento consiste en la aplicación tópica, en las lesiones, de medicamentos antimicóticos indicados por la o el médico tratante u odontólogo.

Úlceras bucales

Debido al adelgazamiento de la mucosa bucal, es frecuente la presencia de úlceras bucales. Entre los factores traumáticos más comunes se hallan las prótesis mal ajustadas, el estrés, las alteraciones inmunitarias como el sida, la deficiencia de hierro o vitamina B12 o el efecto secundario de medicamentos.

Las úlceras, por lo general, se presentan en lengua y labios, pueden ser únicas o múltiples; son pequeñas, de aproximadamente 0.5 mm, muy dolorosas, su duración es de 7 a 14 días. La medida preventiva consiste en evitar las prótesis mal ajustadas y llevar una dieta balanceada.

En cuanto a los cuidados se recomienda evitar alimentos irritantes y condimentados, así como tener una buena higiene bucal. En ocasiones es necesario aplicar anestésicos tópicos para disminuir el dolor.

Cáncer bucal

Es una enfermedad maligna que se presenta principalmente en personas de edad avanzada, es más común en el sexo masculino debido a que están más expuestos al tabaquismo y al alcoholismo.

Factores de riesgo

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Mala nutrición
- Mala higiene bucal
- Antecedentes familiares de cáncer
- Enfermedades inmunosupresoras, como el sida

Estas enfermedades se detectan oportunamente si se realiza en forma periódica una revisión bucal. En sus inicios el cáncer bucal no produce dolor. Los sitios donde se presentan con mayor frecuencia son: los labios y los bordes laterales de la lengua.

Existen lesiones que tienen la posibilidad de convertirse en cáncer y se manifiestan como una mancha blanca (leucoplasia) o roja (eritroplasia); bien localizadas, generalmente pequeñas de 0.5-1.0 cm, no producen dolor, sin embargo, es importante identificar estos cambios de color para detectar tempranamente el cáncer.

En clínica, el cáncer bucal se observa como una úlcera que dura más de dos semanas sin mostrar evidencia de cicatrización o como un aumento

de volumen con zonas ulceradas y necróticas; en esta etapa avanzada ya produce dolor. Es necesario detectar algún aumento de volumen en el cuello, en el cual se apreciarían los ganglios linfáticos afectados por el cáncer. Como auxiliar para el diagnóstico de este tumor maligno se encuentra la biopsia (se toma una muestra de tejido afectado y se manda a estudio).

Medidas preventivas

- Evitar los hábitos de tabaquismo y alcoholismo
- Llevar una alimentación adecuada
- Buena higiene bucal
- Tratar las enfermedades sistémicas
- Se debe acudir al odontólogo, al menos una vez al año, para revisión

El tratamiento consiste en la eliminación quirúrgica de la lesión y, en caso necesario, radioterapia y quimioterapia

Cuidado de las prótesis

Las indicaciones a las y los pacientes que usan prótesis dependen de si esta es parcial o total. Quien utiliza una prótesis total debe entender que existe un proceso de aprendizaje para ello, el cual puede variar de una o un paciente a otro y se relaciona con su edad. Las personas adultas mayores requieren de más tiempo para aprender a emplear objetos nuevos en la boca.

Las y los pacientes que ya han usado prótesis aceptan otra más rápidamente, aunque sea diferente a la anterior en forma, tamaño o posición de los dientes; sin embargo, es importante explicarles con claridad los cambios que se presentarán al colocarles una nueva.

Cuando se coloca una prótesis por primera vez, la o el paciente debe saber que tal vez sienta un gran volumen y quizá requiera de tiempo para normalizar el habla. La lengua y los carrillos deben aprender a controlar el movimiento de las prótesis.

Existe la posibilidad de que para comer se necesite adquirir una técnica especial. Al principio, la comida se debe cortar en trozos muy pequeños, tal vez la o el paciente sienta que la prótesis podría salirse y los alimentos se mezclen. El control de la prótesis total inferior en general requiere de más tiempo, por lo que se aconseja mucha paciencia.

Las prótesis no deben usarse durante la noche, ya que su uso continuo produce estomatitis (inflamación de la mucosa); algunas y algunos

pacientes no siguen esta indicación, ignoran deliberadamente que las encías requieren descanso. Si se necesita usar la prótesis por la noche, se debe aconsejar que se retire por lo menos la inferior para disminuir la sobrecarga de la mucosa en ambos rebordes alveolares durante los movimientos involuntarios.

Es importante examinar periódicamente la boca. Las prótesis totales se deben revisar una vez al año, ya que de esta manera se podrá identificar cualquier alteración en la mucosa bucal y corregir cualquier cambio.

Las y los pacientes que usan prótesis parciales deben saber cómo ponerla y quitarla de la boca, ya que los ganchos gingivales (que se insertan cerca de la encía) tienden a dañarlos quienes no saben la manera correcta de hacerlo.

Si la persona adulta mayor presenta alguna molestia debe consultar al odontólogo para que revise las prótesis y realice los ajustes necesarios.

Higiene de prótesis

La limpieza de las prótesis es de gran importancia porque en ellas se acumulan restos de alimentos que irritan las mucosas (en caso de usar prótesis total) o picar los dientes sobre los que se apoyan (cuando las prótesis son parciales). Es indispensable atender las siguientes instrucciones:

- Retirar la prótesis de la boca después de comer algún alimento
- Enjuagar la prótesis bajo el chorro del agua
- Frotar la prótesis con un cepillo pequeño (dental o un cepillo que ya no use para cepillar sus dientes). Se puede poner un poco de pasta de dientes o jabón del que se usa para lavar los trastos
- Volver a enjuagar las prótesis con agua (asegurarse de que no permanezcan restos de pasta o jabón)
- Colocar nuevamente la prótesis en la boca

Autoexamen bucal

Realizar este autoexamen requiere colocarse frente a un espejo y contar con una buena iluminación. En caso de que la o el paciente sea portador de prótesis se las tiene que retirar antes de iniciar la revisión.

Zonas para revisar

- Labios
- Lengua

- Paladar
- Encías
- Dientes

En los labios se debe de revisar el color, ligeramente más rojo que la mucosa debido a su alta vascularización. La integridad debe ser completa, sin presentar grietas, úlceras o alguna zona reseca. Luego se palpan para identificar su consistencia, que debe ser firme y sin presentar abultamientos.

La mucosa bucal (parte interna de los cachetes) se revisa con la ayuda de un abatelenguas o de una cuchara para ver con claridad. Su color es rosa y no debe presentar alteraciones (manchas, úlceras, tumoraciones), después se palpa con el dedo índice por dentro y el pulgar por fuera simultáneamente, desplazándolos a lo largo de todo el tejido; la consistencia debe ser firme, sin abultamientos.

Para revisar la lengua, la o el paciente debe secarla y observar que su color sea uniforme; con una gasa o servilleta se jala hacia los lados para examinar bordes laterales, que deben presentarse íntegros, sin lesiones ulceradas ni manchas. Es importante levantarla para ver el piso de la boca, donde se podrían presentar várices linguales; en este sitio también se encuentran las glándulas salivales, submaxilares y sublinguales.

La revisión del paladar es difícil de manera directa, por lo que se recomienda la ayuda de un pequeño espejo que se introduce en la boca y de manera indirecta refleja la imagen. En esta zona se hallan las arrugas palatinas, que son pequeñas salientes de tejido de color rosa pálido. Enseguida se palpa esta zona, que debe encontrarse libre de abultamientos.

En las encías se debe revisar su color rosa y una superficie puntillada (semejante a la cáscara de la naranja). El tono del color varía de un individuo a otro. En caso de personas de piel oscura, su encía puede presentar una pigmentación café o negra en forma de línea; debe estar firme y unida al hueso subyacente, no debe presentar signos de inflamación ni sangrado. La encía localizada entre dos dientes termina en un borde bien definido y delgado.

Los dientes se revisan al último, deben encontrarse completos, sin bordes cortantes y aquellos con obturaciones deben estar libres de dolor.

El autoexamen debe realizarse cada tres meses. En caso de encontrar alguna alteración, como mancha blanca, roja o pigmentada, aumento de volumen o lesión ulcerada, se debe acudir con el odontólogo para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

Caídas

Las caídas son frecuentes entre las personas adultas mayores y causan fracturas e inmovilidad, que entrañan el riesgo de la presencia de úlceras en la piel en las zonas de presión, infecciones pulmonares, enfermedades cardiovasculares, limitaciones físicas permanentes, aislamiento, depresión y, en ocasiones, pueden ser motivo de muerte. Se ha calculado que cerca de la tercera parte de las personas adultas mayores sufre caídas durante el año. También se ha reportado que la razón de más de 50% de las consultas a este grupo poblacional en el servicio de urgencias, y más de 30% de las causas de muerte en los mayores de 65 años son consecuencia o están asociadas a ellas.

En consecuencia, la o el cuidador debe orientar, en forma permanente, a las personas adultas mayores y sus familiares sobre los siguientes aspectos:

- Principales factores de riesgo de caídas durante el envejecimiento
- Lugares más frecuentes donde ocurren las caídas
- Barreras arquitectónicas que favorecen las caídas
- Principales padecimientos asociados con caídas
- Medicamentos que incrementan el riesgo de caídas
- Evaluación de equilibrio y marcha para determinar el riesgo de caída
- Lineamientos generales para un programa preventivo individualizado para evitar las caídas

Principales factores de riesgo de caídas durante el envejecimiento

Entre ellos se resalta la edad, pues se reconoce que las personas adultas mayores de 75 años tienen mayor riesgo de sufrirlas, independientemente de su estado de salud. Asimismo, son más frecuentes entre las mujeres que en los hombres, debido a que, durante esta etapa de la vida, en general, ellas tienen mayor actividad física y desplazamiento, además de ser más longevas (viven más años).

También durante el envejecimiento se agudiza la disminución de la respuesta de reacción física ante los obstáculos, en la coordinación y en el equilibrio, lo que aumenta la vulnerabilidad de las personas adultas mayores respecto de las caídas.

Por otro lado, la disminución de la agudeza visual y auditiva, el estado de salud (enfermedades crónicas), el consumo crónico de medicamentos (antihipertensivos, antidepresivos y ansiolíticos), y la inactividad física

(sedentarismo) favorecen su ocurrencia. Del mismo modo, el ejercicio físico inadecuado, considerando el tipo (movimientos que requieren mucho equilibrio y coordinación), el tiempo (excesivo para su capacidad física) y el lugar (piso con baches y objetos que estorban durante su actividad) pueden ocasionarlas. La presencia de mascotas por donde transita la persona adulta mayor (perros, gatos, gallinas y otras que corren libremente), las condiciones del piso (resbaladizo, con baches, alfombras mal colocadas), el uso frecuente de escaleras (el riesgo crece si no tiene pasamanos y la pendiente es muy vertical) y el desorden en la ubicación de objetos por donde transita la persona adulta mayor (barreras arquitectónicas), incrementan los riesgos.

Principales factores de riesgo para sufrir caídas:

- Vivir solo
- Iluminación inadecuada de la habitación
- Colocación de espejos grandes en las paredes
- Canceles con vidrios grandes
- Uso de calzado inadecuado (chancletas, zapatos con agujetas desabrochadas, zapatos de tacón alto)
- Uso de pijamas o pantalones excesivamente largos
- Consumo de bebidas alcohólicas
- Uso de aditamentos que no hayan sido indicados por un especialista (bastón, andadera, lentes)

Lugares más frecuentes donde ocurren las caídas: interior de las habitaciones (principalmente en las escaleras, el baño, la recámara). Fuera de casa (espacios de ejercicio físico y donde es intenso el tránsito de personas; donde los pisos tienen baches o hay conductores de bicicletas, niñas, niños y mascotas corriendo).

Barreras arquitectónicas que favorecen las caídas: se considera como barrera arquitectónica la estructura física de la vivienda y de los lugares por donde transita la persona adulta mayor que obstaculizan su desplazamiento y constituyen un factor de riesgo para que las caídas ocurran:

- Escaleras, sobre todo con pendientes muy pronunciadas y sin pasamanos
- Pisos empedrados, resbaladizos y con baches

- Escalones que dividen habitaciones
- Alfombras mal colocadas, desprendidas o rotas y tapetes movibles
- Baños con pisos resbaladizos y sin pasamanos
- Objetos que obstruyen el paso (muebles, juguetes, ropa, periódicos y revistas, cables de luz, palos de escoba y basura en el piso)

Principales padecimientos asociados con caídas:

- Todas las enfermedades agudas (infecciones)
- Enfermedades crónicas que cursan con debilidad, como enfermedad de Parkinson, alteraciones neurocognitivas, enfermedad cerebrovascular
- Hipertermia (aumento de la temperatura corporal)
- Alteraciones del equilibrio y la coordinación
- Alteraciones visuales (cataratas, retinopatías y glaucoma)
- Problemas crónicos y agudos del oído
- Hipotensión arterial
- Problemas y deformaciones de los pies (juanetes, callos y espolones)

Medicamentos que incrementan el riesgo de caídas:

- Polifarmacia (consumir tres o más medicamentos distintos)
- Sedantes (nitrazepam, flurazepam, bromazepam, diazepam)
- Hipnóticos (triazolam)
- Antidepresivos (amitriptilina, imipramina)
- Antihipertensivos (metil-dopa, captopril, hidralazina)
- Digitálicos (digoxina)
- Diuréticos (furosemida)
- Medicamentos psiquiátricos en general

Evaluación de equilibrio y marcha para determinar el riesgo de caída

Es conveniente evaluar el equilibrio y la marcha de las personas adultas mayores para tomar las medidas preventivas pertinentes y evitar las caídas. Este es el objetivo de las herramientas gerontogeríatras. Es recomendable evaluar el equilibrio y la marcha una vez al año, aunque no se tenga ningún problema de salud.

Lineamientos generales para un programa preventivo individualizado para evitar las caídas:

- Si tiene algún padecimiento agudo o crónico que altere el equilibrio y la marcha, solicitar ayuda para deambular y, en caso necesario, utilizar aditamentos para desplazarse, como bastones y andaderas (los cuales deben ser indicados por un especialista)
- Si consume tres o más medicamentos diferentes al día, preguntar a su médico si alguno de ellos le ocasionará mareo o alteraciones en el equilibrio y la marcha
- Revisar periódicamente las barreras arquitectónicas en el hogar y los obstáculos que pueden favorecer las caídas: escaleras, escalones, barandillas, objetos en el piso (juguetes, ropa, periódico, revistas, cables, palos, cajas, basura y cáscara de fruta)
- Preferentemente, eliminar las alfombras y los tapetes en la casa
- Evitar que las mascotas y animales de corral transiten libremente por donde se desplaza la persona adulta mayor
- Limitar, en lo posible, que las niñas o niños pequeñas y pequeños corran de manera descontrolada por donde transitan las personas adultas mayores.
- Evitar la colocación de espejos grandes en los pasillos
- Las ventanas grandes y cancelas deben tener un señalamiento identificable
- Se deben mantener con luminosidad suficiente los sitios por donde transita la persona adulta mayor
- Instalar en el baño agarraderas para que la persona adulta mayor se apoye en sus movimientos durante el baño o en caso de mareos
- Eliminar el piso resbaladizo de los sitios en donde transita la persona adulta mayor
- Evitar en lo posible el uso de pijamas y pantalones largos
- No usar chancletas para caminar en la casa o la calle
- Usar zapatos cómodos y abrochados
- Preferentemente, realizar ejercicio físico acompañado por otra persona
- Si realiza movimientos de equilibrio o coordinación, tenga cerca un apoyo para sostenerse en el caso de sentirse mareado
- No realizar ejercicios que excedan su capacidad física

- Si practica caminata debe llevarla a cabo cerca de su casa y en el mismo lugar para que sea fácilmente localizable, previa revisión de que no existen baches u obstáculos que puedan propiciar una caída
- Si vive sola o solo, debe tener un timbre de aviso o una extensión del teléfono (o celular) en el piso para solicitar ayuda en el caso de una caída
- Tener a la mano los teléfonos de emergencia y de las y los familiares
- Debe recoger todos los objetos del piso de la recámara para no tropezar si se levanta en la penumbra
- Para fortalecer músculos y mantener la coordinación debe hacer ejercicio físico de manera regular
- Si tiene problemas con la visión debe acudir con el oftalmólogo
- Debe levantarse lentamente después de sentarse y acostarse para evitar el descenso de presión y mareos

Lesiones cutáneas

Se caracterizan por pérdida cutánea (de la piel), se producen por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece a la o el paciente y otro externo a él.

En su desarrollo se conjugan dos mecanismos: la oclusión vascular (se tapa el vaso sanguíneo) por la presión externa y el daño endotelial a nivel de la micro- circulación.

Son áreas de traumatismo local del tejido, que generalmente se desarrollan donde los tejidos blandos se comprimen entre las prominencias óseas y cualquier superficie externa durante períodos prolongados.

- También conocidas como: escara por presión, escara de decúbito y úlcera de decúbito
- Localización: Sacro, tuberosidades isquiales, trocánteres y talones

Se caracterizan por aparecer dentro de las primeras dos semanas de hospitalización o en pacientes en cama.

Son más frecuentes en pacientes institucionalizados, se asocia a enfermedades que limitan la movilidad y la infección sistémica es la complicación más grave.

Para prevenir las lesiones es necesario tener un adecuado soporte nutricional, aporte hídrico e hidratación de la piel.

