

Manual del conocimiento, cuidado y auto- cuidado del adulto mayor





UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA
T U N J A



Manual del conocimiento, cuidado y auto- cuidado del adulto mayor

María Inés Álvarez Burgos
Luis Antonio Alcalá Barajas
Claudia Alejandrina Chávez Ríos

En siguiente documento pretende constituir un manual que sirva para todas aquellas personas que deseen conocer más acerca del adulto mayor, así como aquellas que se dediquen a su cuidado, y para el cuidado mismo de esas personas.

Comité Editorial

Corrección de estilo

Diagramación e Impresión

Búhos Editores Ltda.

Imágenes tomadas de www.pixabay.com



Ediciones Usta
Universidad Santo Tomás
2019

Departamento Ediciones, Usta Tunja
Universidad Santo Tomás, Seccional Tunja

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este libro por cualquier proceso reprográfico o fónico, especialmente por fotocopia, microfilme, offset o mimeógrafo. Ley 23 de 1982.



Tabla de contenido

Presentación	4
Introducción	5
Capítulo 1. Conceptos del adulto mayor	6
Particularidades clínicas.....	6
Las edades	7
Capítulo 2: Gerontología	9
¿Qué es la gerontología?	9
Diferencias entre el envejecimiento y la vejez	9
Teorías del envejecimiento	9
Factores que influyen en el envejecimiento y la vejez	10
Capítulo 3: Geriatria.....	11
Enfermedades propias del adulto mayor	12
Capítulo 4: Índices, test, escalas y cuestionarios al adulto mayor	13
Capítulo 5: Atención primaria	17
Algunas recomendaciones	18
Análisis clínicos mínimos requeridos.....	19
Capítulo 6: Atención secundaria	21
Atención secundaria: prevenciones y cuidados generales	21
Capítulo 7: el cuidador.....	22
Capítulo 8: el hogar	25
La seguridad en el hogar	25
Capítulo 9: el Auto-cuidado	26
Que es el auto-cuidado	26
Dialogo sobre envejecimiento y vejez en Boyacá.....	28
Emprendimiento para el adulto mayor.....	28
Recreación y lúdica para el adulto mayor	30
Referencias y consultas	31
Anexos	



Presentación

El presente trabajo pretende otorgar y conformar un manual del conocimiento, cuidado y autocuidado del adulto mayor que sirva como guía a todas aquellas personas que convivan a diario, o en gran proporción, con adultos mayores; el manual pretende explicar de la forma más clara y didáctica posible lo que significa ser una persona de tercera edad y dar a conocer si existe solo un tipo o si existen varios; se podrá encontrar términos que ayuden a entender a esta población que día con día aumenta no solo en Colombia, sino también en todo el mundo, términos como edad cronológica, física, psicológica y social.

Uno de los errores o de los conocimientos que no se tienen es identificar qué es la gerontología y la geriatría, ya que algunos creen que es lo mismo y otros no saben su significado, de igual forma el manual pretende explicar en qué se diferencia y consiste cada uno de estos conceptos; se podrá hallar, además, una serie de índices, test, escalas y de cuestionarios que ayudarán a entender a los ancianos desde distintas perspectivas, desde una evaluación psicológica y mental hasta una evaluación física y motora.

El trabajo contiene además una sección de atención primaria y secundaria, donde en la primera se explica y centra en puntos aunados a la salud general del adulto mayor, se manifiestan y desglosan términos y explicaciones que ayudan a comprender todo el sentido físico y mental de la tercera edad; la segunda atención está enfocada en las prevenciones y cuidados generales que se le deben proporcionar a los ancianos. Uno de los aspectos más importantes, por supuesto, es lo relacionado al cuidado y autocuidado de este grupo social, los últimos puntos del manual, así como los más extensos, están centrados en la explicación de lo que es el cuidador del adulto mayor, características, estado e información con la que este tiene que cumplir; también se incluye una sección de la seguridad en el hogar, que no es más que los cuidados y regulaciones que se tienen que tener en el hogar para el cuidado de los ancianos, y por último se expone en el aspecto del autocuidado, que es cómo tiene que cuidarse así mismo una persona que esté en la etapa de senectud. Cabe mencionar que se reunió información del contexto internacional y nacional (Nivel México-Colombia) para la creación del presente manual; así pues, el equipo de trabajo se centró en analizar y compilar información de diversas fuentes para presentar un trabajo de calidad y bien fundamentado, todo esto gracias a las diferentes fuentes y referencias con las que se cuenta.

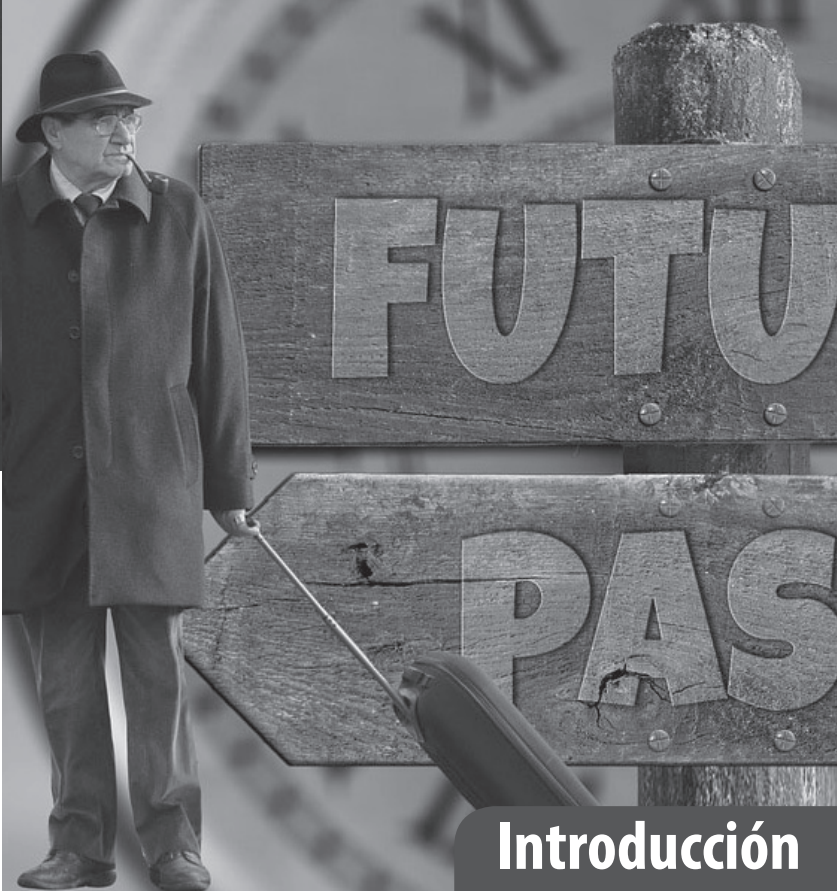
También es importante resaltar que este Manual, fue sugerido a partir de un Proyecto de Investigación, realizado por una de las autoras, titulado: “Evaluación de los programas para el adulto Mayor en Tunja.” En la investigación se detectó la necesidad de elaborar el Manual dirigido a los adultos, y a los cuidadores.

En este sentido se puede afirmar, que el manual es un producto como resultado de la investigación para dar a conocer; no solamente necesidades sino también como piensa y que fortalezas tiene el adulto mayor para integrarlo a una vida normal, sin que se continúe viendo como una carga para la familia y la sociedad. No importa la edad, la vida sigue siendo aprendizaje hasta morir. Por esta razón no se puede escatimar recursos para adquirir instrucción, orientación que facilite el adecuado manejo de esta edad de oro. Según la mayoría de psicólogos las personas mayores son muy susceptibles y padecen de un alta “reactividad emocional” por tanto su comportamiento oscila entre el dolor y las ganas de ser feliz, pero igualmente hay miedos, generándoles inseguridad y como tal se hace voluble y cambiante al mismo tiempo que se agarra a la rigidez como mecanismo de defensa. Pero no cabe duda, que también tiene fortalezas que ayudan y favorecen el manejo adecuado de los adultos a través de la estimulación para no dejarlos caer en depresión.

Algunas fortalezas son:

1. Ellos no le dan importancia a lo que piensan u opinan de su vida, lo cual favorece las buenas relaciones ya sean familiares sociales y laborales.
2. No son críticos ni demoledores, lo cual favorece un dialogo con sabiduría y serenidad.
3. Confían en que todas las personas son buenas, ayudando a provocar un ambiente de convivencia agradable.
4. Tienen la capacidad de soportarse así mismos por su grado de madurez y vivencias.
5. No le teme a las responsabilidades, lo que ayuda y orienta a que se aprenda del error y guía a las nuevas generaciones para que adquieran responsabilidad de manera natural.
6. Motivan al logro cumplido, ejemplarizando al entorno familiar para apoyar a culminar los planes que se han emprendido.

Como se observa estas son potencialidades que se pueden nutrir para el beneficio de la familia y del entorno social del que hace parte el adulto mayor.



Introducción

Contexto geográfico de Colima, México

El Estado de Colima tiene el cuarto lugar de los estados más pequeños del país, con 5,455 Km² que representa el 0.3% de la superficie del país, está organizado en 10 municipios: (Armería, Colima, Comala, Coquimatlán, Cuauhtémoc, Ixtlahuacán, Manzanillo, Minatitlán, Tecomán y Villa de Álvarez, que se agrupan en tres subregiones: Norte, Costa Oriente y Costa Poniente.

Las principales actividades económicas del estado de Colima son el sector agropecuario que incluye principalmente actividades como la agricultura, silvicultura y la pesca, emplea 1.2% de la población activa, pero aporta 8.45% del PIB (producto interno bruto). Colima produce casi la mitad del limón mexicano, es el segundo productor de copra (pulpa seca del coco) y segundo también en la captura de atún.

La producción artesanal del estado se caracteriza por seguir siendo principalmente satisfactoria de necesidades, más que estar enfocada al mercado turístico. Se distinguen por su calidad la producción de sombreros de palma, en especial el llamado "colimote"; la producción de huarache tejido; la hojalatería, en la Cd. de Colima, con que se fabrican botes lecheros, jaulas de perico, embudos y muchos otros. Enseres domésticos, así como parafernalia para danzantes y pastores.

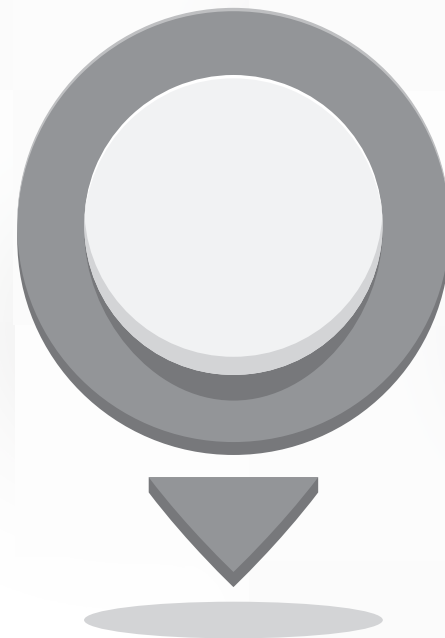
En lo textil, la producción está limitada al bordado de los trajes "de india", hecho con técnica de punto de cruz, con hilo rojo sobre tela blanca. Hay también, en Ixtlahuacán, producción de hamacas tejidas con fibra de acapán.

Contexto geográfico de Boyacá, Colombia

El departamento de Boyacá está situado en el centro del país, en la cordillera oriental de los andes, localizado entre los 04° 41' y 35" de longitud oeste, cuenta con una superficie de 23.189 km² lo que representa el 2.03% del territorio nacional. Limita con el norte con los departamentos de Santander y norte de Santander, al este con el departamento de Arauca y Casanare, por el sur con Meta y Cundinamarca y por el oeste con Cundinamarca y Antioquia.

Las principales actividades económicas de Boyacá son según su participación en la producción del departamento las agropecuarias 19%, las de servicios sociales, comunales y personales el 17%, las de comercio y reparación, restaurantes y hoteles con el 14%, las de industria manufacturera con el 14%.

La producción artesanal es muy laboriosa especialmente en cerámica, tejidos de lana de oveja y fique, tagua, tapices, instrumentos musicales, entre otros. Los renglones destacados de la actividad industrial son la producción de acero en las siderurgias de paz del río, Sideboyaca, side hornaza, las más importantes y modernas del país, cemento, motores para vehículos, metal o metálico, cervecería, bebidas y gaseosas, prefabricados para construcción, ladrillos, carrocerías para camiones y buses, muebles, calzada, artículos de cuero y productos alimenticios.