Se ven favorecidas por:

➤ **Factores de riesgo:**

• Hipoperfusión

• Malnutrición

• Pérdida de sensibilidad

➤ **Enfermedades:**

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Obesidad
- Falta de higiene
- Una presión externa que sobrepase la presión capilar media (16-33 mm Hg)

➤ Factores intrínsecos:

• Inmovilidad o limitación
• Hospitalización

• Comorbilidades
• Cáncer
• Depresión

• Desnutrición
• Incontinencia (fecal/urinaria)

• Deterioro estado del alerta

➤ **Factores extrínsecos:**

- Presión ejercida y mantenida sobre una prominencia ósea es la causa principal para la aparición de una úlcera por presión. (recargar más de 2 horas sobre el mismo lado)
- Fricción, que es el roce de la piel contra otra superficie, por ejemplo piel y sabana
- Cizallamiento cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra, se presentan cuando se encuentra mal sentado o la cabecera se eleva más de 30°
- Humedad, debido a la presencia de cualquier líquido o al vapor de agua que impregne la superficie de la piel, más en pacientes con Incontinencia fecal o urinaria, sudoración excesiva

➤ **Cambios del envejecimiento:**

- Pérdida cutánea
- Pérdida de grasa subcutánea

Las lesiones cutáneas se clasifican en cuatro categorías o estadios, según la profundidad que presenten.

- I. Enrojecimiento que no palidece a la presión, la piel intacta. (Foto)
- II. Pérdida del espesor parcial de la piel o ampolla
- III. Pérdida del grosor completo de la piel lográndose visualizar el tejido graso
- IV. Pérdida completa del tejido hasta visualizar daño al musculo o hueso

Las lesiones cutáneas requieren atención médica para valoración integral y manejo especializado.

El propósito de conocer sobre las lesiones es poder evitarlas, mediante las siguientes recomendaciones:

- Valorar dos veces al día el estado de la piel, en busca de eritema (enrojecimiento), calor local, edema, induración o dolor
- Movilización, cada 2-3 horas de la o el paciente
- Decúbito lateral no excede 30 minutos
- Mantener posición anatómica
- Lubricación de la piel
 - Vigilar estado de la piel
 - Evitar exceso de humedad
 - Piel limpia
- Movilizar las articulaciones
- Alineación corporal y fisiológica
- Usar protectores de codo, almohadillas y talonera

La familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el enfermo crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la o el cuidador primario, quien le aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

Primeros auxilios y signos vitales

Los primeros auxilios son la asistencia inmediata proporcionada a una persona que sufre un accidente o una enfermedad repentina, mientras se le lleva al hospital o recibe una atención médica profesional.

El cuidado de urgencia inmediato y eficaz puede salvar la vida de una persona adulta mayor. Esto es cierto si la o el cuidador tiene los conocimientos básicos de primeros auxilios respecto de los problemas urgentes que pueden presentar con mayor frecuencia.

Quienes necesitan cuidados de primeros auxilios son las víctimas de caídas, quemaduras, desmayos, convulsiones, hemorragias, paro cardíaco y respiratorio; algunos pueden sufrir súbitas manifestaciones de enfermedades agudas.

Al ocurrir alguno de los incidentes señalados, se deben proporcionar los primeros auxilios en el sitio donde ocurrieron los hechos. La atención la debe proporcionar la o el cuidador mientras llega la o el profesional médico que lo atenderá.

Lineamientos generales antes de aplicar las medidas específicas de primeros auxilios:

- Solicitar ayuda profesional de inmediato. Tener a la mano los teléfonos de servicios de urgencia de hospitales, centro de salud, médicas y médicos privados más cercanos
- Avisar al familiar, amiga o amigo responsable
- Actuar con rapidez, con seguridad y sin precipitaciones
- Coordinar la colaboración de otras personas. La o el cuidador debe elegir de manera intencionada, preferentemente un máximo de dos, y evitar la participación de personas cuyo actuar precipitado obstaculice el trabajo
- Tranquilizar a la o el paciente, si está consciente, informándole que ya se solicitó la ayuda médica y además se le avisó al familiar, amiga o amigo responsable
- Medir los signos vitales y el azúcar en sangre con tira reactiva
- Después, aplicar las medidas específicas, acordes con la alteración que presente la persona adulta mayor

La aplicación de las medidas adecuadas y específicas de primeros auxilios, acordes con el accidente o enfermedad que presente la persona adulta mayor, requiere:

- a. Disponer de un botiquín con el material indispensable
- b. Tener los conocimientos básicos para la:
 - Medición de signos vitales
 - Medición de glucosa (azúcar)
 - Aplicación de inyecciones
 - Colocación de vendajes
 - Realización de curaciones

En los párrafos siguientes se describe cada uno de estos puntos.

Botiquín de primeros auxilios

El botiquín debe incluir el material mínimo necesario para que la o el cuidador proporcione, en forma eficaz y oportuna, los primeros auxilios cuando el caso lo amerite.

- Baumanómetro aneroide de preferencia
- Estetoscopio
- Termómetro de mercurio para la región axilar o termómetro digital eléctrico, si se tiene
- Cuatro tablas delgadas de 40 centímetros de largo, diez centímetros de ancho y 0.5 centímetros de espesor
- Una botella de alcohol
- Diez paquetes de gasas estériles
- Dos compresas limpias (pueden ser toallas limpias)
- Dos vendas de cinco, diez y 15 centímetros de ancho
- Una pinza quirúrgica pequeña
- Una tijera
- 20 abatelenguas de madera
- Cinco jeringas de cinco ml; cinco de diez ml con aguja de calibre 22 x 32, y cinco jeringas para insulina

- Seis pares de guantes
- Un frasco de isodine
- Un frasco de agua estéril o hervida y un frasco de agua oxigenada
- Cinco sobres de suero oral
- Cinco curitas
- Dos barras de jabón neutro
- Dos paquetes de algodón
- Un rollo de tela adhesiva de 1 cm de ancho y otro de 2 cm de ancho
- Una caja de analgésicos (paracetamol 500 mg)
- Una caja de analgésicos inyectables (Ketorolaco, 30 mg/ml)

Signos vitales

Los signos vitales son manifestaciones físicas del individuo que indican la estabilidad (normalidad) de las funciones vitales (de vida), pueden observarse, explorarse y medirse de manera muy sencilla. Son de cuatro tipos: pulso, respiración, presión arterial y temperatura.

Pulso

El pulso indica en forma indirecta el número de latidos del corazón por minuto, así como la intensidad de dichas contracciones, factor indispensable en la distribución de la sangre oxigenada a todos los tejidos.

Se mide por medio de la percepción táctil de la expansión y contracción de los rebotes rítmicos de las arterias elásticas, fenómenos cuyo origen es la salida de sangre del ventrículo izquierdo del corazón.

La frecuencia normal del pulso es de 70 a 90 pulsaciones por minuto. La frecuencia muy baja puede deberse a arritmias cardíacas (bloqueos de la transmisión eléctrica de la aurícula al ventrículo), y las frecuencias mayores de 100 pueden originarlas problemas cardíacos, hemorragias (en su etapa inicial) y el aumento de la temperatura corporal resultado de infecciones o insolación.

Los sitios donde se mide con mayor frecuencia el pulso son: la arteria carótida, en la zona del cuello; el borde lateral de la tráquea; la arteria radial, en la zona interior de la muñeca (articulación que une el brazo con la mano); el espacio contiguo a la palma de la mano del dedo pulgar; la arteria humeral, en la parte anterior interna de la articulación del codo; la arteria femoral, en la parte central de la región inguinal; y, la arteria poplítea, en la parte posterior de la articulación de la rodilla.

Técnica de medición del pulso

- Oprimir en el sitio elegido con la punta de los dedos índice y medio con suficiente fuerza para percibir fácilmente el pulso; no se debe emplear el dedo pulgar, debido a que éste tiene pulso propio y se podría generar confusión entre la o el paciente y la o el examinador
- Contar los latidos del pulso durante un minuto, con la ayuda de un reloj con segundero

Presión arterial

Esta es la fuerza que ejerce la sangre sobre la pared de las arterias que la contienen, y se divide en sistólica o máxima y diastólica o mínima. La presión sistólica es la fuerza ejercida sobre la pared arterial durante la contracción del ventrículo izquierdo, considerando como cifras normales 110 a 140 mm Hg. La presión diastólica es la fuerza sobre la pared arterial durante la relajación del ventrículo izquierdo; las cifras normales se ubican entre 70 y 90 mm Hg.

Técnica de medición de la presión arterial

- Indicar a la o el paciente que descanse, ya sea acostada o acostado, sentada o sentado. Ayudarle a colocar el brazo apoyado en la cama o mesa
- Colocar el baumanómetro en una mesa cercana
- Poner el brazalete del baumanómetro alrededor del brazo con el borde inferior 2.5 cm por encima de la articulación del codo, a una altura que corresponda con la del corazón
- Colocar el estetoscopio en posición de uso, en los conductos auditivos externos, con las olivas hacia adelante
- Localizar el pulso humeral con las puntas de los dedos medio e índice, sitio donde se colocará la cápsula del estetoscopio, procurando que ésta no quede por debajo del brazalete y toque la piel sin presionar demasiado
- Sostener la perilla de caucho del baumanómetro con la mano contraria y cerrar la válvula del tornillo
- Mantener colocada la cápsula del estetoscopio sobre la arteria. Bombear mediante la perilla e insuflar rápidamente el brazalete hasta que el manómetro se eleve 20 a 30 mm Hg por arriba del nivel en que las pulsaciones de la arteria ya no se escuchan (de 160 a 180 mm Hg)
- Aflojar cuidadosamente el tornillo válvula de la perilla y dejar que el aire escape lentamente

- Escuchar con atención el primer latido claro rítmico. Observar el nivel del manómetro y hacer la lectura, esta cifra es la presión sistólica
- Continuar aflojando el tornillo de la perilla para que el aire siga escapando lentamente y mantener la vista fija en el manómetro. Escuchar cuando el sonido agudo cambia por un golpe fuerte y amortiguado. Este último sonido es la presión diastólica
- Abrir completamente la válvula para dejar escapar todo el aire del brazalete y retirarlo

Respiración

Ésta es el intercambio de oxígeno, contenido en el aire ambiental, por bióxido de carbono que elimina el organismo y que expulsan los pulmones.

La respiración pulmonar se divide en tres fases. La primera se denomina inspiración y se refiere a la entrada de aire oxigenado a los pulmones. En la segunda fase, en el interior de los pulmones ocurre un intercambio de oxígeno por bióxido de carbono en los glóbulos rojos. Este proceso fisiológico recibe el nombre de hematosis y, finalmente, en la tercera fase el bióxido de carbono es eliminado de los pulmones mediante la expulsión de aire (expiración).

El número de respiraciones por minuto en la persona adulta mayor es de 16 a 24. Un aumento podría indicar una enfermedad del aparato respiratorio y cuando se presente se debe consultar a la o el médico.

Técnica para la medición de la frecuencia respiratoria

- La o el paciente debe recostarse bocarriba (en posición decúbito dorsal); si es posible, la respiración debe tomarse sin que la persona se percate de ello, mientras se observa la expulsión y retracción del tórax y el abdomen
- Cuando la observación no sea suficiente, colóquese la palma de la mano (sin presionar) en la región que divide el tórax y el abdomen para percibir los movimientos respiratorios

Temperatura

La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo para llevar a cabo sus funciones, está regulada por una estructura cerebral llamada hipotálamo y la modifican problemas infecciosos y la exposición excesiva al sol (insolación). Asimismo, disminuye cuando las personas adultas mayores se exponen al frío por largos periodos y cuando el azúcar en sangre está por debajo de lo normal.

El cuerpo suele mantener la temperatura dentro del límite que no altere el funcionamiento y estructura de las células por medio de un equilibrio

entre la producción y la pérdida de calor. La temperatura corporal normal varía entre 36 y 37 °C (grados centígrados).

Los sitios donde se puede medir la temperatura son: debajo de la lengua, las axilas y el recto. La zona empleada con mayor frecuencia en las personas adultas mayores es la región axilar.

Técnica para medir la temperatura

- Explicar a la persona adulta mayor sobre el procedimiento y recostarla o rescostarlo boca arriba (decúbito dorsal)
- Verificar en el termómetro que el mercurio se encuentre por debajo de 35°C, en caso de estar por arriba de esta cifra hacer descender la columna de mercurio mediante sacudimientos ligeros
- Colocar el termómetro debajo de la zona axilar de tres a cinco minutos.
- Retirar y leer, colocando el termómetro horizontalmente a nivel de los ojos, haciendo breves movimientos para que la columna de mercurio muestre un resplandor similar al de un espejo, observando la cifra registrada

Medición de la glucosa (azúcar) en sangre

La glucosa en la sangre se debe mantener dentro de los límites normales que le permitan a la célula llevar a cabo sus funciones de manera adecuada, ya que es la fuente más importante de energía (combustible) para ella. Las cifras de glucosa normales en ayuno son de 70 a 110 mg/dl.

Cuando la glucosa en sangre está por debajo de 60 mg/ dl, la persona adulta mayor puede presentar mareos, sudoración, temperatura y presión arterial baja. Si las cifras son muy elevadas, en el caso de las o los diabéticos puede presentarse coma diabético.

Técnica de la medición de azúcar en sangre

- Limpiar el dedo de donde se tomará la gota de sangre con un pedazo de algodón con alcohol
- Presionar los lados, de la yema del dedo hasta observar que se acumule la sangre (coloración más roja) y pinchar con la lanceta o el instrumento incluido como aditamento, si se utiliza un glucómetro (aparato electrónico que mide la glucosa)
- Después de pincharlo se debe presionar (exprimir) el dedo para obtener de una a dos gotas de sangre, que deben colocarse en la tira reactiva, y dejarle el algodón a la persona adulta mayor para que presione el lugar del pinchazo con el fin de interrumpir el sangrado

- De acuerdo con la marca de la tira reactiva, deben seguirse las instrucciones en cuanto al tiempo para la medición, si se requiere o no la exposición de la tira al agua
- Se deben seguir las instrucciones del glucómetro para emplearlo y anotar la cifra que reporte el aparato

Aplicación de inyecciones

La técnica de aplicación de inyecciones establece los pasos que debe seguir la o el cuidador para la introducción de medicamentos al organismo directamente en la sangre a través de las venas, en el tejido muscular o el tejido graso, con el fin de hacerlo de manera segura, sin riesgos de infección o complicación durante la administración.

Sólo se describirán las técnicas para la aplicación de inyecciones intramuscular y subcutánea, debido a que las inyecciones intravenosas implican cierto riesgo, por lo que debe aplicarlas una enfermera o enfermero, una o un médico.

Inyección intramuscular

Este procedimiento es la administración de medicamento en un músculo o grupo muscular del cuerpo, por lo que se deben conocer las zonas de menor riesgo y evitar las regiones con abundantes vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas. Al respecto, las áreas más seguras son los glúteos (nalgas) en el cuadrante superior externo y la región media de la parte anterior de los muslos.

Técnica de aplicación en los muslos

La o el paciente debe estar en posición de decúbito ventral (bocabajo). La persona que aplicará la inyección debe trazar dos líneas cruzadas imaginarias que dividan el glúteo en cuatro cuadrantes, y localizar el cuadrante superior externo, sitio en donde aplicará la inyección.

- Solo se deberá aplicar el medicamento con receta médica; es decir, en los casos en los que la o el paciente está bajo control
- Antes de administrar el medicamento se debe verificar el nombre, la fecha de caducidad, la dosis indicada, la vía de administración, las reacciones secundarias y las contraindicaciones
- Utilizar jeringas estériles desechables (nuevas), de 5 o 10 mililitros, dependiendo de la dosis del medicamento
- Para la mayoría de los medicamentos se utiliza una aguja de calibre 22 × 32
- Lavarse las manos con jabón antes de preparar el medicamento

- Llenar la jeringa con el medicamento, evitando rozar la aguja con las manos o cualquier objeto, para evitar que se contamine. Si la aguja se contamina debe utilizarse otra
- En caso de que la presentación del medicamento sea en polvo, dilúyase con el solvente adecuado, introduciéndolo al frasco, agitarlo ligeramente y aspirar la mezcla
- Tomar la jeringa ya con el medicamento y sacarle el aire (eliminar burbujas)
- Limpiar la zona donde se aplicará la inyección con un algodón; los movimientos de limpieza deben ser circulares del centro a la periferia
- Presionar con los dedos el sitio de la aplicación empujando hacia abajo en dirección del glúteo
- Introducir toda la aguja con rapidez y en forma recta
- Aspirar un poco, y si no aparece sangre en el medicamento inyectarlo rápidamente
- Retirar la aguja con rapidez y dar un ligero masaje con un algodón con alcohol. Si se presenta sangrado, continuar presionando la zona con el algodón, hasta que se detenga

Inyección subcutánea

Es preciso seguir una serie de pasos para la introducción de un medicamento en el tejido graso. Los sitios en donde se aplica con mayor frecuencia son la parte externa de los brazos y muslos, abdomen y espalda. Esta vía se utiliza con frecuencia para la aplicación de insulina, cuyos sitios deben cambiarse en cada aplicación.

Técnica

- Solo en caso de emergencia se aplica medicamento sin receta médica
- Antes de administrar el medicamento, se debe verificar el nombre, la dosis indicada, la fecha de caducidad, la vía de administración, las reacciones secundarias y las contraindicaciones
- Utilizar jeringas para insulina estériles desechables (nuevas)
- Lavarse las manos con jabón antes de preparar el medicamento
- Llenar la jeringa con el medicamento evitando rozar la aguja con las manos o cualquier objeto para no contaminarla. Si la aguja se contamina debe utilizar otra
- Tomar la jeringa ya con el medicamento y sacarle el aire (burbujas)

- Verificar que la persona adulta mayor esté cómodamente sentada
- Limpiar la zona donde se aplicará la inyección con un algodón con alcohol; los movimientos de limpieza deben ser circulares del centro a la periferia
- Tomar con el dedo índice y el pulgar la piel donde se aplicará la inyección formando un pliegue
- Introducir la aguja con rapidez y un poco inclinada y soltar la piel cuando la aguja haya sido introducida
- Retirar la aguja con rapidez
- Dar un ligero masaje con un algodón con alcohol

Vendajes

Estos consisten en rodear con vendas alguna parte del cuerpo con fines curativos. En general, se emplea un vendaje en la curación de heridas graves, fracturas, luxaciones y hemorragias usando vendas elásticas.

Técnica para vendaje

- Empezar el vendaje de la parte distal (más alejada) de las extremidades al centro del cuerpo, así la sangre no se acumulará en los extremos
- Vendar de izquierda a derecha (excepto los zurdos), ya que la mano encargada de sostener el rollo de la venda debe ser la derecha, porque es la más hábil. El rollo debe estar hacia arriba para facilitar su manejo y mantenerla un poco tensa
- No debe quedar tan apretada que moleste, ni tan floja que se caiga o corra fácilmente
- Al comenzar un vendaje debe fijarse el extremo inicial dando una o dos vueltas en el mismo lugar, y luego continuar hasta cubrir la parte deseada
- Al terminar el vendaje, se puede fijar con tela adhesiva o mediante los ganchos que generalmente tienen las vendas comerciales

Tipos de vendaje

- De compresión. Sirve para detener hemorragias, reducir la hinchazón y mejorar el retorno venoso
- De contención. Limita los movimientos de brazos y piernas, luxaciones, esguinces, fracturas, sostener algún material de curación para dar calor y protección

- De corrección. Evitar que la persona mueva alguna parte del cuerpo o para corregir deformidades

Curaciones

Estas maniobras facilitan o acortan la recuperación de una herida, lesión o quemadura. En términos generales, la curación busca que este proceso ocurra sin infecciones.

Técnica

- Si la herida es reciente, solo deberá lavarse diario, con jabón neutro y agua hervida, hasta que sane
- A partir de la segunda curación deberán cambiarse las gasas de la herida
- Retirar la gasa, si está pegada, humedecerla con agua
- Observar cómo se encuentra la herida
- Colocarse los guantes estériles (nuevos) y otra persona debe ayudar proporcionando el material que se necesite
- Con gasa que tenga jabón o Isodine, lavar del centro a la periferia con movimientos circulares suaves (de adentro hacia fuera). Repetir dos veces
- Secar y colocar gasas limpias y fijarlas adecuadamente
- Si no se observa mejoría después de tres curaciones, debe acudir con la o el médico tratante

Caídas

Los mareos, la inestabilidad para caminar y las barreras arquitectónicas (como el piso irregular y la ausencia de rampas adecuadas, etc.) constituyen los factores asociados frecuentemente con caídas y fracturas, las cuales se deben a la alta frecuencia de osteoporosis que se manifiesta en las personas adultas mayores. Si presenta alguna complicación como pérdida de la consciencia, fractura, imposibilidad para levantarse, dolor intenso, deformidad en una parte del cuerpo, convulsiones o hemorragia, será necesario derivarle al servicio médico.

Primeros auxilios

- En caso de caída, observar si la persona adulta mayor está consciente
- Medir sus signos vitales
- No mover a la persona del sitio de la caída hasta no asegurarse de que no tiene problemas en la columna vertebral

- Examinar el sitio de lesión, si se sospecha de alguna fractura debe inmovilizarse la región afectada con una férula (tablas delgadas y vendas)
- Las partes del cuerpo que con mayor frecuencia presentan fractura en la persona adulta mayor son la muñeca, la cadera y la columna vertebral

Quemaduras

Una quemadura es una herida superficial de la piel, aunque en ocasiones también abarca tejido graso, músculo e incluso hueso. Las causas más frecuentes son la exposición prolongada al sol o al fuego, fricciones o rozaduras de piel, corriente eléctrica y sustancias químicas.

Primeros auxilios

- Evitar mayor daño. Apagar con una manta mojada las ropas encendidas o hacer que la persona ruede por el piso, quitar las brasas pegadas en la piel; en caso de exposición a corriente eléctrica, retirar del cable de las personas electrocutadas
- Medir signos vitales
- Quitar la ropa y joyas situadas sobre o cerca de la zona quemada
- Colocar compresas de agua fría en la zona quemada. No se aplique ninguna sustancia sobre el área afectada
- Después se cubrirá la lesión con una venda estéril para evitar infecciones
- Pedir ayuda y permanecer con la persona hasta que llegue la o el profesional médico

Desmayo

Se refiere a la condición clínica, caracterizada por la pérdida súbita del conocimiento durante un corto lapso, debida con frecuencia al insuficiente aporte de sangre oxigenada al cerebro. La persona adulta mayor no se percata de lo que le acontece y cae al piso sin ninguna resistencia.

Primeros auxilios

- En caso de desmayo, se debe acostar a la persona en el suelo y bocarriba, de preferencia sobre una manta, pero sin almohada
- Verificar si la persona usa prótesis dental y retirarla, si es el caso
- Comprobar que la persona adulta mayor tenga latidos cardiacos y respire
- Revisar de cabeza a pies en busca de alguna herida o hemorragia
- Medir la glucosa en sangre con una tira reactiva

- Asegurarse de que las vías aéreas (nariz, faringe, laringe y tráquea) estén permeables, a lo largo de la extensión del cuello, y esperar la ayuda profesional
- Levantar las piernas de la persona y apóyelas sobre algo
- Aflojar cualquier prenda apretada (cinturones, corbatas o cuellos que pudieran impedirle respirar)
- Medir los signos vitales cada 10 minutos hasta que se presente el profesional de salud

Convulsiones

Las convulsiones se caracterizan por movimientos musculares involuntarios de una zona del cuerpo o generalizados, debido a una alteración cerebral (popularmente se le conoce como “ataque”).

Primeros auxilios

- En caso de que la persona adulta mayor presente convulsiones generalizadas, no debe intentarse sujetarla
- Cuidar que no se muerda la lengua, poniéndole un pañuelo entre los dientes
- Si tiene prótesis dental, debe retirarse de inmediato
- Quitar los objetos a su alrededor para que no se lastime
- Recostarla y vigilar sus signos vitales cada 15 minutos
- Medir la glucosa de la sangre mientras se presenta la o el profesional médico

Hemorragia

Es la pérdida de sangre por heridas en la piel o el sangrado de la nariz (epistaxis) debido al aumento de la presión arterial y la exposición prolongada al sol. Otro tipo de hemorragia frecuente es la originada en las úlceras presentes en el estómago, que se manifiestan mediante vómitos del vital líquido (hematemesis).

Primeros auxilios

- Se debe retirar o cortar la ropa que cubre la zona lesionada
- Aplicar presión directa, de preferencia con un pañuelo limpio, una gasa o venda estéril, para dar tiempo a que la sangre coagule
- Levantar la extremidad herida, pues de esa manera el flujo sanguíneo se reduce

- Acostar a la herida o herido, así disminuirá el flujo de sangre a la zona lesionada
- Medir signos vitales cada 15 minutos, mientras se presenta el personal médico
- En caso de sangrado por la nariz debido a la exposición al sol, se taponan las fosas nasales y se reduce la temperatura aplicando una compresa húmeda en la frente
- Si el sangrado de la nariz lo genera el aumento de la presión arterial, se taponan las fosas nasales y se lleva a la o el paciente a un servicio de urgencias
- En caso de vómito con sangre, llevar de inmediato a la o el paciente a un servicio de urgencias

Paro cardiaco y respiratorio

Se refiere a la situación clínica de cese de los latidos cardiacos y la respiración pulmonar, la cual puede ser la fase final de un padecimiento crónico, en cuyo caso no se justifica del todo la reanimación cardiopulmonar (RCP).

La persona adulta mayor, cuya circulación y respiración se han interrumpido por menos de cuatro minutos, tiene la excelente probabilidad de recuperación total si se administra la RCP rápido. En el periodo de cuatro a seis minutos es probable el daño cerebral, mientras que pasados seis minutos casi siempre se presentan afectaciones.

Si la persona adulta mayor presenta, de manera súbita esta alteración por algún accidente o descompensación del organismo, la o el cuidador debe llevar a cabo las siguientes maniobras.

Primeros auxilios

- Diagnosticar si la persona se encuentra en paro:
 - a. Determinar su capacidad de respuesta
 - b. Verificar los latidos cardiacos y la respiración (escuchar con estetoscopio o directamente con el oído)
 - c. Palpar el pulso de la arteria carótida (en el cuello, a un lado de la tráquea)
- Una vez diagnosticado el paro cardiorrespiratorio, colocar a la persona bocarriba en el piso, la cabeza en un nivel más bajo que los pies, con los brazos a lo largo del cuerpo y las piernas extendidas. Si es necesario voltearla o voltearlo, hacerlo como si se rodara un tronco
- Colocarse a un lado de la persona adulta mayor para una mejor RCP

- Revisar que las vías aéreas no estén ocluidas con objetos o alimentos, si tiene prótesis dental debe retirarse. Después de lavarse o desinfectarse las manos, en la revisión se emplean los dedos índice y medio. Los líquidos y semilíquidos se retirarán con ayuda de una tela; los sólidos, con el dedo índice en forma de gancho
- Se extiende la cabeza de la persona adulta mayor hacia atrás, colocando la mano derecha sobre su frente y se levanta la barbilla con los dedos de la otra mano, colocándolos por debajo del mentón y procurando no cerrar la boca
- Verificar si la persona adulta mayor respira; si la respuesta es negativa, proporcionar respiración artificial de boca a boca. Se aplicará ocluyendo las fosas nasales con el pulgar y el índice de la mano que está en la frente
- Abra bien su boca, aspire profundamente y selle el exterior de la boca de la o el paciente con su propia boca, dé dos soplos completos y cerciórese de que salga el aire. Repita la maniobra por 12 veces. Cheque el pulso carotideo por cinco segundos. Si no hay pulso, proceda al masaje cardiaco
- Pida a alguien que telefonee a una ambulancia
- El masaje cardiaco se aplicará en la parte media del esternón comprimiendo enérgicamente con ambas manos (el esternón deberá subir y bajar un promedio de 4 a 5 cm)
- Si la reanimación cardiopulmonar (RCP) la realiza una sola persona, la relación será de 15 masajes por dos respiraciones
- Si la RCP la proporcionan dos personas, una le aplicará respiración artificial, y la otra, el masaje cardiaco a un ritmo de cinco masajes por una respiración
- La RCP se continuará hasta que llegue la o el profesional médico o por un tiempo máximo de 20 minutos

Obstrucción de vías respiratorias

En esta situación de urgencias el sujeto sufre una obstrucción (oclusión) parcial o total de las vías respiratorias por alimentos u objetos (monedas, prótesis dental, etc.).

Primeros auxilios (Maniobra de Heimlich)

- Colóquese detrás de la víctima
- Pase sus brazos alrededor de la cintura de la persona adulta mayor

- Con la mano en puño, coloque el dedo pulgar en medio del abdomen de la persona adulta mayor, poco más arriba del ombligo y por debajo del extremo inferior del esternón
- Con su otra mano tome su puño y presione el abdomen de la víctima con movimientos rápidos y ascendentes
- En cada presión se intentará desalojar el objeto
- Presione repetidas veces hasta que se despeje la obstrucción (se expulse el objeto)
- Si la persona adulta mayor está en el suelo, empalme una mano sobre la otra y en la región descrita del abdomen presione hacia abajo con movimientos ascendentes hasta lograr que arroje el objeto. Vigile su cabeza para rotarla, si es necesario evitar que vuelva a tragar el objeto

Enfermedades agudas

Este tipo de enfermedades presentan molestias de manera repentina, como dolor, diarrea, vómito, mareo, aumento o disminución de la presión arterial.

Primeros auxilios

- Medir signos vitales
- Medir glucosa en sangre
- Enviar a la persona adulta mayor con la o el profesional médico

Cuidados de la persona adulta mayor sana y enferma en casa

Cuidados para la persona adulta mayor sana en el hogar

Tienen como objetivo principal mantener y prolongar la salud (funcionalidad física, mental y social); por lo tanto, se recomienda una serie de acciones y medidas preventivas que la persona adulta mayor, su familia y las o los cuidadores deberán poner en práctica mediante el autocuidado, la ayuda mutua y la autogestión. Es decir, cada individuo debe responsabilizarse de su propia salud y adoptar conductas en el hogar que le permitan llevar una vida independiente.

Es importante aclarar: se considera persona adulta mayor sana al sujeto, sin o con algún padecimiento crónico no terminal (cáncer, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson), que sea funcional física, mental y socialmente, tomando en cuenta su edad, género, escolaridad y cultura.

Por tal motivo, la o el cuidador deberá contar con información muy precisa sobre las atenciones para las personas adultas mayores sanas en el hogar. El objetivo es que le sepa brindar orientación. Por tanto, se recomienda que cuando exista alguna duda o se requiera una información más amplia, se consulten los capítulos específicos de este manual sobre la temática de interés, y si la información es insuficiente, deberá acudir con la o el médico a cargo.

Aspectos fundamentales en los cuidados para la persona adulta mayor sana en el hogar:

- Visitas periódicas al médico (una vez al mes)
- Vigilancia de presión arterial
- Vigilancia de peso
- Vigilancia de estatura
- Vacunación en la persona adulta mayor
- Exámenes de detección
- Alimentación

- Salud bucal
- Ejercicio físico
- Higiene del sueño
- Actividades de la vida diaria
- Prevención de caídas
- Recreación

Está demostrado que el cuidado de las personas adultas mayores en casa es una de las estrategias de salud más exitosa, pues además de prevenir enfermedades, permite mantenerlas en un entorno familiar y su comunidad, funcionales e independientes, y esto a largo plazo resulta menos costoso y ocasiona menor sufrimiento.

Lograr la meta requiere emprender una serie de cuidados y medidas preventivas, las cuales deberán enfocarse en mantener, prolongar o recuperar la salud y funcionalidad de las personas adultas mayores, para ello, se deben centrar en una buena alimentación y nutrición, ejercicio físico moderado y periódico e higiene del sueño.

Para estos objetivos es indispensable establecer una comunicación permanente con todos los integrantes de la familia que puedan apoyar en estas actividades preventivas.

Visitas periódicas con la o el médico

El control médico en las personas adultas mayores es fundamental para la prevención, detección oportuna y control de enfermedades. Se recomienda acudir con la o el médico cada dos meses, aunque no se tenga ninguna molestia física o emocional.

Vigilancia de la presión arterial

La hipertensión arterial es uno de los padecimientos de mayor frecuencia entre las personas adultas mayores. En México, más de 50% de las personas adultas mayores de 50 años la sufren, por lo que el riesgo de esta enfermedad siempre debe estar presente, con el fin de evitar su aparición y complicaciones. Por lo anterior es recomendable medir su presión arterial cada mes, aunque no sean hipertensas, y por lo menos cada semana, si la persona tiene hipertensión arterial controlada. Es necesario que la o el cuidador esté capacitado para ello.

Vigilancia de peso

El peso es un indicador fundamental del estado de salud, ya que una persona con sobrepeso enfrenta mayores riesgos de problemas cardiovasculares y diabetes mellitus. El aumento de peso puede tener su origen en la retención de líquidos, en las y los pacientes con problemas renales, hipertensión arterial y cardiacos. Por otro lado, una pérdida de peso no intencionada de más de 5% o más de 10% en seis meses, debe ser motivo de valoración médica, ya que podría estar cursando con un problema nutricional o algún padecimiento como diabetes mellitus, hipertiroidismo o cáncer.

El registro periódico del peso demanda tener en casa una báscula portátil bien calibrada; se recomienda pesarse cada mes, es necesario emplear siempre el mismo aparato de medición, de preferencia, debe ser por las mañanas en ayuno, después de ir al baño, con el mínimo de ropa y sin zapatos. Es conveniente registrar y anotar el peso en una libreta para llevar un control y disponer del dato preciso durante una visita médica.

Estatura

Éste es otro dato importante que se debe de registrar, ya que una disminución importante puede indicar un proceso acelerado de osteoporosis; algunos estudios reportan que a partir de los 50 años se pierden 1.5 cm de estatura por década. En este sentido, una pérdida mayor de estatura a lo establecido debe poner en alerta, así que se recomienda consignar la estatura cada seis meses en alguna institución de salud.