Fuente: autor

Ilustración 1. Charla introductoria de sensibilización hacia al autocuidado del adulto mayor en Boyacá

Conceptos del adulto mayor

Particularidades clínicas

El punto eje de éste manual se centra en las particularidades clínicas por las que puede pasar y/o presentar el adulto mayor, el trabajo abarca desde una comprensión básica hasta una más compleja acerca de lo que significa ser un adulto mayor; el manual no solo está centrado en aspectos clínicos, también se enfoca en aspectos como el cuidado psicológico, autocuidado y aspectos de un buen cuidador.

Adulto mayor

El primer punto a presentar y a entender es la comprensión del adulto mayor, ¿Quién es?, ¿Existe solo un tipo de adulto mayor o hay varios?, este punto nos ayudará a saber con base a diversas referencias quién es el adulto mayor.

¿Quién es el adulto mayor?

Adulto mayor es aquella etapa en la se puede encontrar un grupo al que pertenecen todas aquellas personas mayores de 60 años, puede considerarse una etapa de la vida enmarcada por un sentido de experiencia y gran sabiduría, por ello, es necesario aprender a valorar al anciano y darle los cuidados necesarios para prolongar unos años llenos de vida. La mayoría de las enfermedades e

incapacidades pertenecientes al adulto mayor pueden ser prevenidas en su totalidad o parcialmente, solo es cuestión de identificarlo y aplicar las acciones correctivas necesarias. La forma de vida de las personas de la tercera edad (dieta, higiene, hábitos, etc.) determinan sustancialmente la calidad de vida de los adultos en la edad dorada.

El estado de salud de los adultos mayores por lo general refleja las medidas y cuidados que se han tomado en la vida de éstos al largo de la vida. Por lo general los problemas de salud en la vejez son más difíciles de tratar que en poblaciones como la niñez y la juventud. El envejecimiento, por sí mismo, implica una disminución física y mental; pero existen cambios en el organismo que contribuyen enormemente a un mayor riesgo de enfermarse, ya que los sentidos de vista, tacto, oído, destreza motora, equilibrio y salud física tienen a disminuir y deteriorarse con la edad.

Las personas mayores a 60 años generalmente realizan valiosas aportaciones a la sociedad como miembros aún activos de la familia, la sociedad e incluso la fuerza de trabajo. Gran cantidad de esta población gozan de buena salud tanto física como mental, pero algunas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, neurales o por abuso de sustancias adictivas o enfermedades somáticas o discapacidad.

Datos y cifras de interés

- La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se prevé que en el año 2100 la cantidad de personas de 60 años de edad o mayores aumente más de tres veces.
- La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida.
- Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD) en este grupo etario ¹.
- Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental (OMS, s.f.).

Tipos de adultos mayores

De acuerdo con diversas investigaciones y conceptos, y gracias a la geriatría, se puede clasificar a los adultos mayores en funcionales y disfuncionales basándose

1. Dicho de varias personas: Que tienen la misma edad.



en escalas, test y cuestionarios que evalúan la calidad y estilo de vida diario del anciano.

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo está dentro el estado de independencia funcional. Fillenbaum (1984) confirma este criterio, sugiriendo la evaluación de salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional.

Los adultos mayores funcionales son aquellos que son capaces de llevar de forma autónoma todas sus actividades cotidianas, esto sin que presente alguna dificultad o bien que solo sea mínima, gracias a esto significa que pueden mantenerse independientes, y por ende, que son funcionales.

El adulto mayor funcional es al mismo tiempo independiente, y busca proveerse de recursos y medidas que beneficien su propia seguridad, esto significa que se vuelve capaz de crear un entorno saludable y seguro para él mismo, o que puede adaptarlo a sus necesidades; puede decirse que la seguridad del adulto independiente proviene de su propia conciencia y capacidad tanto física y mental.

Por otro lado, los adultos mayores disfuncionales son aquellos que por algún motivo presentan una limitación para efectuar las tareas diarias o mínimas que el anciano requiere para valerse por sí mismo, de igual forma, el adulto dependiente puede desarrollar un déficit cognoscitivo que no le permite la toma de decisiones adecuada y lo involucra en situaciones peligrosas; también incluye en sus actividades, ya que impide la adecuación de las mismas en su entorno y puede llegar a afectar su desempeño y seguridad en la su vida cotidiana. Es por ello que es de suma importancia aplicar grandes esfuerzos en el ámbito de la seguridad del adulto mayor.

Las edades

Para entender y poder definir cómo es una persona mayor, es de vital importancia abordar el tema desde el punto de vista de las edades, éste aspecto nos da una perspectiva biopsicosocial o también conocido de visión integral.

Todos los seres vivos atraviesan por la etapa de la vejez y del envejecimiento, todos siguen un proceso por el que nacen, se desarrollan y crecen, maduran, envejecen y por último llegan a la muerte. En la naturaleza encontramos que el ser humano cuenta con una de las vidas más perdurables; el máximo número de vida del humano, según aplicaciones genéticas es de 120 años.



El envejecimiento y la vejez del adulto mayor tienen significados diferentes para distintos grupos sociales, para poner contener tales conceptos es necesario entender la edad, y tal concepto está comprendido en la edad cronológica, biológica, psicológica y social.

La edad cronológica

La edad cronológica es la edad del individuo que está expresada como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento; puede ser expresada en horas, días, meses o años. Ésta edad o periodo de tiempo en la vida de los adultos mayores es un criterio de gran importancia ya que marca hechos trascendentales de sus vidas, tales como la jubilación o aspectos relacionados a la vida social, familiar o económica del adulto mayor. La edad cronológica tiene un valor que está más asociado a aspectos sociales y legales más que a lo biológico, por ende, lo que

afecta más a ésta edad son los cambios que transcurren con el tiempo y afectan la vida de los ancianos, no cambios biológicos.

La edad biológica

La edad biológica, por otro lado, es aquella edad o periodo de la vida de un adulto mayor que corresponde con el estado funcional de los órganos comparados con patrones estándar para una edad, por ello, éste concepto está más aplicado a un ámbito fisiológico y no de tiempo. El conocimiento de éste término es más útil para el conocimiento del envejecimiento real de los ancianos y la que ayuda a determinar la edad, o una gran aproximación de los mismos.

La edad psicológica

El sentimiento que ocupa la vejez para grupo de personas puede ocasionar cambios en las emociones del adulto mayor. Tales sentimientos pueden transcurrir en el tiempo. Es de suma importancia tener en mente que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal, en ocasiones se cree que la vejez trae consigo sentimientos de tristeza, enojo o apatía, pero la realidad es que ninguno de ellos es causado por la edad, generalmente es ocasionado por factores como pérdida de seres queridos, el trabajo, o cambios en la vida cotidiana de los viejos.

En cuanto a lo relacionado con procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, generalmente suceden como modificaciones de manera gradual, es por ello que la edad psicológica está determinada por los rasgos psicológicos de cada grupo de edad; cada edad tiene su rasgo psicológico determinado, por lo que es un grave error pretender que una persona de 80 años actuará y pensará como uno de 40 o uno de 20 años. Éste tipo de edad resulta ser uno de los más importantes ya que una persona es mayor si se siente mayor.

La edad social

La vejez y la edad de una persona tienen diversos significados para cada grupo humano, según la historia, la cultura e incluso la organización social. Es a partir de éstos términos que los grupos de personas actúan de una forma con los adultos mayores. La vejez es razonada una categoría social, es decir, se aglomera a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, es por ello que en varias ocasiones tales creencias pueden ser equivocadas y hasta injustas.

Así pues, la edad social es aquella marcada por circunstancias económicas, laborales y familiares, de éste modo, la jubilación marca una edad social por pertenencia a un grupo social con importantes cambios en diferentes ámbitos.

Datos de interés

- La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados.
 - El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos.
 - Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes.
 - El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores.
 - La necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando.
 - En las emergencias, las personas mayores pueden ser especialmente vulnerables (OMS, s.f.).
-
-



Ilustración 2. Charla adulto mayor de Boyacá

Gerontología

¿Qué es la gerontología?

El siguiente apartado tiene como objetivo explicar en qué consiste la gerontología y cuáles son las áreas o perspectivas sobre las que se desenvuelve.

¿Qué es la gerontología?

Del griego Gerento= anciano y logos= tratado; es una disciplina científica que se encarga del estudio del envejecimiento, la vejez y el adulto mayor bajo diversas perspectivas, tales como la perspectiva biológica, psicológica, antropológica, demográfica y educativa.

La gerontología tiene un doble objetivo:

- Desde un punto de vista meramente cuantitativo: trata de prolongar la vida (es decir, otorgar más años a la vida y retardar la muerte)

- Desde un punto de vista meramente cualitativo: trata de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Tal disciplina, es, además, incide en la calidad y condiciones de vida del adulto mayor mediante un cuidadoso diseño, ejecución y seguimiento a políticas y programas diseñados para el beneficio de la población anciana.

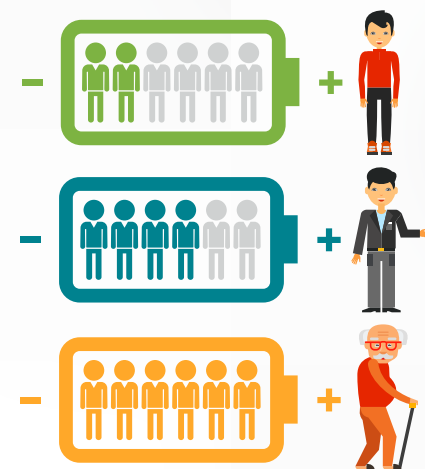
Diferencias entre el envejecimiento y la vejez

El envejecimiento es un fenómeno multifactorial que afecta a nivel biológico todos los niveles de un organismo, desde las moléculas hasta los sistemas fisiológicos humanos. Es, además, un proceso continuo, global e irreversible que determina la pérdida gradual de la capacidad de adaptación de los individuos mayores sanos y lleva finalmente al deterioro, agotamiento y muerte de los organismos biológicos.

La vejez, en cambio, es un concepto mayormente asociado con las formas de parentesco, aspectos económicos, el nivel de salud, algunos modelos de conducta, creencias religiosas, la marginación, la moral, política, el grado de independencia para cubrir las necesidades básicas diarias y varios aspectos más asociados a lo cultural y social. Se puede inferir, entonces, que la vejez se trata de un constructor cultural que tiene como base primordial al envejecimiento y las maneras de asumir este. Dicho de otra forma, mientras que el envejecimiento es un proceso continuo y paralelo al de la evolución y desarrollo, la vejez es un estado al que se llega cuando se logran determinados parámetros y condiciones que fueron previamente determinadas y condicionadas por la sociedad y culturas por las que pasa el adulto mayor.

Teorías del envejecimiento.

Las teorías sobre el envejecimiento son numerosas, pero se ha logrado determinar 2 grupos en los que se basa esta etapa, teorías asociadas a lo genético y a lo estocástico.





El siguiente cuadro ayuda a resumir e identificar todas aquellas áreas en las que se desenvuelven las teorías sobre el envejecimiento.

Tabla 1

Teorías del envejecimiento

Biológico	Envejecimiento genético
	Envejecimiento estocástico
	Disfunción prefrontal
	Disminución del caos
Psicológico	Disfunción hipotalámica
	Teoría de la actividad
	Teoría de la desvinculación
	Teoría evolutiva (Erikson)
Social	Teoría de la dependencia estructurada
	Teoría de la optimización selectiva
Cultural	Teoría funcionalista
Antropológico	Envejecimiento de género.

* Fuente: Recuperado de: <http://www.psicofisiologia.com.ar/nuevo/images/documentos/envej.doc>

Teoría genética.

Las teorías genéticas están centradas en pruebas científicas que exponen la influencia de los genes en el proceso del envejecimiento celular y orgánico. Dicho en palabras comunes, reconocen la existencia de algunos genes que se activan cuando el cuerpo humano llega a cierta edad.

Teoría estocástica.

Sin embargo, cuando se interviene en otros factores durante el proceso de envejecimiento que no estarían relacionados directamente con los genes se le conoce como un proceso estocástico.

Factores que influyen en el envejecimiento y la vejez.

Los factores que incluyen en el envejecimiento son varios, van desde la perspectiva interne y externa, hasta aspectos controlables y no controlables del medio ambiente; por lo general, el cuerpo humano y la piel está en un proceso continuo de envejecimiento y al final tal proceso termina en una enfermedad o la muerte. Tales cambios se reflejan primordialmente en la piel por ser el órgano más grande y visible del cuerpo humano, así mismo, los cambios se presentan al iniciar los 40 años de edad.

Factores internos:

- Son aquellos que están relacionados con el reloj biológico del ser humano.
- No pueden ser controlados.

- Son naturales y están genéticamente programados en el cuerpo y en las células.