Vacunación en la persona adulta mayor

La vacunación es una de las medidas preventivas fundamentales durante el envejecimiento, por lo que es obligatorio asegurarse de que se cumpla con este cuidado solicitando su aplicación en los centros de salud. Las vacunas que se deben de aplicar periódicamente durante la vejez son las siguientes:

- Vacuna de la influenza: se debe aplicar cada año
- Vacuna antineumocócica: se debe aplicar mínimo cada diez años; en algunos programas de salud pública y de seguridad social la aplican en intervalos cortos (cada cinco años)
- Vacuna antitetánica-antidiftérica (TD): se debe aplicar mínimo cada diez años, en algunos programas de salud pública y de seguridad social la aplican en intervalos más cortos (cada cinco años)
- Vacuna contra Herpes Zoster: no se incluye en el cuadro básico de vacunación nacional, sin embargo, está disponible para su aplicación en medios privados. Es útil para prevenir la aparición de lesiones por

Herpes, las cuales pueden resultar muy dolorosas. Consulte con la o el médico la posibilidad de aplicación

Exámenes de detección

Los exámenes periódicos para la detección oportuna de padecimientos es una de las estrategias relevantes en el cuidado de las personas adultas mayores sanas en el hogar. Son los siguientes:

- **Glucosa en sangre:** se debe cuantificar la glucosa en sangre cada año, aunque no se tenga ninguna sintomatología, ya que la diabetes mellitus se presenta en más de 20% de los mayores de 60 años
- **Colesterol y triglicéridos:** se debe cuantificar la concentración de colesterol en sangre, incluyendo el colesterol HDL (colesterol bueno), que junto con los triglicéridos constituyen factores de riesgo para la aparición y las complicaciones cardiovasculares
- **Cuantificación de antígeno prostático:** se debe cuantificar el antígeno prostático como complemento del tacto rectal cada año, para detectar los problemas prostáticos que se presentan con mucha frecuencia durante la vejez
- **Detección oportuna de cáncer en la mujer:** es imprescindible realizar la citología cérvico-vaginal (Papanicolaou) y el examen manual de mama y mastografía cada dos años si el resultado previo resultó normal. Si presenta alguna alteración debe seguir las indicaciones de su médico. El cáncer en estas zonas se presenta con alta frecuencia en la vejez
- **Densitometría ósea:** se practica cada dos años si no se padece osteoporosis, en caso de diagnóstico positivo acudir a revisión cuando lo indique la o el médico
- **Electrocardiograma:** se debe practicar un electrocardiograma en reposo cada dos años, si el previo resultó normal. Si presenta alguna alteración debe seguir las indicaciones de la o el médico
- **Radiografía de tórax:** se debe practicar una radiografía de tórax cada dos años, si el último examen resultó normal. Este estudio detecta problemas de bronquios, alteraciones sugestivas de tuberculosis y crecimiento cardíaco. Si se presenta alguna alteración deben seguirse las indicaciones de la o el médico
- **Perfil tiroideo:** consiste en una prueba de sangre y sirve para evaluar la función de la glándula tiroides, la cual regula la energía que usa cada órgano del cuerpo. Se recomienda acudir a la o el médico para evaluar la necesidad de realizarla

Alimentación

La alimentación y nutrición durante la vejez es uno de los cuidados de mayor importancia para mantenerse sano; se ha comprobado que una alimentación suficiente en calidad y cantidad, acorde con la actividad física y el género, es fundamental en la prevención de enfermedades en las personas adultas mayores.

Por tanto, se recomienda a la o al cuidador revisar el apartado referente a la alimentación y nutrición durante el envejecimiento que se incluye en este manual. Ahí se presentan lineamientos generales para una dieta saludable durante esta etapa.

Salud bucal

El buen estado y funcionamiento de la boca constituye una parte muy importante para mantener la salud y el buen estado nutricional en las personas adultas mayores. Al igual que otros órganos y sistemas, también sufre cambios durante el proceso normal de envejecimiento, por lo que deben extremarse los cuidados en las personas adultas mayores. Entre los problemas más frecuentes de esta etapa de la vida destacan las caries de la raíz del diente, la enfermedad periodontal (o de las encías) y el edentulismo (pérdida total de los dientes).

Medidas preventivas recomendadas para una buena salud bucal:

- Aunque no exista dolor se debe acudir con la o el odontólogo para la detección oportuna y el tratamiento de lesiones cada seis meses
- Es necesaria la higiene bucodental después de la ingesta de alimentos; deben seguirse las indicaciones de la o el odontólogo
- Realizar el autoexamen bucal como se indica en el apartado sobre padecimientos bucodentales durante el envejecimiento
- Si se utiliza prótesis dental, debe practicarse los cuidados higiénicos señalados en el apartado de padecimientos bucodentales

Ejercicio físico

Esta actividad ayuda al buen funcionamiento cardiovascular, muscular y articular; mejora el retorno venoso; regula la tensión arterial, disminuye los niveles de azúcar en sangre, retarda la pérdida de calcio, mejora la función intestinal y regula los niveles de colesterol en sangre.

Está demostrado que el ejercicio físico es un elemento clave para lograr un envejecimiento exitoso. Muchas personas adultas mayores lo consideran una pérdida de tiempo o se catalogan como incompetentes para realizarlo, lo cual es erróneo, ya que está indicado para todas las edades, por lo que se

debe practicar en forma periódica, incluyéndolo como un hábito saludable del estilo de vida.

Higiene del sueño

El sueño es una de las funciones fisiológicas fundamentales para mantener la salud y evitar la aparición de padecimientos, ya que le permite al organismo recuperarse del trabajo intenso durante el día y eliminar las sustancias tóxicas acumuladas; asimismo, durante él se producen sustancias necesarias para el funcionamiento saludable de todo el cuerpo. Por estas razones, las personas adultas mayores deben dormir el número suficiente de horas reparadoras.

Actividades de la vida diaria

Las personas adultas mayores experimentan un déficit funcional gradual individualizado debido al proceso normal de envejecimiento; sin embargo, éste puede evitarse o diferirse si se establece un programa de ejercicio físico moderado, periódico, aunado a una alimentación adecuada.

Las actividades básicas de la vida diaria como bañarse, vestirse solo, ir al baño y alimentarse de manera independiente, se deben reforzar en todo momento, ya que la asistencia innecesaria en éstas repercutirá negativamente en la salud de las personas adultas mayores.

Por otro lado, si la persona adulta mayor está en condiciones de llevar a cabo actividades de la vida diaria instrumentales, como preparar alimentos, hacer compras, manejar algunos gastos, realizar quehaceres del hogar (lavar, barrer, limpiar), debe continuar con dichas tareas y solo se les debe asistir parcialmente cuando sea necesario.

Hay que evitar caer la idea errónea de que las personas adultas mayores ya trabajaron mucho y deben descansar o suponer que a quienes se quiere no se les deja hacer nada. Recuerde que el movimiento es vida.

Prevención de caídas

Las caídas es uno de los problemas más frecuentes durante la vejez; provocan limitaciones físicas secundarias, fracturas y, en un alto porcentaje, son causa de muerte, por tal motivo, es preciso establecer medidas estrictas en el hogar para evitar este problema.

La mejor estrategia para prevenirlas en el hogar es eliminar las barreras arquitectónicas que impidan a la persona adulta mayor desplazarse sin riesgos y en forma autónoma dentro de su hábitat, así como mantener la iluminación adecuada de espacios, evitar el tránsito libre de mascotas pequeñas y asegurar el uso de aditamentos protésicos como bastones y lentes.

Recreación

Ésta es, para la persona adulta mayor, una parte importante en el mantenimiento de la salud. Se le considera una parte imprescindible para el ser humano, es importante planearla con base en el gusto, preferencias y aficiones.

Las actividades al aire libre, manualidades, juegos de mesa, actividades artísticas y sociales fortalecen las funciones cognitivas como la memoria, la atención y el lenguaje.

Está demostrado que la falta de recreación y de actividades placenteras tiene efectos negativos en la salud de la persona adulta mayor, de ahí que la recreación sea considerada como un factor saludable.

La recreación debe ser individualizada, es decir, para cada persona se debe considerar edad, género, escolaridad, situación económica, ocupación durante la juventud, aspectos culturales e intereses. Se debe motivar en todo momento a las personas adultas mayores para participar en los programas de esparcimiento, sin crear incomodidad en el individuo y sin que éste se sienta forzado a tomar parte sin estar convencido. Por tal motivo, antes de sugerir algún programa de diversión es imperativo analizar y discutir con la persona adulta mayor las diferentes opciones para que elija la que le parezca más adecuada.

Cuidados para la persona adulta mayor enferma en el hogar

El envejecimiento es un proceso fisiológico normal, durante su curso ocurren cambios biológicos y psicológicos con repercusiones sociales. También es una etapa de la vida de alta vulnerabilidad para el desarrollo de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas, las cuales surgen por predisposición genética, estilo de vida y ambiente.

Las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia durante la vejez son padecimientos cardíacos, cáncer, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad vascular cerebral, respiratorios, de hígado, artritis y osteoporosis, entre otros. Con frecuencia ocasionan limitaciones físicas que incapacitan a las personas adultas mayores, así que propician una dependencia física y social; generan altos costos que afectan la economía de la persona, de la familia y de las instituciones de salud; de ahí la importancia de brindarle una atención adecuada a quienes se encuentran enfermas en el hogar, con el fin de mantener, prolongar o recuperar su funcionalidad física, mental y social considerando la edad, diagnóstico clínico y redes de apoyo social.

Es importante que la o el cuidador, la familia y la persona adulta mayor tengan presente que pocos casos ameritan hospitalización, y cuando esto sea necesario se debe procurar el egreso hospitalario lo más pronto posible para continuar con el tratamiento en el domicilio.

Situaciones clínicas que ameritan hospitalización:

- Padecimientos quirúrgicos (cirugías)
- Descompensación de padecimientos crónicos (diabetes, hipertensión arterial)
- Embolia cerebral
- Infarto cardíaco
- Fractura de cadera
- Padecimientos que cursen con insuficiencia respiratoria (asma, neumonía)
- Delirium por padecimientos agudos
- Cualquier otro padecimiento agudo o crónico que ponga en peligro la vida de la persona adulta mayor

De manera errónea, algunas o algunos familiares exigen la hospitalización y procuran evitar el egreso de la persona adulta mayor enferma sin considerar que su estancia en el nosocomio constituye un factor de riesgo importante para el surgimiento de padecimientos infecciosos, los cuales repercuten negativamente en la funcionalidad, mental y social.

En este sentido, se señala que un alto porcentaje de personas adultas mayores ingresan al hospital caminando y egresa en silla de ruedas o en camilla, debido a que la estancia hospitalaria, sobre todo cuando es prolongada, puede repercutir negativamente en la funcionalidad física, mental y social.

Esto no significa que la persona adulta mayor no debe recibir tratamiento hospitalario, sino que debe solicitarse solo cuando el caso lo amerite y únicamente el tiempo requerido para controlar el riesgo de muerte.

En relación con lo anterior, familiares, las o los cuidadores solicitan el ingreso hospitalario porque no están preparados para brindar el manejo adecuado a la persona adulta mayor enferma en el hogar.

Por tal motivo, aquí se presentan los lineamientos generales para su atención con el fin de que la o el promotor, con el apoyo del profesional de salud, capacite y brinde asesoría a las y los familiares de la persona adulta mayor con padecimientos crónicos.

El cuidado en el hogar tiene como finalidad mantenerla en casa con la familia, proporcionarle cariño, atención, medidas de bienestar sin necesidad de hospitalizarla o institucionalizarla, lo que también evita riesgos y complicaciones, además de favorecer una vida más independiente.

Para proporcionar este cuidado en el hogar es importante conocer cuáles son los cuidados básicos para todas las personas adultas mayores, así como los más adecuados para cada padecimiento o limitación física.

Cuidados básicos

- Medición y registro de signos vitales
- Baño de esponja en cama
- Aseo de cavidades
- Higiene de boca y dentadura postiza
- Cuidados de la piel
- Movilización en cama
- Medidas para prevenir el estreñimiento
- Recomendaciones para la alimentación de la persona adulta mayor enferma
- Recomendaciones y precauciones para la administración de medicamentos en la persona adulta mayor
- Consejos para recordar las tomas de medicamentos

Cuidados específicos

- Signos y síntomas de alarma
- Cuidados para la prevención del pie diabético
- Vigilancia y cuidados para prevenir úlceras de presión
- Curación de heridas
- Cuidados de la persona adulta mayor con incontinencia urinaria
- Cuidados de la persona en fase terminal

Medición y registro de signos vitales

Los signos vitales son los indicadores clínicos del estado de salud física del ser humano, permiten detectar alguna alteración, mejoría o si está en peligro la vida de la persona; además, son útiles en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, por lo que es muy importante hacer una medición y un registro precisos.

Los signos vitales que se deben valorar son presión arterial, pulso, respiración y temperatura. Es necesario registrarlos diario, las veces que la o el médico lo indique; se pueden anotar en una libreta indicando la fecha, hora y cifra exactas. Si se detecta alguna alteración deberá comunicársele de inmediato a la o el médico.

Baño de esponja en cama

Éste es muy recomendable para los enfermos en cama en reposo absoluto, o para los que por su enfermedad están incapacitados para realizar su aseo personal, ya que además de ser saludable siempre resulta muy relajante y estimulante para la o el paciente. El baño de esponja en cama estimula la circulación por medio del masaje y el movimiento; proporciona bienestar, descanso e induce el sueño. Se le debe realizar a la o el paciente mínimo cada tercer día.

Aseo de cavidades

Es fundamental el aseo de cavidades en las y los pacientes encamados para facilitar la eliminación de sustancias de desecho del cuerpo. Las cavidades que deben limpiarse son oídos, nariz, boca y genitales.

Este aseo es recomendable diariamente, se puede aprovechar el momento en que se realiza el baño de esponja en cama.

Aseo de oídos

Se recomienda utilizar cotonetes de algodón, gasas o toallas para el aseo de los pabellones auriculares (orejas).

Procedimiento:

- Colocarse al lado de la o el paciente
- Humedecer con agua tibia el cotonete o gasa, agregar un poco de jabón y limpiar solo la parte externa del oído; nunca se introduzca algún objeto al interior: limpiar con movimientos rotatorios y suaves el pabellón auricular las veces que se considere necesario; luego, secar muy bien con la gasa o toallita seca
- Voltear a la o el paciente del lado contrario y repetir los mismos pasos en el otro oído. Si la persona utiliza algún aparato para oír mejor, se recomienda limpiarlo diariamente con agua y jabón

Aseo de nariz

Utilizar agua limpia o de manzanilla para el aseo, pues ésta ayuda a evitar la resequedad de las narinas; se recomienda utilizar cotonetes de algodón.

Procedimiento:

- Realizar por separado el aseo de cada orificio de la nariz (narina)
- Utilizar un cotonete de algodón en cada orificio
- Humedecer el cotonete en el agua, introducirlo en la narina con cuidado de no insertarlo demasiado para no lastimar a la o el paciente. Realizar movimientos muy suaves, de dentro hacia afuera, las veces que sea necesario. Se pueden aplicar, antes de la limpieza con un gotero, gotas de agua en la nariz para reblandecer y así evitar causar daño en la persona (no utilice gotas medicinales si no las ha indicado la o el médico)

Aseo de genitales

Los órganos genitales masculinos y femeninos producen secreciones por lo que se requiere de aseo diario para eliminarlas y evitar los olores desagradables, así como prevenir infecciones y proporcionar bienestar a la persona adulta mayor.

Utilice jabón neutro, recipiente con agua tibia, gasas o algodón, guantes, cómodo, un hule y una toalla para secado.

Procedimiento:

- Preparar y tener a mano todo lo necesario

- Explicarle a la persona adulta mayor el procedimiento y pedir su colaboración.
- Utilizar el hule para evitar mojar la cama
- Colocar el cómodo por debajo de los glúteos
- Pedirle a la persona adulta mayor que flexione las rodillas y separe las piernas, cubrirla con una sábana
- Colocarse los guantes e iniciar el aseo enjabonando primero el pubis, muslos e ingles; si la persona es del sexo femenino, para asear los grandes labios sepárelos con los dedos índice y medio. En el caso del sexo masculino, lavar el pene tratando de bajar el prepucio para limpiarlo completamente. Por último, lave la región anal
- Desechar la gasa o algodón al limpiar cada región, enjuagar con agua tibia a chorro y secar perfectamente. Por último, retirar el cómodo y el hule de la cama

Higiene de boca y dentadura postiza

El cuidado y la higiene de la boca requieren especial atención para las personas adultas mayores enfermas que están encamadas e incapacitadas, pero sobre todo para quienes están inconscientes y reciben oxígeno o alimentación por sonda. Llevarla a cabo permite retirar secreciones, como moco y flemas, que se producen normalmente y se adhieren a los dientes y lengua provocando olor desagradable, ulceraciones, grietas e infecciones. Con una buena higiene también se previenen caries dentales y se proporciona bienestar a la o el paciente. Utilizar cepillo dental con cerdas suaves y pasta dental. Cepille muy bien los dientes y la lengua después de las comidas.

Cuando la persona adulta mayor esté inconsciente se le abre la boca con un abatelenguas protegido con gasa para evitar mordeduras. Emplear agua con bicarbonato. Evitar los cepillos; mejor hacerlo con cotonetes de algodón o gasas. Colocar una almohada detrás de la cabeza y los hombros de la o el paciente para mantenerlo semisentado; introducir y pasar la gasa entre los carrillos, dientes, muelas y lengua; hacer movimientos hacia arriba y hacia abajo hasta retirar todas las secreciones; lubricar sus labios.

Cuidados a la dentadura postiza

Para mantener este tipo de dentadura en buenas condiciones es necesario lavarla diariamente con un cepillo de cerdas duras y enjuagarla al chorro del agua. Antes de colocarla a la o el paciente se debe enjuagar bien su boca, porque se adhiere mejor con las encías húmedas. Primero se coloca la parte superior y luego la parte inferior. Debe tenerse cuidado al quitársela y ponérsela porque podría romperse. La dentadura debe colocársela la

persona adulta mayor todas las mañanas, mantenerla a lo largo del día y retirarla por las noches. Cepillarla, enjuagarla y ponerla en un vaso con agua. En caso de tener prótesis mal ajustadas (movibles) se recomienda asistir con el dentista.

Cuidados de la piel

Debido al envejecimiento la piel experimenta grandes cambios: pérdida de la elasticidad, resequedad, arrugas, mayor sensibilidad a traumatismos, aparición frecuente de moretones, manchas y pérdida de la sensibilidad.

Está comprobado que cuando la o el enfermo permanece mucho tiempo en cama, en reposo absoluto, en una misma posición, la piel sufre graves lesiones y aparecen llagas (úlceras) por la presión constante, lo que genera problemas circulatorios.

Recomendaciones

Examinar la piel periódicamente buscando zonas oscurecidas, presencia de moretones, ampollas y alguna otra lesión; es recomendable lavarla con jabón neutro, mantenerla seca, lubricarla con cremas hidratantes o aceite de almendras dulces; es importante darle masaje diariamente para estimular la circulación y realizar cambios de posición cada dos horas para evitar las llagas (úlceras por presión). La piel limpia y seca también previene la proliferación (crecimiento) de bacterias y hongos.

Movilización en cama

Uno de los aspectos más importantes en el cuidado de la persona adulta mayor enferma en casa es la movilización en cama, sobre todo en pacientes graves, inconscientes o incapacitados por parálisis como consecuencia de una enfermedad vascular cerebral (embolia). En estos casos es fundamental movilizarlos (cambiarlos de posición) cada dos horas para prevenir complicaciones: úlceras por presión (llagas), estreñimiento, neumonía (infección de los pulmones), pérdida de la movilidad y deformación de las articulaciones.

Es oportuno que la o el cuidador de la persona adulta mayor conozca una forma sencilla y práctica para ayudar a mover o cambiar de posición con facilidad a la o el paciente.

Posiciones más recomendadas para la persona adulta mayor enferma en casa:

Decúbito lateral izquierdo (de lado sobre su costado izquierdo): solicitar ayuda si es posible, si no, pedir a la persona adulta mayor que colabore. Estando la o el paciente boca arriba flexionarle la pierna contraria al lado que se desea voltearlo, meter la mano por debajo de la espalda y girarlo hacia el lado izquierdo. Durante los cambios de posición se debe aprovechar

para dar masaje en todo el cuerpo para activar la circulación y aumentar la estimulación sensorial (sensibilidad del cuerpo).

Decúbito lateral derecho: siga los mismos pasos que en el anterior y realice la maniobra de igual forma.

Semifowler (semisentado): se recomienda utilizar dos almohadas, las cuales se colocan por atrás de los hombros y la cabeza de la o el paciente. La o el cuidador debe ayudarse girando a la persona adulta mayor sobre su costado, colocar las almohadas y regresarla a su posición inicial.

Sentado: la o el cuidador se sienta en la cama de frente a la o el paciente; a la altura de su cintura, debe tomar su brazo más cercano por debajo de la axila; pedirle a la persona adulta mayor que también tome el brazo opuesto de la o el cuidador por debajo de la axila; éste debe hacer palanca con su cuerpo hacia atrás y jalarlo hacia él hasta sentarla.

Movilizarlo hacia arriba: si la o el paciente está consiente, solicitar su ayuda pidiéndole que se impulse hacia arriba con sus codos y talones. Si está incapacitado solicitar la ayuda de otra persona. Emplear una sábana doblada a la mitad colocándola por debajo de la espalda y la pelvis de la o el paciente, ambas personas deben tomar, simultáneamente, las puntas de la sábana de cada lado y al mismo tiempo levantarlo y deslizarlo hacia arriba.

Colocación del cómodo: si la o el paciente está consiente, pedirle que se apoye en sus codos y talones levantando su pelvis (cadera). Antes de introducir el cómodo poner una toallita de papel para evitar enfriamientos. Dejarla sola o solo, respetar su intimidad. Al terminar, pídale que ella o él limpie la región perianal y posteriormente proporcionele un lavamanos con agua tibia y jabón para que se lave. Si la o el paciente está incapacitado y no puede colaborar, ponerlo sobre su costado izquierdo, colocar su mano sobre su espalda tratando de voltearla o voltearlo lo más que se pueda, meter el cómodo y girarlo sobre ella o él nuevamente. Dejarla sola o solo; al terminar limpiar con agua y jabón la región perianal y retirar el cómodo siguiendo los mismos pasos que al colocarlo.

Ejercicios de rehabilitación activos y pasivos para persona adulta mayor enferma en cama: cuando la persona adulta mayor permanece por periodos muy largos en la cama debe ser estimulada a realizar ejercicios para incrementar su resistencia física, fuerza muscular y habilidad funcional.

Ejercicios activos: el objetivo de estos ejercicios es mantener la movilidad de las articulaciones, a la vez que se realizan estiramientos musculares para ayudar a mantener la capacidad respiratoria y evitar la aparición de deformidades, así como conseguir su máxima independencia. La persona adulta mayor los realizará de acuerdo con su capacidad y resistencia, intercalando periodos de

descanso y de movilidad. Si aparece fatiga o dolor excesivo se interrumpirán hasta que la o el paciente se recupere por completo.

En estos ejercicios la o el paciente realiza movimientos de flexión, extensión y rotación de cabeza, cuello, hombros, tronco, espalda, manos, dedos y piernas. Deberá hacerlo suavemente, sin llegar a ocasionarse dolor. Cada ejercicio deberá repetirse diez veces y podrá aumentar el número de repeticiones de acuerdo con la tolerancia de la o el paciente.

Ejercicios pasivos: en este tipo de ejercicios la región del cuerpo la mueven otras personas. Es posible realizarlos en la cama de la persona adulta mayor; ayudan a evitar la pérdida de movilidad y la deformación de las articulaciones. Se recomienda realizar ejercicios pasivos de flexión, extensión y rotación en articulaciones de cabeza, cuello, hombros, brazos, codos, muñecas, manos y dedos, piernas y dedos de los pies.

Al realizar este tipo de ejercicios es importante que la o el cuidador siga las instrucciones de los ejercicios activos antes señalados y los realice suavemente y en forma progresiva dos veces al día de 10 a 20 minutos por sesión.

Medidas para prevenir el estreñimiento

El estreñimiento o dificultad para defecar por la dureza de las heces, es una de las alteraciones más frecuentes que presentan las personas adultas mayores enfermas, que permanecen encamadas por periodos muy largos.

Causas:

- Inmovilidad
- Disminución en la ingesta de líquidos
- Dieta pobre en fibra y residuo
- Abuso de purgantes o laxantes

Medidas preventivas:

- Se debe de evitar la inmovilidad
- Sortear la permanencia en cama por periodos muy largos
- Estimular a la persona adulta mayor para que camine
- Evitar el uso de laxantes y purgantes
- Tomar alimentos ricos en fibra (frutas: manzana, melón, papaya, jugo de naranja, espinacas; cereales: avena, salvado, pan integral, frutas secas y leguminosas [lentejas])

- La dieta con fibra y residuo debe acompañarse con un aumento en el consumo de líquidos
- Evitar la ingestión de harinas, pastas, pasteles, pan, tortillas y grasas, ya que favorecen la formación de heces duras
- Tomar de litro y medio a dos litros de agua diarios (si no existe contraindicación)

Ejercicios preventivos

- Acostada y acostado en la cama, pedirle a la o el paciente que flexione las piernas tratando de llevar las rodillas hacia el estómago
- Realizar ejercicios de flexión y extensión en las piernas
- Proporcionar masaje, siguiendo las manecillas del reloj, en todo el abdomen para estimular los movimientos del intestino y permitir la salida de heces fecales
- Recordarle a la persona adulta mayor que debe responder al reflejo de defecación y tratar de ir al baño de inmediato
- Proporcionar ayuda para que la persona adulta mayor pueda ir al baño a defecar si así lo prefiere; dejarla sola en ese momento, vigilarla y mantenerse cerca por si necesita ayuda
- Si la o el paciente está imposibilitado para ir al baño, ofrecerle el cómodo y dejarla o dejarlo solo (evite enfriamientos, ponga una toallita de papel sobre el cómodo)
- Si aún aplicando las medidas antes señaladas la o el paciente continúa estreñido, se deberá avisar de inmediato a la o el médico para que él determine qué tratamiento debe seguirse

Recomendaciones para la alimentación de la persona adulta mayor enferma

En las personas adultas mayores enfermas, la falta de apetito (anorexia) es muy frecuente, lo grave es que puede llevarla o llevarlo a una desnutrición que empeoraría aún más la enfermedad o contribuir a que se presenten otras complicaciones. Por tanto, es importante considerar algunas recomendaciones útiles para mejorar la alimentación de la persona adulta mayor enferma en casa:

- Es importante considerar la dieta indicada por la o el médico
- Elegir alimentos con alto valor nutricional
- Considerar los gustos y preferencias de la persona adulta mayor al seleccionar los alimentos

- Elegir aquellos con alto contenido en fibra y residuo que faciliten la defecación, además de ayudar a prevenir el estreñimiento y la constipación, por ejemplo: frutas, verdura, granos y cereales (avena y salvado)
- Programar y respetar los horarios de las comidas
- Evitar los ayunos prolongados
- Los alimentos deben tener una presentación agradable a la vista de la o el paciente
- Servirse a una temperatura adecuada
- Evite que la persona adulta mayor enferma coma sola
- Si es necesario, asistir a la o el paciente cuando coma
- No expresar comentarios desagradables durante la comida
- En ocasiones resulta muy agradable comer fuera de la habitación; sugerir tomar el desayuno o la comida en otro espacio (jardín, si lo hay)
- Otras veces puede desayunar o comer viendo un programa de televisión o escuchando música de su agrado
- Evitar el consumo de papillas, ya que pueden ocasionar atrofia (que disminuya la función de los músculos masticatorios). Las papillas sólo están indicadas en personas enfermas con problemas para deglutir; en su lugar, conviene proporcionar alimentos de consistencia blanda
- Tener paciencia y darle su tiempo a la o el paciente para comer, no lo apesure
- Si no quiere comer, platicar con ella o él, no obligarlo u obligarla, ni regañarla o regañarlo; mejor animarla o animarlo recordándole que es importante que coma para recuperar más rápidamente su salud
- Proporcionarle agua y jabón para que se lave, o ayudarla o ayudarlo a lavarse las manos antes de cada comida
- Mantener la higiene de la boca proporcionándole cepillo y pasta dental para que se lave los dientes y, si es necesario, proporcionarle ayuda
- Si la persona adulta mayor continúa sin apetito y ha dejado de comer varios días será necesario avisar a la o el médico, quien determinará si se debe proporcionar alimento por sonda, para lo cual es indispensable capacitarse en su manejo

Recomendaciones y precauciones para la administración de medicamentos en la persona adulta mayor

La administración de medicamentos es uno de los cuidados fundamentales para la recuperación y control de la persona adulta mayor enferma en el hogar. Por tal motivo, la o el familiar, la o el cuidador no debe tener ninguna duda para la dosificación, combinación de medicamentos, horarios, posibles reacciones secundarias e interacciones con otras medicinas.

Lineamientos recomendados:

- Los medicamentos deben tomarse siempre bajo indicación médica y a las horas que establezca la o el profesional de la salud
- Tener muy clara la vía y la dosis del medicamento que se tomará o administrará
- Revisar siempre la fecha de caducidad del medicamento, pues si ya ha caducado (perdido su efecto) no será de utilidad terapéutica
- No tomar medicamentos con el estómago vacío, pues puede irritarlo y ocasionar gastritis (inflamación de la mucosa gástrica)
- Los medicamentos no deben interrumpirse (nunca suspenderlos por cuenta propia)
- No combinar varios medicamentos en una sola toma, pues además de alterar la acción del otro, se pueden presentar reacciones secundarias graves (consultar a la o el médico a cargo)
- Si la persona adulta mayor tiene problemas de deglución será necesario triturar (moler) las tabletas; en el caso de las cápsulas no se debe quitar la capa entérica (plástico) porque puede irritar la mucosa del estómago. En caso de molestias es necesario consultar con la o el médico la posibilidad de cambiar la presentación del medicamento
- No tomar el medicamento por más tiempo del indicado por la o el médico, pues puede producir efectos tóxicos
- Es importante recordar que los medicamentos pueden ocasionar mayores reacciones secundarias en las personas de edad avanzada, debido al proceso normal del envejecimiento, por lo que no deben automedicarse
- Se deben vigilar los signos y síntomas que pudiera presentar la o el paciente después de la ingestión de los medicamentos
- Evitar, hasta donde sea posible, ingerir remedios caseros mientras se está con tratamiento médico

- En las personas adultas mayores con problemas mentales se deben tener los medicamentos en lugares frescos y secos
- Conservar las recetas y los frascos originales de los medicamentos para evitar equivocaciones
- Conservar las recetas anteriores y mostrarlas a la o el médico en su próxima visita
- Suministrar dieta sin irritantes
- Tomar suficiente cantidad de líquidos; es recomendable beber de litro y medio a dos litros de agua (si no existe contraindicación)

Consejos para recordar las tomas de medicamentos

- Poner en sobres pequeños los medicamentos del día; señalar en cada uno de ellos, por ejemplo: desayuno, comida y cena
- Se recomienda comprar en el mercado una cajita de plástico con compartimentos para colocar los medicamentos de cada día y tenerla a la vista
- Pegar etiquetas con letras grandes en las cajas de los medicamentos y escribir en ellas las horas, o bien desayuno, comida y cena, además del día o días de la semana en que tienen que tomarse

Cuidados específicos

Signos y síntomas de alarma

Existen algunos signos y síntomas de alarma que ponen sobre aviso que la vida de la o el enfermo está en peligro. Por tanto, es importante que la o el cuidador de la persona adulta mayor enferma los conozca y detecte en forma eficaz y oportuna para evitar complicaciones que podrían ser irremediables.

Signos y síntomas de alerta:

- Aumento repentino en la presión arterial, el pulso, la respiración o la temperatura
- Aumento de glucosa (azúcar) en sangre por arriba de 160 mg/dl o baja significativamente menor de 60 mg/dl
- Piel fría, pálida y húmeda
- Coloración azul (cianosis) en labios, manos, uñas o todo el cuerpo
- Dolor intenso en el pecho

- Dolor intenso o calambres en brazo izquierdo
- Palpitaciones, pulso rápido y débil
- Dificultad para respirar
- Respiraciones rápidas y profundas
- Respiración lenta y superficial
- Sangrado por cualquier parte del cuerpo
- Sangrado por la nariz
- Sangre en la orina
- Sangre en el excremento
- Vómito con sangre fresca o aspecto de café molido
- Vómito continuo
- Diarrea continua
- Náuseas durante periodos prolongados
- Dolor de cabeza frecuente e intenso
- Visión borrosa
- Mareos, sensación de vértigo
- Palabras o frases sin sentido (incongruencia, estado de confusión)
- Alucinaciones visuales y auditivas (ver o escuchar cosas inexistentes)
- Adormecimiento u hormigueo en pies y manos
- Parálisis en alguna parte del cuerpo
- Pérdida del habla
- Pasividad, angustia
- Presencia de convulsiones (movimientos del cuerpo involuntarios)
- No orinar
- No obrar (evacuar) en varios días y sin causa aparente

Si la o el paciente presenta algunos de estos signos y síntomas, la o el familiar, cuidadora o cuidador responsable se debe poner en contacto con

la o el médico tratante para que lo oriente sobre las medidas que se deben adoptar y, si es necesario, solicitar una valoración hospitalaria.

Cuidados para prevenir el pie diabético

El pie diabético es una complicación que puede presentar la persona adulta mayor con diabetes mellitus. Se caracteriza por una disminución parcial o total de la circulación sanguínea de la parte distal del pie, por lo general en los dedos, asociada a una infección local, cuyo tratamiento es la amputación (cortar parcial o totalmente el pie). Por tal motivo, es fundamental establecer medidas preventivas para evitarla. Se sugiere examinar diariamente con detenimiento sus pies en busca de callosidades, deformación de los dedos de los pies, úlceras, hormigueo, cambios en la coloración y la temperatura.

Se recomienda lavarlos diario con agua tibia y jabón neutro, secar perfectamente, sobre todo los espacios entre los dedos, lubricarlos y mantenerlos ventilados; es importante revisar en las uñas el color, grosor anormal o infección por hongos; el corte de uñas se debe realizar con regularidad, procurando que sea en forma cuadrada o solo se limen, utilizando para ello una lima fina; no cortar cualquier callosidad.

Es conveniente usar calcetas de algodón sin resorte y cambiarlas diariamente; se recomienda que la persona adulta mayor no camine descalza, ya que podría lesionarse con algún objeto; además, debe usar calzado cómodo y utilizar sandalias para bañarse.

Evitar la aplicación de parches, soluciones y la automedicación.

No usar bolsas con agua caliente ni almohadillas eléctricas para calentar sus pies, pues podrían ocasionarle quemaduras.

Es recomendable hacer ejercicio (caminatas sobre superficies planas) diariamente y elevar los miembros inferiores para mejorar la circulación.

En caso de detectar alguna de las alteraciones anteriores, acudir de inmediato con la o el médico o con la o el podólogo, se sugiere visitarlo cada seis meses.

Vigilancia y cuidados para prevenir úlceras por presión

La úlcera (llaga), una lesión de la piel puede ser muy superficial o más profunda, incluso llegar hasta el hueso. Esta lesión aparece por presión prolongada en alguna zona del cuerpo. Su curación es muy lenta y a veces se complica, sobre todo en personas adultas mayores con problemas circulatorios.

Causas

Inmovilidad: cuando la movilidad es muy limitada y la persona adulta mayor permanece sentada o sentado, encamada o encamado durante largo tiempo.

Falta de higiene de la piel: el contacto prolongado con ropas húmedas, incontinencia urinaria (salida involuntaria de la orina), incontinencia fecal (salida involuntaria de excremento), sequedad extrema de la piel, descamación o grietas pueden irritar la piel.

Alimentación inadecuada: cuando la persona adulta mayor ha sufrido una pérdida de peso importante o cuando es obesa y presenta zonas de la piel poco vascularizada (con poca circulación) y la presión constante favorece las úlceras.