Factores externos:

- Éstos están relacionados con el ambiente en donde vive y se desempeña el adulto mayor, así como el estilo de vida que trae.
- En pequeña medida estos aspectos pueden ser controlados.

Factores incontrolables:

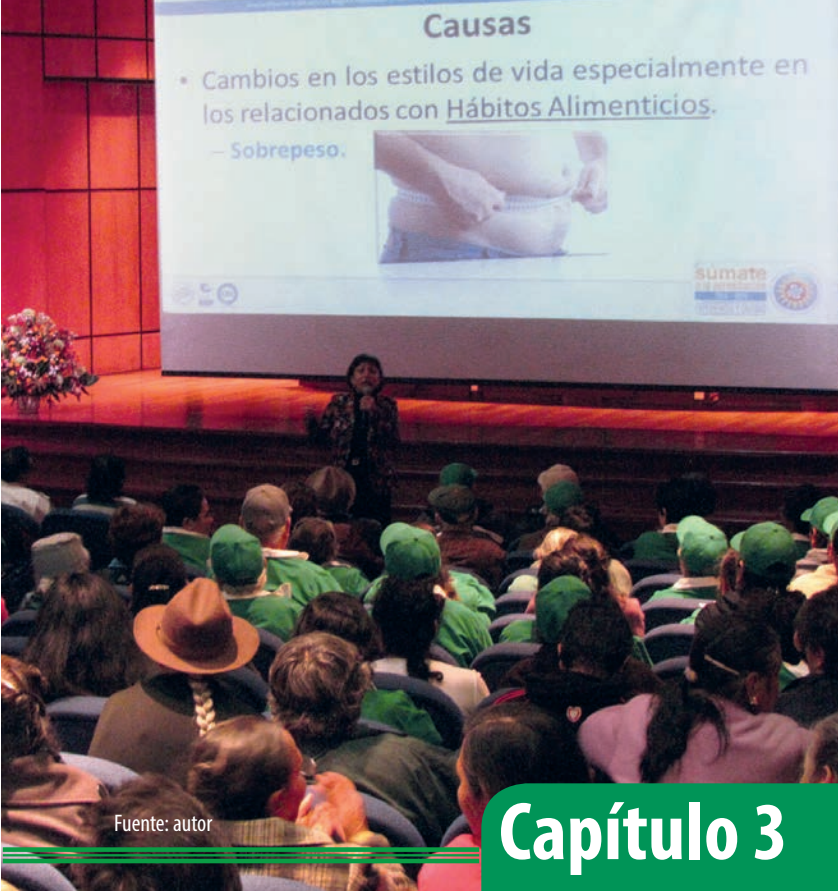
- Son aquellos que obviamente no están bajo el control de la persona, como la intensidad solar y el paso de los rayos ultravioleta.
- El impacto y la concentración de la contaminación.
- No pueden ser evitados, pero si se puede tomar medidas para evitar la afección de tales factores en el cuerpo humano.
- Estos factores pueden ser disminuidos protegiendo la piel de la humedad, temperaturas extremas, viento, polución y el sol.
- Son considerados factores incontrolables, pero realmente cada uno puede aportar y regular el cuidado del medio ambiente para la disminución del efecto en el organismo humano.
- Factores controlables
- Son aquellos factores que, como el sueño, la forma de dormir, la alimentación, el control del estrés, expresiones fáciles y el ejercicio diario son controlados y regulados por cada persona contrarrestan el proceso de desgaste celular en todo el cuerpo.
- Se debe mejorar el estilo de vida para eliminar el impacto que se tiene por la falta de sueño, el bajo consumo de alimentos saludables y agua, la falta de actividad física, el estrés y el consumo de sustancias tóxicas.

Datos de interés

Nutrientes esenciales para vivir más y mejor

Existe una gran variedad de nutrientes que ayudan a mitigar el daño e impacto que tienen los factores que contribuyen al envejecimiento, éstos nutrientes:

- | | |
|------------------------|----------------|
| 1. Ácido Alfalipoico | 6. Omega 3 |
| 2. Aminoácidos | 7. Glucosamina |
| 3. Antioxidantes | 8. Té verde |
| 4. Picolinato de cromo | 9. Granada |
| 5. Coenzima Q10 | 10. Vitamina D |



Fuente: autor

Capítulo 3

Ilustración 3. Charlas adulto mayor sobre cuidados

Geriatría

El siguiente apartado pretende explicar un poco más a fondo en qué consiste la geriatría, los objetivos de la misma y explicar quién es la persona encargada de estudiar y realizar actividades geriátricas (geriatra); así mismo se incluye información de vital importancia acerca de las enfermedades del género masculino y femenino de la tercera edad, tema enormemente relacionado a la geriatría.

¿Qué es la geriatría?

Cuando se menciona el término geriatría se hace referencia a la rama de medicina que está dedicada a aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los adultos mayores con una condición crónica o en alguna situación de enfermedad terminal. A pesar de que los medicamentos, medidas preventivas y tratamientos se encuentran dentro de lo que es la geriatría, ésta se encuentra limitada y condicionada por el paciente que presenta alguna enfermedad.

La geriatría, además de las ocupaciones antes mencionadas, se encarga del estudio de las enfermedades en las personas mayores y el tratamiento correspondiente; así como los cambios que se presentan en el cuerpo de un anciano, las dolencias y síntomas de una enfermedad se presentan de distinta manera en un cuerpo de mayor edad que en uno joven.

Esta área de la medicina se encarga de atender al anciano tanto en situaciones de salud como de enfermedad, debe presentar especial cuidado en los aspectos clínicos presentes, así como en las prevenciones convenientes; algunas particularidades que influyen en la salud del anciano, y por ende, en rama geriátrica, son los aspectos sociales que influyen directamente en la salud del adulto mayor, como lo son la soledad, el aislamiento, la dependencia, entre muchas otras.

¿Qué es un geriatra?

El geriatra no es más que la persona en medicina especializada que ha cursado, además de su carrera médica, cuatro años más de especialidad en medicina interna y consecuentemente dos años más de subespecialidad en Geriatría. Éste especialista normalmente se puede encontrar ejerciendo en los hospitales o en residencias de ancianos, atendiendo de forma directa a los pacientes; entre algunas actividades a los pacientes de cama o internados que se encarga de realizar están las consultas externas o intrahospitalarias y servicio de urgencia.

Una de las preguntas más frecuentes que se producen en relación a éste concepto es ¿Quién es considerado un paciente geriátrico?, aquél que presente algunas de las siguientes características, o bien, todas (OPIMEC, s.f.):

- Una persona mayor de 75 años.
- Aquella que presente pluripatología² relevante.
- Con un alto riesgo de dependencia.
- Presencia de patología mental acompañante o predominante.
- Presencia de problemas sociales en relación con su estado de salud.

Objetivos de la geriatría

El objetivo primordial de la geriatría es lograr un mantenimiento y recuperación funcional del adulto mayor para lograr alcanzar el máximo nivel de autonomía e independencia, logrando así la reintegración del mismo al entorno familiar y social; pero además se centra en objetivos como:

1. Previene las enfermedades y los trastornos de salud de una forma activa mediante la vigilancia de los ancianos.
2. Debido a que algunas enfermedades o incapacidades pueden dejar una dependencia, otro de los objetivos es evitar esto mismo.
3. Encargada de proporcionar una asistencia integral que se ocupe de todo lo relacionado a lo médico, funcional, mental y social del anciano, involucrando distintos campos de estudio.
4. Rehabilitación, encargada de recuperar a los pacientes que ya fueron afectados y que han perdido la independencia física o social.

2. Una situación en la que un individuo vive con múltiples enfermedades (generalmente 3 o más), simultáneas, crónicas e incurables.

5. Proporcionar un seguimiento a la rehabilitación y tratamiento de los ancianos, esto quiere decir que se debe otorgar un cuidado progresivo respondiendo a necesidades hospitalarias, asistenciales, de rehabilitación, entre algunas otras.
6. Proporcionar un adecuado manejo de las condiciones comunes que afecten a la población adulta mayor.
7. Reconocimiento de afecciones como la vejez y el envejecimiento.
8. Comprensión del uso adecuado de los medicamentos, así como el tratamiento apropiado para cada afección médica.
9. Coordinar el cuidado que se le proporciona a las personas de tercera edad por parte de familiares, amigos y especialistas (enfermeras).
10. Evaluar y organizar todos aquellos servicios sociales que conciernen al cuidado de ésta población.
11. Ayudar al anciano a encajar en la sociedad.
12. Proporcionar una investigación estratégica para la mejora continua del cuidado de la tercera edad.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ◇ Diabetes Mellitus | ◇ Enfermedades del sistema nervioso |
| ◇ Enfermedades isquémicas del corazón | ◇ Arterioesclerosis |
| ◇ Enfermedades cerebrovasculares | ◇ Hiperplasia benigna de próstata (solo para hombres) |
| ◇ Enfermedad pulmonar | ◇ Prostatitis (solo para hombres) |
| ◇ Hipertensión arterial | ◇ Cáncer de próstata (solo para hombres) |
| ◇ Artritis | ◇ Tumores malignos |
| ◇ Diabetes | ◇ Artrosis |
| ◇ Osteoporosis | ◇ Alzheimer |
| ◇ Asma | ◇ Parkinson |
| ◇ Gastritis | ◇ Desnutrición |
| ◇ Cáncer | ◇ Sordera |
| ◇ Cataratas | ◇ Resfriós y gripe |
| ◇ Colesterol | ◇ Demencia senil |
| ◇ Tiroides | |
| ◇ Enfermedades renales | |

Para el cumplimiento de todos estos objetivos, la geriatría cuenta con algunos importantes instrumentos:

1. El primero es la valoración geriátrica integral: que consiste en el proceso de diagnóstico en geriatría para poder determinar un plan de acción y cuidados en el anciano, donde por su puesto, el plan debe ser flexible y adaptable a las necesidades de los pacientes.
2. Equipo multidisciplinario: es la conformación de un equipo con diferentes profesiones, tales como la medicina general, la geriatría, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología y asistencia social.
3. Niveles asistenciales: consiste en la proporción de distintos niveles de asistencia al adulto mayor de acuerdo a su estado de salud.

Enfermedades propias del adulto mayor

La morbilidad y mortalidad de los adultos mayores difieren del resto de las poblaciones en el mundo, esto debido al peso que para ellos tiene las enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas tales como enfermedades cardiovasculares, neoplasias y diabetes; de forma global, los cambios en los patrones demográficos y en los perfiles de salud, generan un incremento en la incidencia de patologías crónicas en personas mayores de 45 años.

Las enfermedades crónicas del adulto mayor son un grupo de eventos que se caracterizan por largos periodos de latencia, de curso prolongado con un rápido deterioro, y que puede convertirse en una incapacidad; dentro de las patologías más comunes para la población mayor se encuentran:

Entre muchas otras, el tratamiento y prevención para cada una van desde el tratamiento farmacológico hasta un tratamiento preventivo que incluye dietas, descansos, buen ejercicio y más.





Fuente: autor

Capítulo 4

Ilustración 4. Capacitación adulto mayor

Índices, test, escalas y cuestionarios al adulto mayor

A continuación, se mostrarán una serie de índices, test, escalas y cuestionarios que ayudan a identificar aspectos de forma general en la salud tanto física como mental del adulto mayor, también ayudan a observar cómo se desenvuelve en aspectos sociales, culturales y muchos más;

Para ver el formato de cada índice, test escala o cuestionario mencionado, así como la forma de interpretación consultar la sección de Anexos.

Índice de Barthel

Consiste en anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación actual del adulto mayor, respecto a 10 preguntas básicas de la vida diaria. Es útil para describir el estado funcional de la persona mayor, así como sus cambios a través del tiempo. Es de prueba fácil y rápida administración; su aplicación es especialmente útil aspectos de ayuda al adulto mayor y es de Gran valor productivo sobre la mortalidad, el ingreso hospitalario, la duración de la estancia en unidades de rehabilitación y la ubicación a alta hospitalaria.

Índice de Katz

Este índice es una escala sencilla que evalúa de forma dicotómica (dependencia o independencia) seis funciones socio-biológicas: bañarse, vestirse, ir al baño, movilidad, continencia y alimentación. En este índice se considera independiente a una persona capaz de realizar una función de las antes mencionadas sin ayuda humana. La forma de aplicación es la interrogación de manera directa a la persona mayor o de sus cuidadores.

La gran ventaja de este índice es su estructura jerárquica, de forma que la capacidad de realizar una función implica por lo general la capacidad de realizar otras funciones más simples. En Katz, la dependencia sigue un orden establecido y la recuperación de la independencia se hace también de manera ordenada. Este carácter jerárquico permite evaluar de forma simple el estado funcional global del adulto mayor de forma directa, comparar individuos y grupos y detectar cambios a través del tiempo.