Diabetes: las personas adultas mayores con problemas circulatorios y que tienen presión constante en alguna zona del cuerpo sufren la presencia de úlceras que aparecen con mayor frecuencia en talones, región sacra, coxis (“rabadilla”), omóplato (espalda), dedos de los pies y rodillas.

Vigilancia y cuidados para prevenir las úlceras por presión

Disminuir la presión constante sobre la piel: se logrará, principalmente, por medio de los cambios de posición que deberán realizarse cada dos horas en una persona adulta mayor encamada; además, es muy recomendable utilizar colchón de aire o de agua, sobre todo para quienes permanecerán mucho tiempo en ellos.

Cambios de posición que se recomiendan para prevenir úlceras por presión:

Posición decúbito supino (bocarrriba): las zonas que se deben proteger son los talones, la pelvis, región sacra o coxis (“rabadilla”); para ello es conveniente utilizar un colchón de agua y colocar una almohada o toalla debajo de la cintura, otra debajo de los muslos y una más debajo de las piernas. De esta forma se conseguirá aliviar la presión en la pelvis, gemelos y talones.

Posición de decúbito prono (bocabajo): las zonas que necesitan protección son las rodillas, dedos de los pies y cadera (cara anterior); las almohadas se colocarán en el abdomen, muslos, piernas y tobillos.

Posición de decúbito lateral (sobre el lado derecho o izquierdo): se protegerá la parte superior de la pierna (fémur), rodilla y tobillos. Se colocará una almohada entre las dos piernas con el fin de evitar que una rodilla se apoye sobre la otra.

Sedestación (sentado): se protegerá la presión sobre los omóplatos (espalda o paletas), la pelvis, coxis (“rabadilla”) y los talones.

Los cambios de posición deberán realizarse levantando a la o el paciente, el movimiento nunca debe hacerse jalándola o jalándolo, arrastrándola o arrastrándolo. La mejor posición para evitar las úlceras por presión es

la de decúbito lateral (de lado derecho o izquierdo). Es recomendable adoptarla por la noche, ya que favorece la respiración y el sueño de la persona adulta mayor. Se recomienda utilizar almohadillas rellenas de alpiste, toallas enrolladas, según sean necesarias; están indicadas en los cambios de posición.

Voluntad Anticipada

Es la decisión personal de ser sometida o sometido, o no a medios, tratamientos y procedimientos médicos que pretendan prolongar la vida cuando la persona adulta mayor se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento su dignidad.

Se crea para garantizar y extender la autonomía individual, evitar la obstinación terapéutica respetando los derechos de los individuos y su autonomía.

Para el caso de la Ciudad de México, está prevista en la Constitución Política local.

El Artículo 1 de la norma establece el derecho a la autodeterminación personal. Más adelante precisa que:

- *“La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”*

La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal se aprobó el 7 de enero de 2008 y fue actualizada el 27 de agosto del 2012. En la actualidad contamos con leyes similares en diferentes estados del país.

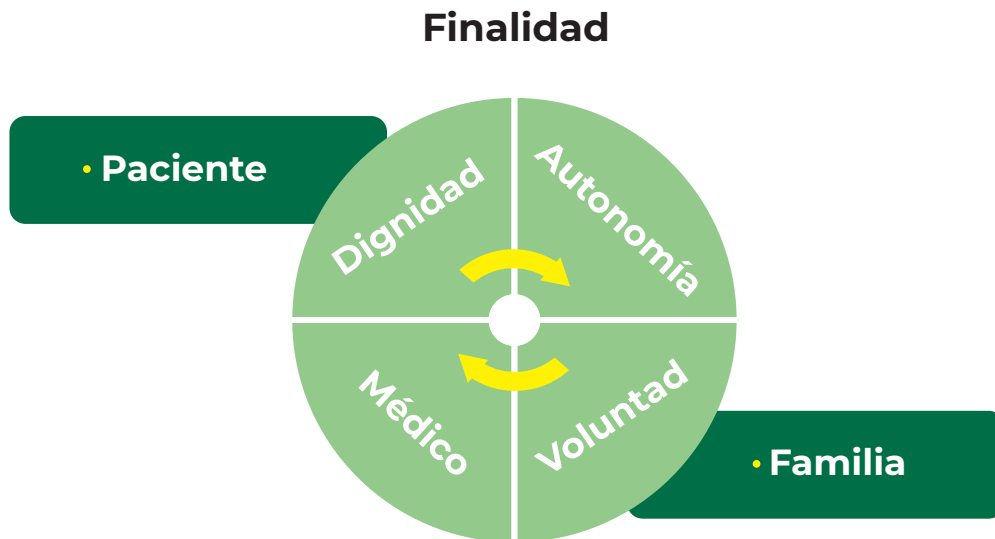
Estado	Nombre de Ley
Distrito Federal (Hoy Ciudad de México)	Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal (hoy Ciudad de México).
Coahuila	Ley protectora de la dignidad del enfermo terminal para el Estado de Coahuila.
Aguascalientes	Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes.
San Luis Potosí	Ley estatal de derechos de las personas en fase terminal.
Michoacán	Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo.
Hidalgo	Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Hidalgo.
Chihuahua	Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Chihuahua.
Guanajuato	Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Guanajuato.
Nayarit	Ley de derechos de los enfermos en etapa terminal para el Estado de Nayarit.
Guerrero	Ley número 1173 de Voluntad Anticipada para el Estado de Guerrero.
Estado de México	Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de México.
Colima	Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Colima.
Yucatán	Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán.
Tlaxcala	Ley de Voluntad Anticipada del estado de Tlaxcala.
Jalisco	Ley General de Salud.

En la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal se establecen las siguientes condiciones para poder llevarla a cabo:

1. La persona debe tener pleno uso de sus facultades mentales
2. Manifestación libre de las voluntades, consciente, seria, inequívoca y reiterada
3. Contiene una manifestación anticipada de voluntad o instrucciones en sentido negativo sobre tratamientos, procedimientos que produzcan la obstinación terapéutica o en una enfermedad terminal
4. Documento y el formato de voluntades anticipadas

El objetivo

Establecer y regular las normas, requisitos y formas para el otorgamiento de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto de la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida y proteger en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.



Artículo 1.- La presente ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer las normas para regular el otorgamiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, para que exprese su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.

Artículo 2.- Las disposiciones establecidas en la presente ley, son relativas a la práctica médica aplicada al enfermo en etapa terminal, consiste en el otorgamiento del tratamiento de los Cuidados Paliativos, protegiendo en todo momento la dignidad del enfermo en etapa terminal.

Cuándo y dónde se puede realizar:

1. Ante notario
2. Ante el personal de salud de un hospital de la Secretaría de Salud
3. Ante el personal de cualquier institución de salud privada
4. Cuando el enfermo se encuentre impedido de manifestar su voluntad, la solicitud puede presentarla la o el familiar o la persona legalmente responsable

Se dispone de dos maneras para realizarlo, mediante:

- Documento de Voluntad Anticipada: el cual se realiza ante Notario Público, en el que una persona manifiesta con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica
- Formato: documento de Instrucciones de Cuidados Paliativos previamente autorizado por la autoridad competente, suscrito por el enfermo terminal ante el personal de salud correspondiente y dos testigos, en el que se manifiesta la voluntad de seguir con tratamientos que pretendan alargar la vida o bien la suspensión del tratamiento curativo e inicio de la atención en cuidados paliativos, preservando en todo momento la dignidad de la persona

Artículo 7.- El Documento de Voluntad Anticipada o Formato deberán contar con las siguientes formalidades y requisitos:

- I. Realizarse de manera personal, libre e inequívoca ante Notario Público o personal de salud según corresponda y ante dos testigos;

- II. El nombramiento de un representante y, en su caso, un sustituto, para velar por el cumplimiento de la voluntad del enfermo en etapa terminal en los términos del propio documento, y
- III. La manifestación de su voluntad respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados

Artículo 18.- El enfermo en etapa terminal o su representante deberán entregar el Documento de Voluntad Anticipada al personal de salud encargado de implementar el tratamiento respectivo, para su interacción al expediente clínico, y dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el mismo. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad por el médico especialista.

La Voluntad Anticipada es la expresión de los principios vitales y opciones personales, teniendo en cuenta su jerarquía de valores, pudiendo determinar el lugar de atención, donación de órganos y asistencia espiritual.

Debemos tener claro que la Voluntad Anticipada es ortotanasia, derivado de Orthos: recto y ajustado a la razón, que nos habla sobre el derecho de la o el paciente a morir dignamente, sin utilizar medios desproporcionados y extraordinarios para mantener la vida.

Se actúa con cuidados paliativos en enfermedades terminales e incurables hasta que llega la muerte, sin tratar de adelantarla.

Cuidados paliativos

Es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo, involucra el control del dolor y de otros síntomas. Así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Su finalidad no es curar, sino aliviar los síntomas que causa la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las y los pacientes y de sus familias.

Ayudan a la o el enfermo a vivir de manera más confortable y son una necesidad humanitaria urgente para las personas de todo el mundo aquejadas de cáncer o de otras enfermedades crónicas mortales.

En nuestro país contamos con la NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de los cuidados paliativos, en la cual establece una guía para poder llevarlos a cabo.

Los Cuidados Paliativos pueden aliviar los problemas físicos, psicosociales y espirituales de más del 90% de las y los enfermos con enfermedad avanzada.

El equipo médico que trata a la o el paciente terminal ha de incluir el manejo de las situaciones de duelo como una parte más de sus responsabilidades.

Se determinó por el Consejo de Salubridad, en 2018, la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral en Cuidados Paliativos, por lo que todos tenemos derecho a recibirlos, reiterando que no son específicos para una enfermedad terminal, deben iniciarse cuando un síntoma o enfermedad ya no respondan al manejo curativo.

DOF: 14/08/2018

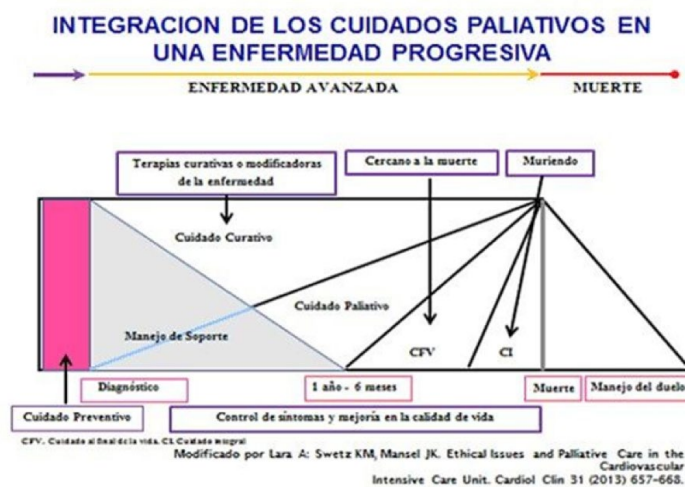
ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, publicado el 26 de diciembre de 2014.

Lo que se busca es facilitar un modelo que permita el abordaje multidisciplinario de las necesidades de la o el paciente y su familia, así como la coordinación de los tres niveles de atención y otros sectores implicados.

Fomentar la atención integral de la o el paciente y su familia con base en una perspectiva que comprenda aspectos físicos, psicológicos, familiares, espirituales y sociales.

Garantizar el acceso, disponibilidad, prescripción, administración, dispensación y minimización de riesgos de opioides en todos los niveles de atención a pacientes que requieren control del dolor y otros síntomas.

Lo anterior, mediante un plan de cuidados paliativos que es el conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por la o el médico tratante, complementadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario, las cuales deben proporcionarse a la o al enfermo en situación terminal, en función de su padecimiento específico, otorgando de manera completa y permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados al mismo.



Conformación de redes familiares, sociales e institucionales a favor de la o el cuidador primario responsables de las personas adultas mayores.

“Se cura algunas veces.

Se alivia con frecuencia.

Se cuida siempre”.

Aforismo anónimo, siglo XV.

Aspectos psicosociales durante el envejecimiento

En realidad, la vejez no está separada del resto de la vida, es la continuación del ciclo vital. Refleja la visión de la vida de un individuo en particular y es consecuencia de las etapas precedentes.

Para las personas sanas este periodo vital tiene un enorme valor. Sin embargo, para muchas el precio por vivir más tiempo ha sido una prolongación de la dependencia, un incremento de la debilidad y la discapacidad, además de un posible y devastador aplazamiento de la muerte.

El envejecimiento es un fenómeno relativamente nuevo. A lo largo de la historia evolutiva, cuando las criaturas comenzaban a debilitarse de algún modo eran devoradas o morían víctimas de la enfermedad, de manera que no tenían la oportunidad de envejecer. Este lento proceso tampoco es para la humanidad un estado natural. La evidencia disponible prueba cómo la esperanza de vida de la especie humana era, hace apenas una centuria, menor de 40 años. Hoy día, las únicas especies que envejecen son la humana y aquellas a las cuales se protegen: las mascotas y el ganado.

Se envejece, pues, en buena medida, como consecuencia de los progresos de sanidad y salud pública y a lo largo del “tiempo manufacturado” que se gana debido a las intervenciones terapéuticas de que es capaz la sociedad.

La característica fundamental del proceso de envejecimiento en sus distintas facetas es la pérdida de la reserva funcional que condiciona una mayor vulnerabilidad a la agresión externa, pues disminuyen los mecanismos de respuesta al estrés y su eficacia para conservar el equilibrio (homeostasis) del medio interno.

Esta mayor vulnerabilidad avanza de manera progresiva, aumentando la probabilidad de pérdida de la función, discapacidad y dependencia, según vaya mermando la reserva funcional y se acumula la carga alostática (adaptación, por ejemplo, al estrés) como resultado de las agresiones del medio ambiente. El concepto de fragilidad permite considerar estas peculiaridades del proceso de envejecimiento como antónimo de robustez y sinónimo de un mayor riesgo de caer en situación de dependencia.

Una vida larga debería ser el derecho de todos, pero hoy, para las personas adultas mayores en México, la longevidad puede ser un arma de doble filo. Muchas nunca pensaron que envejecer podía ser tan agotador y difícil. Para quienes se encuentran en situación de pobreza, envejecer significa nuevas cargas y preocupaciones sobre la planeación de sus últimos días.

Es así como, a lo largo del ciclo vital, para bien envejecer es necesario que cada persona asuma la responsabilidad individual de optimizar, dentro de los márgenes de su entorno y la genética, un estilo de vida que favorezca la preservación de la funcionalidad y un espíritu que promueva la interacción social y la generación de un entorno afectuoso y solidario, capaz de brindar apoyo en la hora del personal y eventual deterioro. Quizás el mayor reto que enfrenta la persona adulta mayor es lograr la capacidad de transmitir este conocimiento e inculcar en la población estos conceptos por medio de la educación.

1. Calidad en los servicios gerontológicos

La intervención con personas adultas mayores representa un campo interdisciplinario, en el cual el trabajo en equipo adquiere importancia, ya que los servicios que se proporcionen deben considerarse a partir de una perspectiva pluridimensional, desde el actuar profesional, lo cual debe significar garantía de una atención de calidad.

Los principios generales y básicos en los que se basa un trabajo en equipo de calidad para los servicios gerontológicos son:

- La necesidad de que los problemas humanos se resuelvan desde sus raíces y causas de forma permanente y preventiva
- La concepción de ser humano como unidad total: biológica, psicológica y social
- La convicción de que el tratamiento prestado de forma integral sea el mejor, acorde con las necesidades fundamentales de la persona (Martín, 2005)

Los cuidados a largo plazo durante la vejez incluyen toda una variedad de servicios que ayudan a satisfacer las necesidades, médicas y no médicas, de las personas adultas mayores que no puedan cuidar de sí mismas durante largos períodos.

Los cuidados a largo plazo adoptan dos formas generales: atención domiciliaria y residencial; la primera consiste en los servicios prestados por profesionales en casa de la persona adulta mayor (Naciones Unidas, 2010^a); la segunda, es el alojamiento y el cuidado de una persona en una

institución especializada. Sin embargo, los debates en curso han mostrado que, además de estos dos tipos de atenciones, es necesario incluir otras medidas que garanticen el cuidado desde una perspectiva integral.

Entre la atención institucional y los cuidados paliativos:

- Las personas de edad que son colocadas en instituciones tienen derecho a la libertad de movimiento. Todas las restricciones deben ser legales, necesarias y proporcionadas, y de conformidad con el derecho internacional. Debe haber garantías suficientes para la revisión de estas decisiones. Se debe velar porque las restricciones individuales para una persona de edad se apliquen con su consentimiento libre e informado, o como una respuesta proporcionada a un riesgo de daño potencial
- En principio, las personas de edad solo se deben colocar en la atención residencial, institucional o psiquiátrica con su consentimiento libre e informado. Cualquier excepción a este principio deberá cumplir los requisitos del Convenio Europeo de Derechos Humanos, en particular el derecho a la libertad y a la seguridad (artículo 5)

1.1 Importancia de la capacitación del personal

La permanente escasez de infraestructura y de recursos humanos ha puesto en discusión la calidad de la atención que se les brinda; es importante señalar que en la última década se ha insistido en la búsqueda de abordajes y modelos que permitan planificar y asegurar la calidad adecuada de los servicios que se les otorgan, así como contar con mecanismos que garanticen la evaluación de dichos servicios al tiempo que promueven la capacitación continua de las personas que los atienden.

La capacitación se debe entender como “el proceso capaz de generar cambios que requieren las instituciones y las comunidades, para que los servicios respondan a las demandas de una población en continuo crecimiento”, en este caso, para el grupo de personas mayores de 60 años.

Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas, promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud.

Así como garantizar la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos para la salud, en materia de cuidados paliativos y atención, difundiendo y estableciendo convenios con instituciones especializadas, así como con universidades para impartir cursos orientados

a promover el autocuidado de la salud para que las personas adultas mayores sean más independientes.

2. Panorama en el que se encuentran las personas adultas mayores

a) Contexto económico

“Para el año 2050, el número de personas de 60 años o más, con bajos recursos económicos, aumentará en 239%”, puesto que en 2015 en el planeta había 32.9 millones de personas adultas mayores en condiciones económicas precarias, y para 2050 se calcula que la cifra subirá a 111.4 millones” afirma Paloma Roa Rojas del Instituto Nacional de Geriátrica (2018), citada <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/aumentara-poblacion-de-adultos-mayores-en-situacion-precaria-dice-especialista>.

Los recursos económicos limitados, así como la falta de solvencia económica para la adquisición de bienes se relacionan con el término de escasez donde se equiparan los recursos con que se cuenta contra las necesidades de las personas adultas mayores, quienes a fin de disponer de ingresos económicos propios recurren a trabajos informales en los que no tienen la protección de la legislación laboral existente, y generalmente son objeto de explotación, carentes de afiliación a un sistema de prestaciones sociales; lo que les coloca en desventaja con los trabajadores asalariados.

La población de personas adultas mayores que tiene acceso a una pensión pequeña (Ham, 2003), la baja participación de las mujeres en el mercado laboral y su inserción en condiciones precarias llevan a que la proporción de jubiladas sea aún menor que la de los hombres. Esta baja cobertura sería una de las razones por las que personas de edad avanzada realizan actividades para el mercado laboral remunerado. Citado en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf.

b) Contexto comunitario

La inseguridad en México continúa recrudeciéndose a diario, donde el grupo etario de las personas adultas mayores es considerado un sector débil, ya que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana diseñada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), tiene la sensación de inseguridad al haber atestiguado, en algún momento, una o más conductas delictivas o antisociales, y se ha visto obligado a cambiar de rutina por temor a ser víctimas de algún acto ilícito; indicador que se concatena con el hecho de que prevalece en la localidad (San Álvaro, Delegación Azcapotzalco, Ciudad de México) que hay falta de cohesión vecinal, entendiendo este término como:

“Baja capacidad de una sociedad para asegurar el bienestar de todos sus miembros, al minimizar las disparidades y evitar la polarización... un pueblo que tiene una baja cohesión social limita su capacidad de crecimiento, puede generar sentimientos de injusticia, violencia y conflictos, así como problemas de gobernabilidad, todo lo cual fomenta inestabilidad, falta de rumbo y ausencia de desarrollo”.

En este contexto, se debe tener en cuenta que las necesidades de las personas adultas mayores son multisectoriales: económicas, sociales, culturales, políticas, de vivienda, urbanismo y transporte, y como están influidas por variables de género y nivel socioeconómico, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló la Estrategia y el Plan de Acción para la Salud de las personas adultas mayores, que estableció prioridades de acción para el periodo 2009-2018. (PAHO, 2009). En él alude al concepto de envejecimiento activo y saludable. Dicha Estrategia se basó en los valores explícitos de los Principios de las Naciones Unidas para este grupo poblacional: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad. Se reconoce que ningún país o institución puede por sí solo asumir el reto de toda la salud y el envejecimiento, por lo que la integración de las iniciativas que facilitan la cooperación eficaz y sostenible es un requerimiento básico.

Se recomienda la no institucionalización de la persona adulta mayor, la vivienda se considera el espacio más representativo de la persona, implica un conjunto de valores y recuerdos significativos, donde la propia historia se vincula con el espacio y los objetos. Por ello, se debe facilitar el deseo de envejecer en casa proporcionando información sobre riesgos de accidentes, así como los medios para eliminarlos, además de verificar la presencia de una serie de elementos de protección en la vivienda y su entorno (Huenchuan, 2009; Roqué y otros, 2010).

Es importante recordar, como premisa, que el cuidado de la persona adulta mayor debe tener como máxima aspiración lograr su permanencia en la comunidad, en el seno del hogar, hasta donde sea posible. La institucionalización debe considerarse como una alternativa solo cuando se haga muy necesaria, ya sea por su situación de salud, social familiar o económica. El trato a estas situaciones debe orientarse a mantener una actitud positiva y correcta hacia las personas adultas mayores albergadas, postura apoyada por el equipo interdisciplinario responsable de la atención de la población gerontológica albergada en los Centros y Casas Hogar del Sistema Nacional DIF, en donde resulta primordial el fortaleciendo y la vinculación con redes de apoyo familiares, sociales y sus compañeras y compañeros de residencia.

c) Contexto familiar

La familia, las y los amigos contribuyen a que se tengan más ganas de vivir, pues en estas relaciones se crean estrechos vínculos afectivos, los cuales son fundamentales para un desarrollo afectivo sano y adecuado.

Asimismo, la pérdida de parientes, amigas o amigos cercanos, o de conexiones sociales debido al paso del tiempo, son realidades con las que la persona adulta mayor debe lidiar. Algunas de las posibles consecuencias de la carencia de vínculos afectivos en el núcleo familiar pueden ser:

- Que la comunicación familiar se vuelve conflictiva
- La base de las relaciones son la desconfianza y el miedo
- Disminución de la autoestima
- Desequilibrio en las relaciones entre los integrantes de la familia
- Aislamiento y soledad
- Pérdida de sensación de bienestar

En síntesis, siempre se debe promover que entre las personas adultas mayores y la familia exista una relación cercana, con predominio del amor, la solidaridad y la protección. Esto facilitará la dinámica entre los miembros y permitirá que se viva mejor. Andares (2016), citado en www.andaresadultomayor.com/adulto-mayor-familia/

La discriminación está en función de diferencias económicas y sociales entre el grupo discriminante y el que es discriminado, de manera que mientras más acentuadas sean éstas, mayores son las posibilidades de discriminación y sus consecuencias.

En el caso de la vejez, las condiciones de salud, capacidad física, funcionalidad mental y falta de adaptabilidad a cambios sociales y tecnológicos son las especificidades de la discriminación. No se evade que justamente esta etapa de la vida se caracteriza y también se define por la correlación que existe del avance en la edad con el deterioro de la salud, la disminución de facultades físicas y mentales, el menoscabo de papeles familiares y sociales, el retiro de la actividad y del trabajo, con consecuencias permanentes que disminuyen la autonomía, afectan la adaptabilidad y conducen a la dependencia (Laslett, 1990). Sin embargo, esta correlación, por alta que sea, no es determinismo absoluto sino una vulnerabilidad de la cual escapa un porcentaje más alto de lo comúnmente esperado. En todo caso, las desventajas sí existen, pero en la percepción general las imágenes sobre los deterioros de la vejez se extienden en prejuicios y estereotipos, con frecuencia ajenos a la realidad.

Los prejuicios sobre la vejez parten de la apariencia física, cuando canas y arrugas apartan de los ideales de juventud y belleza y llevan a imputar falta de salud, declive mental e inutilidad. “La discriminación por edad y los estereotipos influyen sobre las actitudes, y éstas a su vez afectan la forma en que las decisiones son tomadas y los recursos son asignados en el plano familiar, comunal, nacional e internacional” (Help Age International, 2001).

El abuso hacia las personas adultas mayores se define como cualquier acción, serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico y que ocurre dentro de una relación de confianza o dependencia. Puede ser parte del ciclo de violencia familiar; puede venir de cuidadoras y cuidadores domiciliarios o puede ser resultado de la falta de preparación de los sistemas de prestaciones sociales y sanitarias para atender sus necesidades.

Las manifestaciones de abuso y maltrato hacia las personas adultas mayores pueden tomar distintas dimensiones:

ABUSO FÍSICO: causar daño físico o lesión, coerción física, como el impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada. También se incluye dentro de esta categoría el abuso sexual a una persona.

ABUSO PSICOLÓGICO: causar daño psicológico, como provocar estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos.

ABUSO ECONÓMICO: la explotación de los bienes de la persona, el fraude o estafa a una persona adulta mayor, el robo de su dinero o propiedades.

NEGLIGENCIA O ABANDONO: implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada. La primera es cuando la o el cuidador, por prejuicio o irresponsabilidad, deja de proveer a la persona adulta mayor los cuidados apropiados para su situación. Sin embargo, cuando no los provee por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia o abandono no intencionado. Organización Panamericana de la salud “Abuso y negligencia”. Citado en www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia01.pdf

d) Contexto social

Cerca del 44% de personas adultas mayores y la mitad de ellas, que viven en situación de pobreza, consideran que le resultaría muy difícil o imposible conseguir ayuda para que le cuiden durante un periodo de enfermedad. Esto representa un foco de atención en términos de políticas públicas en una población en proceso de envejecimiento

demográfico debido, entre otras razones, a la baja cobertura de seguridad social y a la ausencia de servicios públicos para el cuidado de este grupo (Inmujeres, 2015).

La Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS, 2010) indica que el cuidado de personas adultas mayores se da en 80% de los casos por miembros cercanos de la familia (esposa o esposo, hijas e hijos), 6.5% no recibe cuidados de nadie cuando se enferma, y apenas 11% recibe ayuda de otras personas, sean o no sus familiares.

Las personas de 60 años y más consideran más difícil conseguir ayuda para que las acompañen a recibir atención médica, que personas de otros grupos etarios. En este grupo de edad las diferencias entre mujeres y hombres son muy bajas (26.9% de los hombres y 27.9% de las mujeres). Las personas en situación de pobreza perciben mayor dificultad que las no pobres (33.8% y 34.4% de hombres y mujeres pobres, respectivamente y 21.7% y 22.9% de los hombres y mujeres no pobres) (Inmujeres, 2015).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (Conapo): la marginación es un fenómeno estructural que se origina en la modalidad, estilo o patrón histórico de desarrollo; esta se expresa, por un lado, en la dificultad para propagar el progreso técnico en el conjunto de la estructura productiva y en las regiones del país y, por otro, en la exclusión de grupos sociales del proceso de desarrollo y del disfrute de sus beneficios (Conapo, 2006).

Dentro de este contexto, los actores y las organizaciones no son capaces de generar internamente los recursos o servicios que requieren para satisfacer todas sus necesidades, o las funciones para mantenerlos, por lo que deben iniciar transacciones y relaciones con elementos en su medio ambiente que se los puedan brindar.

3. Personas adultas mayores población vulnerable

El envejecimiento de la población es el principal fenómeno demográfico de esta época y adquirirá especial relevancia en el futuro por sus implicaciones sociales, por otro lado, los avances médicos y sanitarios permiten disfrutar de índices en la esperanza de vida a diferencia de hace algunas décadas.

Las enfermedades crónicas propias de este rango etario y el natural decaimiento del estado de salud conforme avanza la edad provocarán un incremento significativo de la población con limitaciones físicas o intelectuales. Se verá disminuir la proporción de personas de edad capaces de ser autónomas, de participar en las actividades económicas y gozar de una mayor integración social (Chackiel, 2000), pues el riesgo de tener

alguna discapacidad y de caer en la dependencia funcional se incrementa notablemente después de los 80 años, sobre todo en ausencia de una red social de apoyo (Abellán García y otros, 2007).

Actualmente, en América Latina la población de 80 años y más lleva un ritmo de crecimiento más rápido que la de cualquier otro grupo de edad. En 1950, en América Latina y el Caribe había solamente 0.4% de personas de edad muy avanzada; en 2010 este grupo de población ya se había casi cuadruplicado y representaba 1.5%. Esta proporción continuará aumentando rápidamente hasta llegar, a mediados del siglo XXI, a 6% y, en 2075, una de cada 10 personas tendría más de 80 años, superando incluso a la población de menores de 10 años.

La vulnerabilidad humana ha sido definida por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) como un estado de riesgo que puede estar asociado a los ciclos de vida o a condiciones estructurales de pobreza, privaciones y desigualdades, que sitúa a las personas y a grupos de población en situaciones de riesgo, ya sea temporales o permanentes.

En su informe 2014, el PNUD sostiene: “Con frecuencia, estas vulnerabilidades estructurales se manifiestan en profundas desigualdades entre grupos y pobreza generalizada, basadas en una composición de grupos reconocida y establecida desde el punto de vista social. Los pobres, las mujeres, las minorías (étnicas, lingüísticas, religiosas, sexuales o de migrantes), las poblaciones autóctonas, las personas de zonas rurales o remotas o que viven con discapacidades y los países sin litoral o con recursos naturales limitados tienden a hacer frente a barreras comparativamente mayores, en ocasiones de carácter jurídico, a la hora de fomentar las capacidades, ejercer sus opciones y reclamar sus derechos de apoyo y protección en caso de crisis o eventos adversos” (Guerrero y Yépez, 2015).

Por su parte, en México, el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) ha definido a la vulnerabilidad en dos niveles:

- a. Población vulnerable por carencias sociales: aquella que presenta una o más carencias en la medición multidimensional de la pobreza, pero cuyos ingresos son superiores a la línea del bienestar; y
- b. Población vulnerable por ingresos: aquella que no presenta carencias sociales, pero cuyo ingreso está por debajo de la línea del bienestar

Las personas adultas mayores, por sus condiciones biológicas y sociales, se consideran individuos vulnerables socialmente al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado.

Se define como vulnerabilidad social la desprotección de un grupo cuando enfrenta daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos por no contar con recursos personales, sociales y legales (Guerrero y Yépez, 2015).

4. Redes para el cuidado de las personas adultas mayores

Las comunidades se conforman a través de complejas redes, las cuales se basan en relaciones de confianza, cooperación y reciprocidad basadas en normas y valores comunes, generan capital social, por lo que permite la supervivencia de las organizaciones y facilita su consolidación, mejora y ampliación de sus actividades, legitimándolas frente al Estado y la sociedad.

En la actualidad, las personas adultas mayores enfrentan graves deterioros físicos y mentales, pérdida de relaciones familiares e interpersonales, debido a que carecen de información y preparación para cuidar y proteger su entorno biopsicosocial, entre otros factores.

Para la atención y cuidado de las personas adultas mayores se requiere capacitación y disposición de la o el cuidador primario, quien al paso del tiempo ve comprometida su salud, por lo que se destaca la importancia de conformación de redes sociales; el término de red consiste en “una serie específica de enlaces entre un número definido de personas, con la propiedad adicional de que las características de estos enlaces como un todo puede ser utilizado para interpretar el comportamiento social de las personas envueltas” (Mulford, 1984, p. 136).

4.1 Red social

Las redes sociales representan nuevas formas organizativas en las que se lleva a cabo un intercambio en el que se articulan acciones de solidaridad y el aprendizaje entre diversos actores sociales que brindan alternativas de solución de problemas. De igual forma, favorece la síntesis del conocimiento que se da debido al intercambio de información, por lo que se produce una nueva; además, se legitima a las instituciones y actores comunitarios, ya que se les otorga una mayor visibilidad política y se fortalecen al relacionarse mediante una cooperación mutua y constante.

Coleman (1990) describe las redes como una condición necesaria para la emergencia de capital social. Las comunidades se conforman por medio de complejas redes, las cuales se basan en relaciones de confianza, cooperación y reciprocidad basadas en normas y valores comunes; generar capital social permite la supervivencia de las organizaciones y facilita su consolidación, mejora y amplía sus actividades, legitimándolas frente al Estado y la sociedad (Forni, 2007).

Las redes de apoyo radican en la satisfacción de las necesidades de la persona, por lo que es el conjunto de contacto personal “mediante los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y valoración”.

Las redes sociales ofrecen una gama de experiencias, las cuales pueden darse de forma positiva o negativa y que impactarán directamente en las personas con las que interactúa día con día la persona adulta mayor institucionalizada. Está enfocado, además, en un interés especial en las organizaciones gubernamentales, así como en las instituciones de asistencia privada, sobre las acciones que desarrollan en favor del grupo poblacional de la tercera edad, entendida ésta como las personas de más de 60 años. Los nuevos conceptos gerontológicos señalan la importancia de la participación familiar y de la comunidad, dejando atrás antiguos patrones de institucionalización.

4.2 Red primaria

La o el cuidador primario, quien está permanentemente atendiendo a la persona adulta mayor, es la o el que brinda su cuidado y asistencia a través de diferentes niveles de apoyo; la o el acompañante voluntario puede ofrecer solo algunos cuidados y las redes sociales, solo ocasionales.

La o el cuidador es “aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales de la o el enfermo o lo supervisa en su vida diaria”. Estas personas suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud, que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les denomina “carga” (Domínguez, 2010, p 29).

El ejercicio del rol de la o el cuidador primario pretende realizar la incorporación de conocimientos y de una fuerte estimulación vocacional y de actitud de servicio, donde se promueve que el “cuidar” es diferente a “asistir”, ya que requiere una particular implicación y compromiso técnico, por tanto, es importante dotar a quien asume este rol de herramientas que le permitirán realizar su función con una mejor garantía de satisfacción, tanto para ella o él como para la persona que cuida.

Otro aspecto crucial en el ejercicio del rol de cuidadora o cuidador es distinguir si quien lo ejerce es una o un cuidador informal o formal. Debido a lo anterior, se entenderá que el de cuidadora o cuidador informales es un rol ejercido, de manera principal, por familiares, amigas, amigos, vecinas o vecinos, los cuales no disponen de capacitación y la mayoría de las veces no perciben remuneración económica, además de que tienen una elevada responsabilidad afectiva y de manera regular no tienen límite de horario.

Dentro de este grupo suele identificarse a la o el cuidador principal, función que de manera general asume el cónyuge o familiar femenino más próximo, lo que recuerda que el cuidado culturalmente ha sido asumido como una cuestión de género, por lo que la mujer socialmente “ha sido designada para asumir tal rol”, y las y los cuidadores secundarios son los que no tienen la responsabilidad central de atender a la persona adulta mayor, sino que sirven de apoyo a quien ejerce la función de manera principal o por designación.