Escala de Lawton y Brody

La escala de Lawton y Brody es uno de los instrumentos de medición de AVID³ más utilizado internacionalmente y la más utilizada en unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar no solo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a los niveles de cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro en el anciano.

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los métodos de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asigna un valor numérico de 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene directamente del individuo o de su cuidador en 4 minutos.

Test de Pfeiffer

El test de Pfeiffer se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo; es uno de los test más utilizados en la población mayor gracias a su brevedad y facilidad de manejo, tiene una gran fiabilidad y está menos influido que otros test por el nivel educativo y la raza.

3. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

La forma de interpretación con una evaluación de los errores: 0-3 funcionamiento intelectual normal, 4-7 funcionamiento intelectual deficitario (sospecha de deterioro) y de 8-10 déficit intelectual severo.

Mini examen cognoscitivo (MEC) Lobo

El mini examen Loco es una de las pruebas de screening⁴ más utilizadas en los centros geriátricos; la idea principal de este método es proporcionar una análisis breve y estandarizado del estado mental que sirva para diferenciar entre pacientes psiquiátricos, y trastornos funcionales orgánicos. El test consta de 30 ítems agrupados en 11 secciones que el clínico puede administrar al paciente en 5-15 minutos. Indica una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad.

Test de Isaacs

Este test de influencia verbal semántica es útil en los casos don pacientes analfabetos o con déficit sensoriales, requiere muy poco tiempo para su realización. Se pide al paciente que nombre sin parar, hasta que se le diga lo contrario, una serie de colores, animales, frutas y ciudades, se otorga un minuto por cada ítem, pero si consigue decir 10 elementos del mismo sin repetición se pasa y al ítem siguiente. Se anotan todas las respuestas, y es útil conservar los resultados para el seguimiento evolutivo del paciente.

Se considera que el resultado normal para adultos es de 20 o más aciertos, y de 27 o más si se trata de ancianos. Los errores se contabilizan, pero no restan puntos al total; el test tiene una sensibilidad del 79% y una especificidad del 82%.

Test del Informador (TIN) corto

Está formado por varias preguntas que pueden puntuarse del 1 al 5 en función de cómo está la persona en el presente, en relación a como estaba hace 5 o 10 años. Una de las mayores ventajas con las que cuenta el TIN es que no está influenciado por la edad, inteligencia ni nivel cultural; pero cuenta con algún inconveniente, se rige completamente de la fidelidad del paciente, siendo que depende completamente de las respuestas de éste.

Escala de prevención geriátrica de Yesavage

Se trata de un cuestionario formado por 30 ítems de rápida aplicación y administrado por el evaluador, se responde con respuestas dicotómicas: si/no. tanto las respuestas afirmativas como las negativas pueden indicar la presencia de depresión de acuerdo a la pregunta a la que se esté respondiendo, y por tanto sumar un punto.



La valoración es la siguiente, de 0-9 indica ausencia de depresión, de 11-20 indica depresión leve y de 21-30 indica depresión grave. En la actualidad es una de las escalas más utilizadas para detectar y valorar la depresión.

Cuestionario de criterios de riesgo social en personas mayores

El objetivo de dicho cuestionario es la detección de riesgo social en la persona mayor con el fin de actuar lo antes posible. Mediante este despistaje se detecta, en un principio, aquellos factores a partir de cuales se detecta la presencia de riesgo social, en otras palabras, se detecta una especial vulnerabilidad para que se genere una problemática social y por lo que debe ser derivado al trabajador social. Los 4 aspectos que aparecen en este cuestionario son la situación familiar, la situación de la vivienda, la situación del apoyo social y la situación económica. La aplicación se hace preguntando sobre los ítems al cuidador y al paciente y por observación del profesional a cargo.

⁴. Indica una estrategia aplicada sobre una población para detectar una enfermedad en individuos sin signos o síntomas de esa enfermedad



Entrevista para la valoración psicosocial

Esta entrevista es realizada por el trabajador social del EAP⁵ tras haberse detectado riesgo social mediante la aplicación del cuestionario de riesgo social (anterior), en este cuestionario se pretende:

1. Valorar a la persona mayor para invertir sobre sus aspectos psicosociales que, pueden tanto favorecer como obstaculizar en el proceso de mejora de la calidad de vida del anciano. Para ello se trata de conocer a la persona en el contexto familiar, en su entorno de vivienda, la situación económica y red social de apoyo.

Además, para obtener una información base igual en todos los casos, sobre la que se establecerá la intervención más adecuada.

Valoración patrones funcionales de salud

El sistema de valoración de patrones funcionales de salud cumple con todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración útil enferma eficaz, es decir, identifica al paciente enfermo, por lo que constituye una herramienta útil para cualquier modelo disciplinar enfermero.

Define 11 patrones de actuación relevantes para salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamiento más o menos comunes a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

Encuesta de hábitos dietéticos

Esta encuesta recoge datos generales de la alimentación del paciente: tales como cuántas comidas hace y consume al día, si tiene apetito o algún problema para masticar entre algunas otras. Con esta encuesta se pueden identificar algunos de los errores más frecuentes en la alimentación del adulto.

Evaluación del estado nutricional

La MNA⁶ es una herramienta de cribado⁷ que ayuda a identificar a adultos mayores desnutridos o en riesgo de desnutrición. Esta diseñada para el ámbito hospitalario, residencial y de población ambulatoria. Actualmente está aceptado por un gran número de instituciones y organizaciones científicas en todo el mundo, ha demostrado, además, una alta sensibilidad, especificidad y fiabilidad y un alto valor predictivo.

Se trata de un cuestionario que realiza personal sanitario que consta de 2 partes: un cribaje (7 preguntas), y una evaluación (12 preguntas) que se realiza sólo si se

el cribaje da positivo. Una puntuación total ≥ 24 indica que el paciente tiene un buen estado nutricional, mientras que una puntuación entre 17-23, identifica a los pacientes en riesgo nutricional; en éstos casos, los pacientes que presenten ese puntaje requieren de una intervención nutricional (en forma de consejos dietéticos o suplementos) para evitar un desarrollo des nutricional.

Si la puntuación es menor de 17, el paciente presenta desnutrición calórica proteica y deberá completar su evaluación mediante parámetros bioquímicos, antropométricos y una historia dietética, para así poder determinar, la intervención nutricional adecuada. Se tarda de 10 a 15 minutos el realizar el cuestionario completo.

Calculo en el riesgo cardiovascular (RCV)

El RCV se calcula según la tabla de Framingham, que es aquella que utiliza un método cuantitativo de puntuación con variables como: edad (35-74 años), sexo, colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (cDHL), colesterol total (CT), presión arterial sistólica (PAS), tabaquismo (si/no), diabetes (si/no), e hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (si/no).

En función del valor década variable, se suman los puntos y se obtiene un número que equivale a un determinado riesgo, se considera alto riesgo a pacientes con un riesgo mayor o igual al 20% de 10 años. En la práctica se usa esta tabla para discriminar el riesgo cardiovascular alto y moderado.

Investigación del consumo de alcohol

Se utiliza una estructura semiestructurada para el método de elección; los hábitos del consumo de alcohol en los adultos mayores varían con el tiempo y según las normas sociales, es decir, con lo que se considera aceptable. En efecto hay diferencias distintivas en el comportamiento entre diferentes generaciones y grupos de edad. Los cuestionarios no sirven para cuantificar el consumo de alcohol ya que son complementarios a la entrevista, en la cual, una de las cosas más importantes es la charla personal investigador-paciente. Entre algunos cuestionarios aprobados está el MALT⁸ y el AUDIT⁹ que más adelante se explicarán.

Cuestionario MALT

El cuestionario MALT es un cuestionario mixto que debe ser respondido por el médico evaluador y por el paciente; en caso de ser positivo se puede identificar individuos con riesgo de dependencia de alcohol o personas con alcoholismo. Este

5. Extensible Authentication Proto

6. Mini Nutritional Assessment

7. Seleccionar o elegir lo que realmente interesa

8. Münchner Alkoholismus Test.

9. Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol.

cuestionario consta de 2 partes bien diferenciadas: el MALT-O debe rellenarlo el médico, y el MALT-S debe rellenarlo el propio paciente. La puntuación total es la suma obtenida en las 2 partes del test (cada respuesta afirmativa de MALT-O son 4 puntos). Se considera que puntuaciones iguales o superiores a 11 son diagnósticos de alcoholismo, y entre 6 y 10 sospecha o riesgo de alcoholismo.

Cuestionario AUDIT

Este cuestionario describe cómo utilizarlo para identificar a las personas con un patrón de consumo de riesgo, o perjudicial, de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la OMS12 como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol, además como un apoyo en la evaluación breve de la misma; proporciona un marco de trabajo para la intervención dirigida a los bebedores de riesgo, para que así puedan reducir o abandonar el consumo de la sustancia nociva mencionada y evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo. Además, el AUTI también ayuda a identificar la dependencia de alcohol y algunas consecuencias específicas de su consumo. Ha sido diseñado particularmente para los clínicos y para una diversidad de recursos terapéuticos; puede ser auto-administrado o utilizado por profesionales no sanitarios.

Test de Fageström para la dependencia de la nicotina

El test de la tolerancia de Fageström, de ocho ítems simplificado a seis, evalúa varios componentes del comportamiento del fumador, ha demostrado ser útil en muchos estudios, como predictor del cese del consumo; sin embargo, ha sido cuestionado por deficiencias psicométricas, en particular su consistencia Interna y la dificultad para interpretar sus resultados.

Existe una intervención mínima al realizar éste test que está orientada a todos los fumadores que no son capaces de comprometerse a dejar de fumar antes de un mes. El elemento fundamental de la intervención es el Consejo, los consejos han sido probados como una herramienta de eficacia y eficiencia para conseguir entre un 5-10% de abandono.

“En las personas mayores que llevan muchos años fumando es difícil desarraigar éste hábito, pero como sanitarios debemos insistir en el abandono del tabaco. Sin embargo, nos encontraremos con situaciones en las que tenemos que utilizar nuestro sentido común”.

Cuestionario de valoración en la incontinencia urinaria.

La insuficiencia urinaria (IU), según la International Continence Society (ICS), es cualquier pérdida involuntaria de orina que incide en un problema social o higiénico. Este problema se puede presentar tanto en personas sanas como asociada a diferentes enfermedades, y puede ser una consecuencia de diversos motivos.

Tanto la identificación como la cuantificación y el adecuado tratamiento desde el punto de vista asistencial han sido muy escasos, a pesar de que se trata de un problema clínico relevante, tanto por su prevalencia como por sus connotaciones psicosociales y económicas. A pesar de ello, el cuestionario de valoración en la incontinencia urinaria nos proporciona información para lograr ubicar este tipo de problema en los adultos mayores.

Baremo internacional de sintomatología prostática (I-PSS)

El cuestionario I-PSS¹⁰ es una herramienta de diagnóstico clínico de la HPB¹¹, esto es de suma utilidad para el especialista. En la evaluación inicial de los pacientes que refieren síntomas de HPB se recomienda la realización de éste cuestionario para documentar de forma objetiva el nivel de los síntomas. Los síntomas de HPB son comunes a múltiples patologías vesico-prostato-uretrales y se engloban bajo el término de STUI¹². La mejor forma de cuantificarla sintomatología es con un test validado, de los cuales el más aceptado internacionalmente es el IPSS. Este cuestionario consta de 7 preguntas con una pregunta adicional sobre calidad de vida. La puntuación va de 0 a 35 en relación a los síntomas urinarios y de 0 a 6 en la valoración de la calidad de vida. Con el cuestionario IPSS se pueden establecer 3 grupos de pacientes con:

- Síntomas leves: 0 a 7 puntos
- Síntomas moderados: 8 a 19 puntos
- Síntomas severos: 20 a 35 puntos.

La puntuación del IPSS, además de ser útil en el diagnóstico y ayudar a determinar el tratamiento de los pacientes, es un factor predictivo importante y resulta de gran ayuda a los especialistas para monitorizar y hacer seguimiento de la respuesta a los diferentes tratamientos.

Índice del esfuerzo del cuidador

El índice del esfuerzo del cuidador, como lo dice, se describen una serie de preguntas dicotómicas (sí/no) para determinar la cantidad que esfuerzo y empeño que el cuidador a cargo de un adulto mayor le pone a éste mismo.

Existen varios cuestionarios para calcular y tratar de medir el esfuerzo, pero el presentado aquí es el valorado a nivel internacional. Una puntuación de 7 o más alta, indica un elevado nivel de tensión.

10. Puntuación Internacional de los Síntomas Prostáticos

11. Hiperplasia Prostática Benigna

12. Síntomas del tracto urinario inferior



Capítulo 5

Ilustración 5. Capacitación adulto mayor

Atención primaria

Atención primaria: Salud física y mental

La siguiente parte del manual nos explica en qué consiste la atención primaria que se le proporciona a los adultos mayores, esta atención primaria es una de las más importantes que involucra a la tercera edad ya que atiende temas desde el aspecto físico hasta el mental.

Actividad física

Para los adultos mayores es importante mantener una buena actividad física, la cual consiste en actividades recreativas, desplazamientos, momentos de ocio, juegos, deportes programados, ejercicio, etc. Esto con el fin de mejorar sus articulaciones, su estructura ósea y funcionamiento cardiovascular, evitar la obesidad y el sedentarismo. Cuando se planea dar atención médica a un adulto mayor, se debe

tomar en cuenta las limitaciones que éste pueda tener, esto se logra con una serie de exámenes aeróbicos y anaeróbicos que miden su resistencia debido a que no existe una clasificación exacta de las limitaciones y capacidades de una persona de edad avanzada.

Los exámenes, además deben proteger al anciano de futuras lesiones, traumas, etc. En la actualidad es común ver a las personas de la tercera edad llevar una vida sedentaria, lo que causa que se vuelvan personas dependientes, es en ese momento cuando se mide el grado de des-habilidad presente para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).

Así mismo, existe una serie de beneficios por realizar la actividad física adecuada. Según la OMS la mayoría de los adultos mayores pueden someterse a alguna actividad física, teniendo en cuenta el estado actual de salud de la persona, para esto si dividen en 3 grupos:

- I. Se trata de sujetos que han perdido su independencia funcional por razones físicas o psicológicas. En ellos un programa apropiado de actividad física puede mejorar su calidad de vida e incrementar su funcionalidad en algunas áreas. En ocasiones es necesario implementar ejercicios asistidos en la propia cama o en sillas de ruedas.
- II. Individuos que no realizan actividad física regularmente, pero mantienen su independencia dentro de la comunidad. Son portadores de factores de riesgo para diversas enfermedades crónico degenerativas que amenazan su independencia. En ellos se puede implementar programas de regular intensidad individualizados de acuerdo a las limitaciones y deshabilitades presentes, con el propósito de mantener su independencia.
- III. Personas físicamente activas, teóricamente sanas y capaces de realizar las actividades de la vida diaria. Pueden participar en una gran variedad de programas de actividad física, aun los que realizaron en su juventud.

Nutrición, desnutrición y obesidad

Al hablar del tipo de alimentación en el adulto mayor, se pueden encontrar tres tipos de nutrición, nutrición como prevención primaria, nutrición como prevención secundaria y nutrición como prevención terciaria, en estas fases se trata enfermedades crónicas a las que una persona está expuesta al llegar a esta etapa de la vida, así como iniciar la realización de actividades físicas.

Al pasar de los años, existen cambios fisiológicos en el cuerpo humano, cuando se llega a una edad adulta la grasa y la masa visceral aumentan, mientras que la masa magra¹³ disminuye. La obesidad sarcopénica es la pérdida de masa muscular magra en personas con exceso de tejido adiposo, el estado de vida sedentario

13. El Webster's New World Medical Dictionary define la masa corporal magra como la masa del cuerpo menos la grasa.

aumenta el riesgo de este tipo de obesidad, otro de los peligros que tiene el estilo de vida sedentario es llegar al llamado síndrome de muerte sedentaria (SMS).

La obesidad, por otro lado, ha aumentado mucho en los últimos años, las frecuencias de obesidad aumentan entre los 65 y 74 años, muchas de las enfermedades crónicas más comunes entre los adultos mayores se atribuyen a la sobre todo de mantener la calidad de vida del adulto mayor, así como disminuir el riesgo y la velocidad de las obesidades, tales enfermedades son la diabetes tipo 2, cardiopatía, hipertensión, artritis, dislipemia y cáncer. En los adultos mayores se recomiendan tratamientos físicos que mantengan la masa ósea y muscular.

Acercas de la desnutrición, la prevalencia de peso insuficiente entre los adultos mayores es sólo del 2% de la población total, las mujeres mayores de 65 años tienen tres veces más probabilidad de tener desnutrición comparado con los hombres. Algunos de los factores causantes de la desnutrición son los medicamentos, la pérdida del olfato y gusto, enfermedades crónicas, vivir solo, falta de recursos y limitaciones para la preparación y compra de alimentos.

Algunas recomendaciones

Existen una serie de recomendaciones según Dietary Guidelines for Americans, 2005 en donde se recomienda la ingesta de vitamina B12 en forma cristalina, consumo de vitamina D, estar en constante revisión con un nutriólogo, realizar actividades físicas y no comer leche cruda o sin pasteurizar, entre otros. (Mahan, Escott- Stump, & Krause, 2009)

Sexualidad

El tema de la sexualidad en personas de la tercera edad es muy importante, debido a que, es en esta etapa de la vida en la que se va perdiendo la actividad y el deseo sexual, aunado a esto, se deben tomar en cuenta los cambios fisiológicos que se presentan y la presión que la sociedad ejerce sobre este tema en particular.

Cuando se habla de cambios fisiológicos, se puede dividir este campo en hombres y mujeres, debido a que los cambios que se presentan son distintos, para la mujer se encuentra la menopausia y los cambios posmenopáusicos, que representan el fin de la etapa procreativa, además de la reducción de estrógenos, disminución de la elasticidad de la vagina, menor capacidad de lubricación, fase de excitación sexual más lenta, disminución del tamaño de los senos y el orgasmo puede darse en menor lapso de tiempo y es menos placentero; mientras que en el hombre se encuentran distintos cambios fisiológicos como la disminución de testosterona, menor producción de esperma, erección más lenta y necesidad de mayor estimulación, los testículos se elevan menos y se hace más lenta la respuesta sexual y el orgasmo puede ser más corto y menos intenso.

Algunos de los cambios psicológicos que se dan durante esta etapa son la

aceptación de los cambios en la imagen corporal, evitando hacer sentir al anciano como una persona poco agradable físicamente, la aceptación de la vulnerabilidad de la vida y la proximidad que se tiene a la muerte, la autoestima y la autoaceptación influyen demasiado en el lúcido y la sexualidad. Es necesario que los adultos mayores conozcan todos estos cambios a la perfección para que puedan llevar una vida sexual sana.

Sueño

Los seres humanos necesitan de energía para cumplir con sus actividades diarias, por lo tanto, es necesario dormir para recuperar lo que el cuerpo ha gastado. En el adulto mayor es esencial llevar a cabo esta actividad, debido a que necesita mucha energía para realizar sus movimientos. El acto de dormir normalmente ocurre en varias etapas, en una persona joven el ciclo del sueño común incluye periodos de sueño profundo y ligero en los que no se sueña y algunos periodos de sueño activo. Con el envejecimiento, éstos patrones de sueño se pueden modificar, creando dificultad para dormir en las personas, rompiendo con el ciclo de sueño habitual y provocando que éste despierte con frecuencia, aproximadamente entre 3 y 4 veces por noche, las causas de estas interrupciones de sueño pueden ser enfermedades crónicas, necesidad de orinar, ansiedad e incomodidad.

El tiempo estimado de sueño para un adulto mayor oscila entre 5 y 7 horas por noche, debido a la consecuencia de la dificultad para conciliar el sueño durante la noche. El escaso tiempo de sueño puede provocar confusión en el anciano, además de otros cambios mentales y depresión. Es recomendable evitar los medicamentos para dormir, debido a que el resultado esperado es distinto cuando se llega a una edad avanzada. Algunas de las medidas recomendables para conciliar el sueño en esta etapa, es ingerir un refrigerio antes de ir a la cama, evitar cafeína por lo menos 3 o 4 horas antes de ir a dormir y evitar las siestas diurnas.

Alcohol y la salud

El consumo de alcohol en los adultos mayores es un tema importante, debido a que con el paso del tiempo ha aumentado la cantidad del alcohol que éste grupo de edad consume, sucede debido a diversos factores que van desde problemas emocionales hasta los hábitos que fueron adquiridos con el paso del tiempo. Dentro de los factores detonantes del alcoholismo en el adulto mayor se encuentra la jubilación, que causa en el anciano que nunca ha tenido pasatiempos o actividades extra laborales, un sentimiento de pérdida de la rutina, pérdida de compañeros de trabajo, pérdida de un salario y sobre todo el sentirse inútil para la sociedad, por lo que algunos adultos responden a todas estas pérdidas con alcohol; otro de los detonantes es la pérdida del cónyuge, lo que puede ser demasiado devastador y en la búsqueda de alivio de ese dolor se encuentran con el alcohol; el rompimiento de los lazos familiares, esto es, cuando los hijos se van de la casa, lo que acentúa el sentimiento de soledad y aislamiento.



La pérdida de la salud puede generar una gran cantidad de estrés en el anciano, provocando que éste mismo mitigue su falta con alcohol, recientemente se ha demostrado que existe un incremento en el consumo de alcohol en personas mayores de 65 años, aunque aún no se determina una causa exacta, los factores anteriormente mencionados pueden ser algunos de los mayores detonantes de esta adicción.

Tabaquismo

Cuando se habla de tabaquismo en los adultos mayores, se habla también de una de las principales causas de muerte en este grupo de personas, puesto que son las más susceptibles a adoptar ese tipo de práctica, y por la dificultad que existe para abandonar el hábito. El dejar de fumar proporciona al anciano una mejor calidad de vida, una mayor esperanza de vida, así como un menor deterioro en las habilidades físicas.

Dentro del índice de mortalidad en los ancianos, por lo menos tres cuartas partes son por enfermedades debido al tabaquismo, tales como cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, enfermedades cardiovasculares, déficit visual, entre otras; todas estas enfermedades son detectadas en la etapa de la senectud, provocando que sean dependientes de cuidados externos. La solución más sencilla para evitar

este tipo de padecimientos es el abandono del tabaco, aunque es bien sabido que es un proceso lento y paulatino hasta que se hace definitivo el abandono de esta sustancia.

Análisis clínicos mínimos requeridos

Para los adultos mayores, como para cualquier persona, es importante realizar estudios médicos periódicamente para comprobar que nuestro estado de salud sea el adecuado, sin embargo, cuando se llega a una etapa adulta es de primordial importancia estar en constantes chequeos médicos, esto para poder detectar posibles enfermedades a tiempo, como también prevenir algunas de ellas. Los exámenes mínimos que debe realizarse a una persona mayor son: 1) La medición de la presión arterial, esto significa que se va a verificar la presión ejercida por la sangre en las paredes de las arterias. La presión alta se debe a que las arterias pierden elasticidad o se saturan por dentro. Cuando dicha presión rebasa los límites normales puede causar daño al corazón, y al organismo en general (éste tipo de examen se recomienda realizar por lo menos 2 veces al año); 2) Electrocardiograma, que consiste en la "escritura" de los movimientos del corazón, obtenida mediante las corrientes producidas por el músculo cardíaco cuando se contrae.

Las variaciones de esta escritura o del electrocardiograma indican si es normal o no el funcionamiento del corazón; 3) Radiografía de tórax, que muestra el estado de los pulmones, detecta si hay alguna anomalía. Por lo general, se realiza a los fumadores o a las personas que se enferman constantemente de las vías respiratorias; 4) Examen de orina, se analiza una muestra, que por lo general se realiza en ayunas. Entre otras cosas se quiere saber si hay residuos de azúcar en ella; 5) Química sanguínea, va a detectar si hay sustancias perjudiciales o micro organismos que estén causando algún daño en el organismo, también mide la cantidad de cada componente de la sangre; 6) El peso, como parte de la evaluación periódica va a ayudar a detectar, (en el caso de que exista una variación significativa de alza o disminución), la presencia de algún padecimiento.

En el caso particular de las mujeres

El Papanicolaou, es una prueba que consiste en extraer vía vaginal unas células de cuello del útero para detectar alguna anomalía. Éste examen, se debe realizar una o dos veces al año después de los 40 o 50 años. El cáncer del cuello del útero es una causa importante de muerte.

Revisión de senos, ésta es una práctica que toda mujer debe aprender a realizarse, por lo menos una vez al mes. Una forma de realizar esta revisión es parada o acostada con la mano izquierda sobre la cabeza, palpa el seno izquierdo con los dedos de la mano derecha, en círculos siguiendo las manecillas del reloj, repite la operación para revisar el seno derecho. Si se siente cualquier bola grande o pequeña, que duela al tocar hay que reportarlo al doctor. El cáncer de seno también



es una enfermedad que ataca a muchas mujeres, y que si se detecta a tiempo, tiene remedio.

Densitometría ósea, es una técnica de rayos X, no invasiva que sirve para determinar la densidad o el contenido mineral del tejido óseo, es decir, detectar si el hueso se está o no haciendo poroso y frágil. Esta prueba se hace a partir de radiografías en varias partes del cuerpo. Para detectar la presencia de osteoporosis se recomienda que comenciar a realizarla desde los 35 o 40 años.

En el caso particular de los hombres

Revisión de la próstata. Consiste en un examen que se realiza por medio de un tacto rectal para detectar si la próstata está agrandada y también haciendo un análisis de la sangre. La próstata está situada por debajo de la vejiga urinaria, envuelve la uretra y los conductos eyaculadores; por detrás está en relación cercana con el recto, por delante con el pubis. En ocasiones se agranda (hipertrofia) causando muchas molestias. Se debe revisar anualmente después de los 40 años. Su detección precoz puede ayudar mucho a su curación.

Higiene corporal

Para cualquier persona es importante tener un buen aseo personal y en los adultos mayores no es la excepción, es importante tener especial cuidado en los adultos mayores dependientes, que son los que más apoyo necesitan en este sentido.

Es necesario generar una rutina de aseo que sea fácil de recordar y con pocos elementos o pasos; así mismo, se debe mantener el baño aseado y ordenado para que las personas de mayor edad puedan localizar los objetos con un menor esfuerzo y con facilidad, tratando de que estos objetos estén ubicados en el orden en que se realizan las actividades de limpieza y cuidado.

La piel suele researse de forma habitual en los adultos, por lo tanto es importante el uso de cremas y jabones de baño que hidraten la piel del anciano, evitando la descamación y picazón, además de esto, el baño debe estar a temperatura ambiente y no muy caliente. En cuanto al cabello, se recomienda un lavado dos veces por semana con un champú suave. No lavarlo por tiempo prolongado provoca la acumulación de células muertas que producen picazón.

Automedicación

Con el paso del tiempo los ancianos comienzan a tener un deterioro en su salud, por lo que son más susceptibles al consumo medicamentos para contrarrestar las enfermedades o dolores, debido a esto, muchos de ellos optan por comprar medicamentos que les funcionaron alguna vez en la vida contra una enfermedad o simplemente porque los expendien sin presentar una receta médica. Es

recomendable que siempre se esté vigilando a los adultos mayores y tener especial cuidado con éste tipo de situaciones, ya que la enfermedad que éste trate de sanar, puede ser el inicio de alguna más grave y esto solo oculta los síntomas. En los adultos mayores dependientes se debe tener especial cuidado en los medicamentos que le sean suministrados, ya que cada uno de los medicamentos que se les han recomendado es para problemas específicos y deben ser suministrados en el orden y tiempo correcto.

Vacunas

Toda persona desde que nace es susceptible a distintos tipos de enfermedades, que se previenen con vacunas, éstas van cambiando al pasar de los años de las personas, debido a que durante el crecimiento la necesidad de protección cambia, de acuerdo a la etapa de la vida en la que el ser humano se encuentre, al llegar a la adultez, las necesidades de protección son muy similares a las necesidades de un niño.

Un adulto mayor o su cuidador deben mantenerse informados sobre los tipos de vacunas que debe aplicarse para prevenir futuras enfermedades, dentro de las vacunas más importantes se encuentran:

- La influenza estacional.
- Tétanos, difteria y tos ferina,
- Herpes zoster y enfermedad neumocócica;

La aplicación de estas vacunas varía en la edad de aplicación.

Salud mental

Un adulto mayor debe permanecer siempre en constante actividad física y social en el medio en el que se ha desarrollado siempre, esto para mantener su estado mental saludable, sin embargo, además de realizar este tipo de actividades, existen crisis psicológicas por las que atraviesa cualquier adulto mayor, tales como cambios en la memoria, la orientación, el aprendizaje y la atención. En esta etapa de la vida, el adulto no cuenta con los suficientes recursos emocionales para sostenerse anímicamente, y los problemas a los que deben enfrentarse pueden ser los causantes de algún daño mental.

Algunos detonadores de daño mental son la pérdida de la pareja, falta de recursos económicos y el aislamiento y soledad debido al abandono de los familiares. En la actualidad el papel del adulto mayor en la sociedad es poco relevante, lo que causa en el anciano una pérdida de autoestima, haciéndolo sentir como una persona que no cuenta para la sociedad, llevándolo hasta la depresión, es importante que el cuidador del adulto mayor dependiente lo haga sentir importante.



Capítulo 6

Atención secundaria

Atención secundaria: prevenciones y cuidados generales

Dentro de la atención secundaria se podrá encontrar las principales prevenciones y cuidados generales que se le tienen que suministrar a un adulto mayor.

Accidentes y caídas

La morbilidad en los ancianos es una de las principales causas de accidentes en el adulto mayor. Estos accidentes ocurren frecuentemente en la vivienda de las personas que en el exterior de ésta, debido a los pocos cuidados y atención que se brinda a la adaptación de la vivienda, al tiempo que pasan dentro de ella, es decir, gracias a la ausencia de trabajo y labores diarias, los adultos mayores permanecen por más tiempo en su casa que en el exterior de ésta.

Además de las causas anteriormente mencionadas, los adultos mayores tienden a tener una movilidad menor, por lo tanto el aseo de su vivienda es poco, y si no se cuenta con ayuda, esto puede ocasionar accidentes, también es importante tomar en cuenta las enfermedades crónicas que pueden padecer los ancianos. Es importante que los cuidadores y familiares presten especial atención a las áreas de peligro en la vivienda, así como al estado de salud del paciente, para evitar accidentes como caídas, intoxicaciones por medicamentos mal administrados o complicaciones de los padecimientos.

Mareos

La falta de actividad física en las personas de la tercera edad es la principal causa de enfermedades crónicas, un síntoma de esto pueden ser los mareos, que son ocasionados también por la depresión e inclusive por ansiedad. Existen causas comunes de los mareos, tales como el vértigo que provoca el 60% de los mareos en adultos mayores, laberintitis que es una enfermedad del oído en donde se inflama el laberinto, causando así mareos y dolor, las caídas son otra causa de mareo y por último, la alteración de la visión.

Para evitar este tipo de padecimientos es recomendable realizar alguna actividad física, no auto medicarse en caso de sentir alguna molestia, reducir el consumo de alimentos dulces, procurar tener una alimentación balanceada y sobre todo, llevar un control adecuado de la presión arterial.

Problemas de movilidad

La inmovilidad en personas de edad avanzada es la principal causa de que éstos se vuelvan dependientes, ya sea de los familiares o de un cuidador profesional, reduciendo así su calidad de vida. Existen diversas causas de los problemas de movilidad en los adultos mayores, por lo tanto, es recomendable visitar al médico de manera frecuente para detectar a tiempo algún problema de inmovilidad.

Algunas de las causas más comunes son la falta de fuerza o debilidad, rigidez, dolor, falta de equilibrio, o problemas psicológicos; la pérdida de movilidad se puede observar desde tres enfoques distintos, comenzando por el social, se encuentra que la pérdida de empleo, de actividades de ocio y la falta de relación con la sociedad, siguiendo con las psicológicas donde se habla de depresión, del miedo a alguna caída o de la pérdida de control y para terminar se habla del enfoque físico, debido a que puede ser atribuido a caídas, pérdida de fuerza, enfermedades y pérdida de la fuerza.

Problemas urinarios

Al hablar de los problemas urinarios, se hace referencia a la incontinencia urinaria, que es la pérdida involuntaria de orina, provocando además de un problema médico, un problema social, más allá del tratamiento médico que se puede recomendar, es importante apoyar al anciano en este padecimiento, ya que puede llegar a tener consecuencias como depresión, trastornos físicos y emocionales, infecciones urinarias.

Existen distintos tipos de incontinencia urinaria, la primera es incontinencia urinaria aguda y la segunda y última es la incontinencia urinaria persistente, una vez que se identifica que tipo de problema urinario tiene el paciente se debe adecuar un tratamiento médico y psicológico para que el anciano pueda sobrellevar este trastorno.



Capítulo 7

El cuidador

De acuerdo con Flórez, Adeva y García, el cuidador es la persona que asiste o atiende a otra que presenta cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.

Existen dos tipos de cuidadores de adulto mayor, ésta clasificación se divide en cuidador informal y formal.

El cuidador informal es aquel que tiene un alto grado de responsabilidad con el adulto mayor por el hecho de pertenecer a su familia o simplemente por el cariño que se tiene hacia la persona que requiere la atención, ésta atención no tiene un horario establecido y no es remunerada. Dentro de la categoría de cuidador informal se encuentran dos divisiones más, que van de acuerdo al grado de responsabilidad en el cuidado que se tiene con el adulto mayor, se fragmenta en cuidador primario y secundario.

Dentro del término cuidador formal se localizan a aquellas personas que tienen como trabajo el cuidar a un adulto mayor, los que por realizar dicha actividad reciben una paga. Sólo 3% de los pacientes adultos mayores discapacitados, tienen cuidadores remunerados.

Características específicas del cuidador

Las características específicas del cuidador se refieren a las cualidades que éstos deben de poseer para poder hacerse cargo de un adulto mayor.

Las personas que vayan a fungir con el rol de cuidador deben tener una actitud positiva hacia los adultos mayores y saber adaptarse a los cambios que experimentan, de esta manera favorecer la integración así como la satisfacción personal con lo que han vivido.

Entre algunas características generales están (Zoe S. Bello Dávila, 2012):

- Sexo: hombre/mujer.
- Estado civil: indistinto.
- Nivel de educación mínimo: educación primaria (donde pueda entender las indicaciones médicas del doctor).
- Psicológicamente estable.
- Poseer capacidad para relacionarse fácilmente con otras personas, que establezca lazos de amistad.
- Poseer capacidad de empatía, es decir, que tenga comprensión hacia el adulto mayor (de sus problemas de salud, estado anímico y de más).
- Sentir satisfacción por servir y ayudar a otro adulto mayor.
- Saber la importancia que tiene su quehacer con el paciente del adulto mayor.

Actividades del cuidador

La actividad del cuidado consiste en brindar atención al adulto mayor y es importante que sea capaz de identificar síntomas de alarma en el estado físico y psíquico del mismo.

Las actividades específicas de un cuidador son:

- Atender el estado de fragilidad, de la capacidad aeróbica (con esto nos referimos al buen funcionamiento en corazón), vasos sanguíneos, pulmones etc. atender el estado de la función cognitiva como lo es la inteligencia y memoria y del estado nutricional del adulto mayor, Además debe estar atento a la fragilidad afectiva y a la fragilidad social.
- Decidir dónde y cuándo deben invertirse los esfuerzos y los recursos personales y económicos.
- Tener que afrontar la sobrecarga física y emocional que conlleva el cuidado.
- Enfrentarse a la pérdida paulatina de la autonomía del adulto mayor, o inclusive a la pérdida del mismo paciente.
- Ayudar al adulto mayor a desplazarse dentro de la casa y la habitación (caminar o ir al baño).
- Estar al tanto de la toma de medicamentos del adulto mayor.



- Apoyar en la realización de algunas acciones elementales, como llevar un vaso con agua, acercarle el radio, pasarle alguna revista, etc.
- Leerle al adulto mayor revistas, libros, periódico y demás materiales que permitan mantenerlo de forma animada.
- Comentar con el adulto mayor acerca de las noticias y acontecimientos de la comunidad, algún programa televisivo entre algunas otras.

Dificultades generales del cuidador

De acuerdo al Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente, desarrollado por el *Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal*, se presenta a continuación los aspectos a tener en cuenta en la selección del cuidador:

Existen condiciones y consecuencias de cuidar a una persona dependiente que varían de una situación a otra. Ésas condiciones pueden ser circunstancias económicas, sociales y otras pueden determinar un mejor o peor ajuste y adaptación de las personas implicadas en las tareas propias del cuidado.

Los problemas que pueden afectar a la persona que está a cargo del adulto mayor dependiente son variables, se han identificado una serie de síntomas que pueden estar presentes junto al cansancio y la tensión acumulada que se origina en estas situaciones.

Puede aparecer una serie de problemas en cuatro áreas de la vida:

a. A nivel físico

Lo primero que puede aparecer es una sensación de cansancio excesivo y permanente, con un estado de sobrecarga de trabajo, aumento o disminución de apetito. Si la dedicación que el cuidador le presta al anciano es muy intensa, éste termina por abandonar el cuidado de sí mismo. La situación puede conducir a padecer problemas como úlceras, somatizaciones, dolores articulares, cervalgias, dorsalgias, lumbalgias (dolor a lo largo de la espalda).

b. A nivel psicológico

Puede presentarse en ocasiones que el cuidador, sin darse cuenta, está pensando siempre en el adulto mayor, lo que le hace desarrollar la concentración en un solo tema, una sensación como de estar atado a algo y no sentirse libre. Este estrés continuo puede generar una disminución en la autoestima, producir apatía, desmotivación, cambios de humor, inestabilidad emocional, irritabilidad, incluso sentimientos de culpa y depresión. También puede generar una excesiva atención e interés en el enfermo, del mismo modo, se puede sentir que viven bajo la presión del tiempo.

c. A nivel familiar

En el caso de que el cuidador sea un miembro de la familia del adulto mayor habría que distinguir si éste pertenece a una relación de procedencia entre la familia (hermanos) y la familia creada (hijos, esposa, marido) por el cuidador. Respecto a la primera, formada por los hermanos, teóricamente con la misma responsabilidad ante el progenitor, los problemas que mencionamos antes a veces producen reforzamiento de los lazos familiares, ya que todos se implican. Pero lo más frecuente es que aparezcan conflictos, porque cada uno tiene su punto de vista, al que hay que añadir el del cónyuge, sobre la forma de afrontar la situación y esto hace muy difícil el acuerdo, suele originar distanciamientos entre hermanos y un desgaste en la relación, que con el tiempo va pasando una costosa factura en el estado de ánimo del cuidador o cuidadores.

Respecto a la familia creada por el propio cuidador, afecta a las relaciones con la pareja y con los hijos porque la cuidadora, casi siempre mujer, dedica al adulto mayor parte del tiempo que solía ser para sus hijos y su pareja. Además, la presencia del enfermo en el ámbito familiar implica no sólo una reorganización de espacios sino un cambio y, a veces, alteración significativa de la convivencia familiar.

d. A nivel social

Las primeras renuncias que aparecen de un cuidador están relacionadas con el tiempo de ocio que solemos utilizar con los amigos, vecinos, visitando a otros familiares, etcétera. El cuidador se sobrecarga con las tareas requeridas con el adulto mayor a costa de disminuir las relaciones sociales, tan necesarias para mantener un nivel aceptable de salud mental.





Así, la presencia en actos sociales como ferias, bodas, u otras actividades cotidianas va disminuyendo cada vez más, de forma que algunos cuidadores terminan saliendo de casa exclusivamente para cuestiones imprescindibles como ir al médico, a la farmacia, a hacer las compras cotidianas, tirar la basura y cosas similares. Este estilo de vida, con el tiempo afecta a la propia personalidad del cuidador. No todos los cuidadores manifiestan las mismas reacciones pues las consecuencias para el cuidador están mediadas por variables de tipo social y cultural. Es importante decir también que cuando el cuidador es el propio cónyuge, la situación suele ser totalmente distinta, porque muchos de los problemas aquí expresados se viven de otra forma. Cada vez con más frecuencia podemos observar la práctica habitual de familias que deben hacerse cargo de alguno de sus miembros, en su mayoría personas mayores, que padecen alguna enfermedad crónica. Cuando se sienten incapaces de manejar la vida diaria con todas las responsabilidades que implica el cuidado, comienzan a ocurrir signos y síntomas por las dificultades que afrontan. Con frecuencia los cuidadores no identifican claramente los problemas y, por tanto, no encuentran soluciones.

Ayuda al cuidador

El cuidador invierte una dosis en mayor o menor medida de recursos emotivos y físicos en la persona que cuida. En la medida que el tiempo transcurre y la enfermedad o la dependencia avanzan, la tarea puede ser realizada con menor entusiasmo, independientemente de la relación afectiva o de trabajo. Ser cuidador de una persona que necesita la atención directamente es un trabajo difícil de manera física y emocional, por lo tanto, es importante que el cuidador busque ayuda, se deje ayudar y no abandone otras actividades de su vida, por ejemplo, el trabajo, relaciones sociales, pasatiempos, ya que efectivamente se presentarán cambios de manera laboral, económicos, sociales e incluso la salud del cuidador puede verse afectada (alteraciones del sueño, depresión, ansiedad).

Información al cuidador

Un cuidador debe estar bien informado de los problemas que el adulto mayor puede llegar a presentar, antes de llegar a ser cuidador es importante hablar con un médico geriatra y aclarar todas aquellas dudas que se tengan y preguntar por las medidas que deben tomarse, ya que cada adulto mayor tiene sus necesidades específicas.

Como cuidador es importante tener en cuenta lo siguiente:

- No abarque usted solo el cuidado del paciente, desde el principio solicite la cooperación de otras personas.
- No se sienta culpable de no haber dado al enfermo los cuidados que merece mañana lo hará mejor.
- No centre su vida en el cuidado del enfermo, comparta su tiempo en otras tareas también importantes para usted.
- No piense que usted es el único que sabe cuidar al enfermo.

- Culpe siempre a la enfermedad y no al enfermo de sus conductas inadecuadas.
- Acepte el rol de cuidar como una obra realmente humanitaria.
- Tómese un descanso cuando se sienta agotado y/o agobiado.
- Solicite la ayuda de un médico y/o psicólogo en el momento que lo necesite.
- Documentese acerca de la enfermedad.
- Haga ejercicio.
- Salga de casa, distraiga su mente.

Protección al cuidador

Nadie puede cuidar mejor del cuidador que él mismo, para ello es importante que conozca las siguientes recomendaciones y las lleve a cabo.

Cuidados posturales:

- No doblar la espalda al levantar pesos.
- Flexionar (doblar) caderas y rodillas, sosteniendo a la persona lo más cerca posible de su cuerpo.
- Separar los pies para aumentar su base de sustentación y evitar perder el equilibrio.
- Evite usar tacones altos o zapatos estrechos.
- Distribuya su peso uniformemente mientras está de pie.
- Ubique una pierna doblada sobre la cama para movilizar a la persona postrada en cama.

Reglas generales:

- » Nunca levante más de lo que puede.
- » Establezca su base de apoyo: párese con los pies separados (más o menos el ancho de sus hombros) con uno de los pies medio paso enfrente del otro.
- » NUNCA deje que su espalda haga el trabajo pesado. USE SUS PIERNAS. Los músculos de la espalda no son los más fuertes del cuerpo.
- » Si la cama es baja, ponga un pie en un banquito. Esto reduce la presión en la parte baja de su espalda.
- » Puede usar un cinturón de soporte para la espalda.



Capítulo 8

El hogar

La seguridad en el hogar

Mantener el hogar en condiciones aptas para el cuidado de un adulto mayor es la mejor manera de evitar accidentes que puedan llevar a graves complicaciones, y de esta manera contribuir a que el adulto mayor sea capaz de desenvolverse de manera plena y satisfactoria. Para eso a continuación se presentarán algunas recomendaciones para mantener seguras las zonas que más se frecuentan en el hogar.

La entrada

Para mejorar la seguridad de la entrada es importante tener en cuenta lo siguiente:

- Crear accesos fáciles para transportar al adulto mayor en silla de ruedas.
- Pasillos largos y escaleras con pasamanos en ambos lados.
- Buena iluminación.
- Los pisos lisos, con antideslizantes, nivelados y en buen estado para transitar sin dificultad.
- Revise las alfombras buscando roturas y/o huecos con los que pueda tropezar.

La sala

Es preferible que cuente con:

- Un sillón cómodo poco profundo, de poca altura para que los pies no queden

colgando; con asientos y respaldos firmes, así como apoya-brazos largos.

- Un lugar donde el adulto mayor pueda recibir terapia en caso de ser necesario.
- Pasamanos de las escaleras estén sólidos.

El comedor

Las recomendaciones para el comedor se presentan a continuación.

- Es importante contar con sillas livianas, seguras y estables.
- No debe haber bordes filosos ni salientes puntiagudos en que se pueda atorar la ropa o que incluso sean capaces de lastimar.
- La altura ideal de la mesa oscila entre los 70 y 80 centímetros.
- Las patas deben ser rectas y sin sobresalir de la tabla.
- Asegúrese de que los muebles sean estables para poder servir de apoyo al adulto mayor.

La habitación

Cerciórese de que el adulto mayor use ropa fácil de quitar, por ejemplo, pantalones con elástico en la cintura en vez de botones, broches o cremalleras, preferentemente juegos de dos piezas como la ropa deportiva.

- La puerta del baño y el cancel se deben poder abrir desde afuera.
- En el caso del dormitorio será de gran utilidad:
- Hacer de éste un lugar ameno para el adulto mayor.
- Contar con un timbre al alcance de la cama para que lo puedan accionar con facilidad en caso de ser necesario.
- La cama debe ser cómoda, de fácil entrada y salida además alejada de la pared.
- De preferencia deben usarse camas articuladas y de baja estatura por fines de comodidad.
- Mantenga una linterna cerca de la cama.

El baño

Para hacer el momento del baño un instante seguro y agradable. La ducha debe ser a ras de suelo, para evitar subir las piernas al entrar y salir, y debe tener un asiento plástico e, idealmente, contar con ducha teléfono.

- La puerta del a o contar con un ancho de 80 centímetros como mínimo para posibilitar la entrada de sillas de ruedas. Asimismo, el espacio para moverse cómodamente dentro del baño con la silla de ruedas debe ser de 1.50 metros por 1.50 metros.
- Instale barras de afianzamiento en el baño, especialmente en la regadera
- Vigilar que haya buena iluminación y ventilación.
- Se debe contar con un timbre para emergencias.



Capítulo 9

El Auto-cuidado

En el siguiente capítulo se tratará uno de los temas más importantes que conciernen a éste manual, que es el auto- cuidado que se le tiene que proporcionar al adulto mayor.

¿Qué es el autocuidado?

Según Coppard, el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales. (1985)¹ Desde esta perspectiva, son actividades de autocuidado aquellas que el individuo realiza para mantener un control sobre su salud, como el chequeo de su glucemia, presión arterial, acudir a su cita al centro de salud, toma adecuada de medicamentos prescritos por el médico, cumplimiento de dietas especiales, entre otras.

Con el paso de los años aparecen enfermedades degenerativas, debidas a la edad o a factores de riesgo que el paciente tuvo durante sus etapas de la vida, por lo cual es importante evaluar al paciente geriátrico de una forma integral para detectar a tiempo enfermedades y mejorar su calidad de vida.

Los aspectos a evaluar en un paciente geriátrico son:

La piel

La piel, el órgano más grande del cuerpo, está compuesta por la epidermis, una capa resistente que proporciona la superficie externa de la piel, y la dermis, una capa profunda, más gruesa que contiene vasos sanguíneos, nervios y glándulas sudoríparas. El pelo (vello) de la piel crece en unas bolsas diminutas de la dermis, llamada folículos. La piel cumple muchas funciones, como protegernos del medioambiente, nos ayuda a controlar la temperatura corporal, equilibrio de líquidos y electrolitos, además de contener receptores nerviosos que nos permiten percibir sensaciones como el tacto, el dolor y la presión. Los cambios en la piel son signos visibles del envejecimiento. El aumento de la edad incluye arrugas y flacidez de la piel, el encanecimiento del cabello es otro signo del envejecimiento. A medida que vamos envejeciendo, se incrementa el riesgo de que se produzcan lesiones cutáneas, ya que la piel es más delgada y más frágil. Además, se puede disminuir la capacidad de sentir el tacto, la presión, la vibración, el calor y el frío. Por estas razones, la piel tiene mayor riesgo de lesionarse.

Es importante tener en cuenta que la piel envejecida se repara a sí misma más lentamente que la piel joven. La curación de una herida puede ser hasta cuatro veces más lenta, situación que contribuye a la generación de úlceras y con ello infecciones. Los trastornos de la piel pueden ser causados por muchas afecciones, entre ellas: Diabetes Mellitus, Enfermedades Vasculares, Déficit Nutricional, Estrés, Reacciones a Medicamentos, entre otras.

Prevención

La mayoría de los cambios de la piel están relacionados con la exposición al sol y por otra parte el envejecimiento y enfermedades que aumentan el factor de riesgo de lesionar la piel.

Algunas recomendaciones que se hacen para disminuir el riesgo de lesiones cutáneas son:

- Evitar la exposición solar por tiempos prolongados en la medida de lo posible.
- Usar protector solar cuando esté al aire libre.
- Usar prendas de vestir protectoras y sombreros cuando sea necesario.
- Buena nutrición y consumo de líquidos suficientes.
- Uso de cremas o lociones para humectar la piel.

Visión

La visión o sentido de la vista ocurre cuando la luz es procesada por el ojo e interpretada por el cerebro. Es importante porque nos permite conocer lo que



hay a nuestro alrededor y de esa manera podemos realizar nuestras actividades en conjunto con todos los otros sentidos. El ojo, el órgano encargado de proporcionarnos la visión, puede ser afectado durante el envejecimiento por la degeneración del mismo o por enfermedades que afectan a esté.

¿Cómo es el proceso de la vista?

La luz atraviesa una superficie transparente del ojo, llamada córnea, y continúa a través de la pupila, la abertura hacia el interior del ojo. La función de la pupila es controlar la cantidad de luz que penetra en el ojo, ya sea dilatándose o contrayéndose. El iris, la parte coloreada del ojo, es un músculo que controla el tamaño de la pupila. Una vez que la luz atraviesa la pupila, llega al cristalino, el cual enfoca sobre la retina. La retina convierte la energía luminosa en una señal que es llevada hacia el cerebro, donde es interpretada. Todas las estructuras del ojo cambian conforme avanza la edad de la persona. La cornea se vuelve menos sensible, lo que hace que las lesiones puedan pasar inadvertidas; hacia los 60 años de edad, aproximadamente, las pupilas disminuyen un tercio del tamaño que tenían a los 20 años de edad. La pupila puede reaccionar lentamente en respuesta a la oscuridad o la luz brillante. El cristalino se vuelve amarillento, menos flexible y ligeramente opaco. Algunos problemas que se pueden presentar durante la vejez son los siguientes:

- La agudeza visual puede disminuir gradualmente. El problema más común es la dificultad para enfocar la vista en algo cercano, llamado presbicia, una afección en la cual el cristalino del ojo pierde su capacidad para enfocar.
- La reducción de la vista periférica es común en personas mayores, lo cual puede limitar las actividades cotidianas. Es posible que no se pueda comunicar con personas que están a su lado porque no las ven bien.
- Los músculos oculares se debilitan, en consecuencia, no pueden mover los ojos en todas las direcciones. La mirada hacia arriba puede estar limitada y el área donde se pueden ver los objetos se hace más pequeña, es decir, hay una disminución del campo visual.

Además de estos cambios antes mencionados, puede haber trastornos oculares que pueden ser consecuencia de una enfermedad crónica degenerativa o propia del órgano. Las más comunes incluyen cataratas, glaucoma, retinopatía diabética e hipertensiva, entre otras.

- La catarata es una opacidad del cristalino, que ocurre cuando las proteínas del cristalino comienzan a descomponerse a medida que la persona envejece. Los factores que pueden contribuir en la formación de cataratas son: Diabetes, tabaquismo, demasiada exposición a la luz solar, lesión en el ojo, etc.
- El glaucoma es una afección del nervio óptico que causa pérdida progresiva de la visión. Puede haber elevación de la presión intraocular, la cual se corrobora con el especialista, el oftalmólogo.

- La retinopatía diabética es una complicación de la diabetes, la cual puede causar daño a los pequeños vasos sanguíneos de la retina, la cual se encarga de transformar la luz y las imágenes que entran en el ojo en señales nerviosas que son enviadas al cerebro.

Sentido del oído o audición

El oído es un órgano que permite percibir los sonidos e incluso ayuda en el equilibrio del cuerpo. Con el paso del tiempo ocurre una disminución en la percepción de tonos, lo que se le conoce como sordera del envejecimiento; para esto es recomendable consultar con su médico, ya que el exceso de cerumen¹⁴ puede provocar la disminución de la audición y en caso de ser así, un simple aseo de oído es suficiente.

Cavidad bucal

Es conformada por lengua, labios, dientes y paladar; su principal función es el proceso de alimentación, con la edad la cavidad bucal se deteriora y puede existir una pérdida de la dentadura, por ende, es recomendable:

Realizar un lavado bucal (dientes y lengua) después de cada comida, al despertar y antes de ir a dormir, con un cepillo suave.

- Utilizar pasta dental flourada.
- Evitar los palillos, en lugar de éstos se recomienda el uso de hilo dental.
- En caso de usar prótesis dental, retirarla de 15 a 30 minutos diarios.
- Realizar limpieza de la prótesis (en caso de usar una) con un cepillo ancho y blando para no dañarla.
- Retirar la dentadura por las noches y dejar reposar en agua con gotas de cloro.
- Evitar el tabaco.
- Visitar al odontólogo cada 6 meses.



14. Cera o Cerilla.

Piernas y pies

Piernas

Es importante borrar la idea de que el dolor va ligado a la vejez. El dolor puede ser causa de la dificultad en el retorno de la sangre al corazón una vez que se han nutrido y oxigenado los tejidos de las piernas, el permanecer parado durante mucho tiempo, el exceso de peso, antecedentes familiares de problemas circulatorios etc. Puede presentarse mediante ardor o dolor.

Para evitar el dolor en las piernas puede:

- Usar medias elásticas de compresión graduada.
- Elevar diariamente las extremidades durante 15 minutos.
- Evitar ropa muy ajustada.
- Llevar una dieta baja en sal.
- Frotar con hielo relaja los músculos de las piernas.

Pies

Los pies son un elemento de alta complejidad tiene una estructura encargada de realizar infinidad de movimientos complejos, con el fin de recibir el impacto de la pisada. El 40% de la caída de los ancianos es debido al dolor de pies. Los problemas más frecuentes son las deformaciones de los dedos de los pies, de las uñas y algunas infecciones.

Para evitar este tipo de problemas se recomienda:

- Evitar los zapatos con tacones y terminaciones en punta.
- Mantener una higiene adecuada y un correcto secado después del baño.
- Cortar las uñas de forma recta.
- Utilizar calzado amplio y cómodo.
- Consultar a su médico en caso de complicación.

Dialogo sobre envejecimiento y vejez en Boyacá

Para la formulación de la política pública del departamento de Boyacá, en el contexto de los planes de desarrollo departamental en el cual se evalúa las políticas de envejecimiento, vejez, donde se comparan los objetivos y acciones establecidos por los distintos gobiernos con las orientaciones dadas por la organización Mundial de la Salud.

Se encontró que el enfoque de los derechos fomentado por la ONU, no fue incorporado por las políticas de manera clara. En particular la recomendación de tratar a las personas mayores como sujetos de derecho y agentes de desarrollo se ve atenuado por la prevalencia del trato condescendiente representado en el empleo de términos como ancianos y viejos. En materia de derechos a los servicios sociales

como (salud, educación, seguridad social) tampoco refleja buenas condiciones de accesibilidad a las oportunidades.

Sin embargo, no es necesario esperar mucho del estado. Instituciones como la academia se convierte en una esperanza para el adulto mayor en Boyacá para que a través de ella se fomente la productividad mediante el sentido de ser útil. Porque como lo afirma Miguel Ángel Carnejo el trabajo le da sentido a la vida. Una persona habla de sí mismo dependiendo en que trabaja y para que trabaja. Desafortunadamente, la mayoría de las personas tienen que trabajar; pocas lo quieren hacer.

El que una persona no tenga trabajo, experimenta una sensación dramática por sentirse inútil. Por tanto, es fundamental, que la persona se siente útil y más en la etapa de vejez, lo que sí se puede examinar es que tipo de trabajo debe hacer, creo que ahí ha estado la falla.

En otras palabras, en la medida de las posibilidades se debe asignar formas de trabajo al adulto mayor para que se motiven ante la vida y fortalezcan sus valores como por ejemplo el optimismo el cual le da resistencia a la adversidad, le da tenacidad y le permite insistir en las cosas sin darse por vencido.

Emprendimiento para el adulto mayor

Solo las personas emprendedoras se vuelven prósperas. Por tanto, hay que desarrollar una mente emprendedora. Emprender comienza por una idea que le genere una sensación de triunfo que recorre todo el torrente sanguíneo. Pero no debe quedarse con la idea es necesario agregarle acción y llevarla a la realidad, sin pensar solo como un sueño fantasioso. Aceptar que los obstáculos son parte natural del proceso. Uno de los primeros miedos que aparece en alguien que tiene un deseo por emprender, es si ganará suficiente dinero.

Pasar de una mente de estabilidad mensual, a generar recursos produce incertidumbre. El siguiente paso consiste en buscar apoyo en:

- Las bolsas de trabajo para adultos mayores.
- Consultar permanentemente las ofertas de trabajo para el sector.
- Portal de empleo del adulto mayor.
- Revisar los empleos informales para gente adulta.
- Consulta al ministerio de trabajo en lo concerniente al adulto mayor.
- Elaborar planes de trabajo para la etapa en mención.

Ideas en que se puede ocupar el adulto mayor de manera creativa.

- Agencia de viajes: el adulto mayor es consumidor del turismo, vender planes ajustados a estilos de vida.
- Curso de sistemas: en la actualidad es necesario involucrar al adulto mayor



en aprender a usar la tecnología. Otorgarles clases de computación básica.

- Si tiene conocimientos en arquitectura, apueste por crear hogares diseñados para los adultos mayores.
- Clases de natación: nadar es ideal en esta edad dorada, puesto que fortalece.
- Centro de diversión para mayores: conviértase en empresario con una discoteca diseñada para el adulto mayor, la actividad física favorece la autoestima.
- Supermercado para adultos: diseño de cómodas, espacios de autoservicio, para facilitarles las compras.
- Inicie un negocio de tecnología para el adulto mayor con dispositivos que se ajusten a sus necesidades.

- Entrenadores personales para la edad dorada, ya que ellos requieren una cultura de bienestar para ganar salud.
- Agencia de servicios para adultos mayores. Actualmente alto porcentaje de las poblaciones está constituido por personas mayores de 60 años, se debe responder a dicha necesidad.

Como hacer un plan de negocio básico

- Presentar con claridad que va a vender, si productos tangibles, intangibles, o si va a vender servicios.
- Considere cual puede ser el valor agregado, es decir el componente diferenciador de su negocio. Luego prepárese para la inauguración, para iniciar un negocio hay que estar en buena actitud, asegurándose también de que tiene las habilidades y los conocimientos necesarios para el tipo de negocio que tiene en mente o que sabe cómo recurrir a quienes si los tienen.
- Evaluar sus habilidades entorno a las siguientes categorías empresariales.
- Natural, si proviene de familia de negocios es probable que se le facilite más porque hay una vocación.
- Adoptado, se debe adquirir habilidades de planificación y organización.
- Arriesgado, no confundir con correr riesgos con jugar al azar, hay que ser capaz de sopesar las posibilidades y correr riesgo calculado.
- Factótum, en un negocio propio se debe estar preparado para realizar cualquier tarea en cualquier momento, trabajar horas extras y hacer muy bien la tarea.
- Analizar la viabilidad, investigando el mercado. Hacer cuentas.
- Conseguir financiación. Presentar su plan de negocio.

Es de vital importancia incluir al adulto mayor en el aprovechamiento de la tecnología. La mayoría de los hogares cuenta con profesionales y por lo menos existe un computador en casa, con el que se le puede enseñar y también instalarle programas de administración de negocios básicos, que le ayuden a planificar el tiempo y los recursos.

Aparentemente la tecnología puede ser intimidante, pero donde hay voluntad hay salida. Con el pasar del tiempo se va dando cuenta como le favorece no solo para el negocio sino también para estimular el cerebro, el que nunca se debe dejar envejecer.

Pasos hacia el éxito en su plan de negocio

1. La toma de decisiones puede ser tanto racional, como emocional. Tómese para reconocer sus sentimientos de tal forma que pueda manejarlos sea cual fuere su opción final.
2. Tenga la certeza de qué quiere hacer, un cambio después de sopesar lo que posee en su posición actual frente a lo que desearía en un cargo ideal.



3. Adquiera seguridad sobre lo que está buscando. Planee en mente un empleo, un jefe y una alianza que le puedan otorgar beneficios ideales, así como el sentido de organización donde le gustaría trabajar.
4. No sea demasiado confiado en su saber, prepárese, consulte e investigue para conseguir un trabajo eficaz y efectivo.

Recreación y lúdica para el adulto mayor

Los juegos para esta etapa son muy útiles para actuar:

1. Motivación: los adultos mayores experimentan una gran cantidad de cambios a lo largo de la vida que aumentan el riesgo de depresión ya sea por el dolor, por enfermedad crónica, por la muerte de familiares y amigos, porque se trasladan a sitios especializados y tienen que abandonar a los familiares o por tomar algunos medicamentos, razón por la cual es importante motivarlos a través del juego, la recreación y la actividad física para que le den sentido a la vida.
2. Relaciones interpersonales: las relaciones interpersonales mejoran cuando la gente se vuelve mayor, gozan de paz, de quietud, con la ayuda del dominio del cuerpo por lo que se hace necesario crearle a cada persona una rutina física que le permita el movimiento continuo. Puede ser de 20 a 40 minutos diarios.
3. Interés cognoscitivo: las personas que por genética o por traumatismo craneal pueden padecer de numerosos problemas neurológicos provocados por lesiones cerebrales.

Son frecuentes los cambios de personalidad el déficit de memoria, falta de control sobre los impulsos y la baja capacidad de concentración. Los problemas conductuales pueden ser