Las o los vecinos también son parte de la red primaria y constituyen un apoyo y recurso importante en la vida diaria de las personas adultas mayores. Por lo general, éstas tienen una menor movilidad diaria, por lo que la presencia de las vecinas y los vecinos es especialmente importante en su vida cotidiana, sobre todo de quienes viven en soledad.

La o el cuidador debe asumir una concepción biopsicosocial del envejecimiento, sin despersonalizar ni descontextualizar a la persona adulta mayor de su entorno. Esta formación se realiza desde una mirada interdisciplinaria de la vejez y el envejecimiento. Apunta a la apropiación de conocimientos y prácticas, destinadas a promover la autonomía de las personas adultas mayores, por medio del acompañamiento, apoyo y sustitución (en caso de que la situación lo requiera) en las actividades de la vida cotidiana.

La Organización Mundial de la Salud definió a la o el cuidador primario como: “La persona del entorno de una o un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por la o el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo de manera directa o indirecta” (citado en Alfaro, 2008, p. 486).

4.3 Red familiar

El incremento y la modificación de la carga de cuidado ocurren en un contexto en el que la posibilidad demográfica de contar con asistencia será limitada. En general son los hijos, sobre todo las hijas, quienes se encargan de cubrir las necesidades de salud y cuidado de las personas en edad muy avanzada cuando lo requieren.

A medida que aumenta la relación de dependencia, en tiempos de crisis, los hogares que cuentan con los recursos económicos necesarios pueden pagar por el cuidado de sus miembros dependientes, e incluso hacerlo a un inequitativo valor de cambio. En contraste, los hogares pobres pueden verse enfrentados a una doble disyuntiva: dedicar los recursos humanos disponibles al cuidado de los miembros dependientes o movilizar sus activos. La evidencia muestra que, cualquiera que sea la estrategia que implementen los pobres, el ajuste generalmente supone

costos económicos y psicológicos para las mujeres y las niñas, o bien pone en riesgo a quienes necesitan cuidado (Esplen, 2009).

Se conocen las transformaciones y crisis de la familia en nuestra sociedad actual. La independencia de las generaciones en cuanto a modalidad de convivencia se refiere. Es prioritario considerar la familia como área básica en la atención de las personas adultas mayores; las y los familiares y allegados son los que mayoritariamente las atienden. Sin embargo, este espacio básico y objetivo de protección tiende a prevenir, crear, reforzar o compensar sus posibles dificultades para el cuidado y atención de las personas adultas mayores, y además a crear, reforzar o desarrollar sus habilidades y potencialidades en este sentido.

4.4. Red comunitaria e institucional

En los últimos años han surgido y multiplicado numerosas organizaciones civiles y sociales, grupos formales e informales dedicados, entre otras actividades, a proporcionar servicios asistenciales a personas en situación de indigencia, abandono, limitación física y mental, soledad, maltrato y abuso, discriminación, así como al desarrollo de programas y proyectos mediante los cuales se transfieren e intercambian diferentes apoyos a las personas adultas mayores. Entre las funciones de la red comunitaria se encuentra proporcionar compañía social, entendida ésta como las relaciones de dos o más personas para llevar a cabo actividades cotidianas o solamente para realizar una actividad específica, proporcionar apoyo emocional, guía cognitiva y de consejos, regulación social, ayuda material y de servicios, así como acceso a nuevos contactos (Fundación Cáritas, 2005).

Los grupos de personas adultas mayores pertenecen a esta red, ya que son conjuntos informales compuestos principalmente por mujeres y hombres con características similares. Han sido formados, en unos casos, por iniciativa de diversos mediadores institucionales y civiles, como los clubes de la tercera edad creados por el Inapam, el DIF, el IMSS, el ISSSTE y las jefaturas delegacionales; por religiosos, como los grupos parroquiales; por partidos políticos; por iniciativa de los movimientos de jubilados y pensionados, pero también su conformación se vincula con iniciativas desplegadas por personas adultas mayores preocupadas por realizar diversas actividades en beneficio de ellas mismas, mejorar su autoestima, establecer nuevas amistades, prestar algún servicio a la comunidad, entre otros fines (Fundación Cáritas, 2005).

4.5. Importancia de las redes de apoyo social

Las redes de apoyo social son consideradas “un grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia” (Speck, 1989).

Entre sus funciones principales destacan:

- Compañía social
- Apoyo emocional
- Guía cognitiva y consejos
- Regulación social
- Ayuda material y servicios

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 las personas adultas mayores en situación de indigencia, abandono parcial, sufrimiento, vulnerabilidad y pobreza; es evidente que sin los apoyos proporcionados desde la red institucional las familias, las y los vecinos e incluso algunas organizaciones comunitarias, difícilmente podrían facilitar los diferentes servicios que esta red de apoyo proporciona (Fundación Cáritas, 2005).

Las redes sociales brindan un sentido de pertenencia y unión con los demás, comparten una responsabilidad por el bienestar de los otros, señalan Cassel y Cobb: “los beneficios de las redes son directamente proporcionales al tamaño de las mismas y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo de la misma. En estos grupos se recrea un sentido de pertenencia y una noción de colectividad, se propician actividades al interior del grupo y se realizan labores para la comunidad (visita a enfermos, divulgación de sus derechos, fomento de una imagen positiva de los adultos mayores, vigilancia, cuidado del ambiente natural, por mencionar solo algunas actividades en este sentido)”.

Los grupos de redes comunitarias fomentan nuevos vínculos de amistad, fortalecen la autoestima de quienes los integran, propician el surgimiento de nuevas relaciones: amigas o amigos, socias o socios, novia o novio, esposa o esposo.

Algunas investigaciones otorgan a las redes sociales capacidad para proveer apoyo emocional y mejorar la salud de la persona adulta mayor que se encuentra inmerso en ellas.

Es importante recordar, como premisa, que el cuidado de la persona debe tener como máxima aspiración lograr su permanencia en

la comunidad, en el seno del hogar, hasta donde sea posible. La institucionalización debe considerarse como una alternativa solo cuando se haga muy necesaria, ya sea por su situación de salud, social familiar o económica.

Por tanto, el perfil de la o el cuidador primario requiere de formación, responsabilidad, compromiso, disposición para trabajar en equipo, confidencialidad, ética y cualquiera que sea su ámbito de actuación, necesitará desarrollar sus actitudes personales, sus conocimientos, su experiencia y sus habilidades y destrezas adquiridas con el fin de afianzarse en su desempeño de dicho rol.

5. Características de la o el cuidador

Una persona que se desempeña como la o el cuidador primario tiene una relación continúa, durante largas horas y jornada del día, hacia las personas que no se pueden valer por sí mismas. El objetivo de contar con este apoyo es brindar acompañamiento y atención en las necesidades básicas, contribuir a la construcción de un envejecimiento digno, favoreciendo la autonomía de la persona adulta mayor.

Entre las características con las que debe contar la o el cuidador está conocer y respetar los derechos humanos de la persona adulta mayor, proteger la dignidad y fomentar una relación satisfactoria entre ambos, ya que se construyen vínculos afectivos con la persona que recibe la atención, su entorno, grupo familiar y con sus redes sociales de apoyo.

Las cualidades personales son aquellas que representan a la o al cuidador primario en el desempeño de su misión y se relacionan con las características de su personalidad. La responsabilidad, el compromiso, la autoestima, la autovaloración, la integridad ética y moral son algunas de ellas. También requerirá de cualidades actitudinales, es decir, que se refieren a aquellas capacidades cognitivo-afectivas que respaldarían una adecuada atención al destinatario del servicio. Son el conjunto de valores, creencias, conocimientos y expectativas propias de cada individuo. Representan lo que una persona considera como verdadero-falso, bueno-malo.

Vocación de servicio

La o el cuidador primario deberá tener claro que el ejercicio de su rol no implica la realización de un trabajo mecánico, asumir que atenderá a un ser humano que tiene necesidades específicas. Se necesitan personas cuyo fin sea apoyar y mejorar la calidad de vida de este grupo etario, el cual por su fragilidad tiende a ser más vulnerable.

Empatía

La mayor habilidad para comprender el punto de vista de los demás no solo implica sentimientos de preocupación y cariño, sino también de malestar y ansiedad ante la situación de la persona receptora de los cuidados.

La empatía se puede definir como la capacidad de poder percibir, compartir e interactuar con los sentimientos de las personas adultas mayores, así como con sus pensamientos y emociones, basándose en el reconocimiento de ellas o ellos como un igual. El aspecto más importante de esta capacidad es entender a las personas adultas mayores desde su punto de vista, sin interponer la opinión propia. La razón de aplicarla es comprender con paciencia sus afectos, motivaciones y comportamientos.

Inteligencia emocional

Los seres humanos funcionamos por impulsos. Pero cuando una parte fundamental del trabajo que desempeñamos consiste en proporcionar estabilidad y seguridad a otra persona, es muy importante **tener el control sobre emociones humanas** como la frustración, el miedo o el estrés.

Comunicación

La base de la relación con las personas adultas mayores y su familia consiste en **tener una buena comunicación entre sí**. Escuchar, entender y actuar en consecuencia para hacer que la persona adulta mayor a nuestro cargo no se sienta aislada.

Salud biopsicosocial

La o el cuidador primario debe mostrar humanidad y diligencia en cada una de sus intervenciones; por tanto, es deseable que goce de salud física, emocional y tenga cubiertas sus necesidades básicas, para atender de mejor manera a la persona adulta mayor.

5.1. Factores de riesgo psicosociales de las y los cuidadores de la salud

El cuidado es la acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o han perdido la autonomía personal, y que necesitan ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria. En este sentido, la necesidad de cuidado no es un asunto nuevo. En todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de terceros para realizar sus actividades cotidianas. Sin embargo, la capacidad de prestar ayuda está experimentando fuertes presiones por efecto del envejecimiento de la población.

Estudios señalan que la reducción del tiempo y de ocio de la o el cuidador, así como la restricción de su actividad social, se refleja en insomnio, malestar psicológico, desesperanza, estrés, problemas físicos, etc., lo cual también se manifiesta en su vida social, familiar y personal e impacta en el ámbito laboral y profesional, hecho que va en detrimento de su calidad de vida, así como de las y los integrantes del núcleo familiar, en mayor o menor medida.

Cuando la atención que brinda la o el cuidador primario sobrepasa su propia capacidad física y emocional se somete a un estado estresante crónico que genera sobrecarga, lo cual amenaza su salud física y mental, genera miedo e incertidumbre hacia el futuro al percibir que el deterioro familiar es progresivo e irreversible. También se suma el temor a la remisión de la enfermedad cuando se encuentra en estado latente, otro aspecto que influye negativamente al crearles estrés y ansiedad (Pérez, 2006).

La determinación de los factores psicosociales de las y los cuidadores en las instituciones permite mejorar la productividad y asignar la tarea de acuerdo con sus capacidades, lo cual permite mantener el bienestar y la salud psíquica, física o social de la o el trabajador.

6. Instituciones que brindan servicios integrales a la población adulta mayor

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

La misión de esta institución es “promover el desarrollo humano de las personas adultas mayores, brindándoles atención integral para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida en el marco de una sociedad incluyente”.

En el instituto se procura el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores. Se entiende por esto, el proceso tendiente a brindarles empleo u ocupación, retribuciones justas, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, orientado a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género, que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente.

Secretaría de Bienestar Social

Institución encargada de diseñar, planear, ejecutar y coordinar las políticas públicas en materia de desarrollo social y calidad de vida. Lo anterior incluye la realización de programas sociales que combatan la marginación, atendiendo sus principales causas; instrumentar proyectos

de inclusión para grupos vulnerables (niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores, discapacitadas y discapacitados); convenir con los tres niveles de gobierno las adecuaciones a programas sociales y la solución de necesidades específicas, de cuya evaluación será responsable; vigilar, en coordinación con la Secretaría de Hacienda, el uso de recursos públicos para programas sociales así como promover el desarrollo económico a partir del sector social, y fomentar las sociedades cooperativas y demás formas de organización colectiva que impulsen el desarrollo de zonas marginadas.

Instituto para el Envejecimiento Digno, Gobierno de la Ciudad de México

Tiene como objetivo “Garantizar el cumplimiento de la Ley que establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores de Sesenta y Ocho Años, residentes en la Ciudad de México promoviendo políticas públicas, implementando programas de atención integral, impulsando el ejercicio pleno de sus derechos, y fomentando una cultura del envejecimiento activo”.

Los programas sociales que se implementan dentro de esta institución son la Pensión Alimentaria, Visitas Médicas y las Visitas Domiciliarias.

Entre las acciones institucionales que ofrece este instituto está la Atención Integral Gerontológica, la cual está dirigida a las personas adultas mayores y tiene como objetivo recuperar, mantener y fortalecer la autonomía, la funcionalidad y la independencia de las personas adultas mayores.

Brindar la atención requerida por cada persona adulta mayor por medio de apoyo e información a las y los cuidadores primarios, formación o fortalecimiento de las redes sociales de apoyo y el fomento del acompañamiento voluntario.

Se valora su situación de salud, social, psicológica y de funcionalidad mediante varios instrumentos, con cuyos resultados se determina el tipo de atención que se le brindará.

Además, prevenir, detectar y atender la violencia familiar en las personas adultas mayores y con ello promover la seguridad, protección y respeto hacia ellas.

Se trabaja de manera coordinada con otras instituciones del gobierno de la Ciudad de México, y se brinda capacitación y sensibilización gerontológica a servidoras/es públicos y a personas interesadas en el tema.

7. Parte operativa para las y los cuidadores primarios

Derechos

Se debe orientar sobre los programas y políticas de cuidado promoviendo la equitativa distribución de responsabilidades y tareas entre mujeres y hombres; además de establecer la corresponsabilidad del cuidado entre sociedad, instituciones públicas y privadas que contribuyan a la eliminación de estereotipos de género que impongan a las mujeres dobles o triples jornadas de trabajo.

Obligaciones (marco jurídico)

Reconociendo que el respeto irrestricto a los derechos humanos ha sido consagrado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y reafirmado en otros instrumentos internacionales y regionales. Reiterando el propósito de consolidar, dentro del marco de las instituciones democráticas, un régimen de libertad individual y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos fundamentales de la persona, al tener en cuenta que, con arreglo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos y a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, solo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento del temor y de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos; reafirmando la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la obligación de eliminar todas las formas de discriminación, en particular, la discriminación por motivos de edad y resaltando que la persona adulta mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano; tras reconocer que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades.

En consecuencia, surge la necesidad de abordar los asuntos del envejecimiento activo y digno, desde una perspectiva de derechos humanos que reconoce las valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona adulta mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico.

8. Apoyos a los que pueden acceder a nivel gubernamental, comunitario (redes)

Proporcionar el panorama de apoyos a los que puede acceder una persona adulta mayor y que deben destinarse a promover su cuidado de manera integral.

Tales como:

- Pensión no contributiva
- Acceso al Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi)
- Comedores comunitarios
- Apoyo para obtener identidad jurídica
- Apoyo de gastos funerarios
- Donativos en especie, empresas privadas y particulares, entre otros

“Finalmente, somos lo que dejamos en el corazón de las personas”.

Bibliografía

1. R. González Mas. Rehabilitación médica de ancianos. Barcelona, 1995, Editorial Masson.
2. Nancy L. Mace, Peter V. Rabins. Cuando el día tiene 36 horas. 1997, Editorial Pax México.
3. Pilar Durante Molina, Pilar Pedro Torres. Terapia ocupacional en geriatría, Principios y prácticas. 2004, Editorial Masson.
4. Stella Choque, Jacques Choque. Actividades de animación para la tercera edad. 2006, Editorial Paidotribo.
5. Santiago Paulino Ramírez Díaz. Enfermedad de Alzheimer, presente y futuro. 2017, Editorial PyDESA.
6. Miguel A. Rubio Herrera. Manual de alimentación y nutrición en el anciano. España, 2002, Editorial Masson.
7. Dr. J. Federico Rebolledo Mota. Fundamentos de Tanatología médica. Manejo Integral del estado terminal. 2001.
8. Pilar Pont, Maite Carrogio. Ejercicios de motricidad y memoria para personas mayores. 2007, Editorial Paidotribo.
9. Debra J. Rose. Equilibrio y movilidad con personas mayores. 2005, Editorial Paidotribo.
10. Mark H. Beers, MD. Manual Merck de información médica. Edad y Salud. 2004, Editorial Océano.
11. Atención Paliativa: OMS 2007: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”.
12. Acuerdo que modifica el Anexo Único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, publicado el 26 de diciembre de 2014. México, Diario Oficial de la Federación, 14 de agosto de 2018.
13. Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. Guía de Evidencias y Recomendaciones. Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018, Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

D.R.© Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Unidad de Asistencia e Inclusión Social
Dirección General de Integración Social

Editorial: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia,
Emiliano Zapata 340, 1er piso, colonia Santa Cruz Atoyac, alcaldía Benito
Juárez, C.P. 03310, Ciudad de México.

www.gob.mx/difnacional

Primera edición: junio, 2021

ISBN: (en trámite)

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, permite la reproducción total o parcial de este material, exclusivamente con fines de docencia e investigación, siempre que se cite el nombre de la fuente y de la Institución.

Cualquier otra clase de reproducción, total o parcial requerirá el permiso previo de la Dirección General de Integración Social.

Lo anterior de conformidad con el artículo 148 de la Ley Federal del Derecho de Autor.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA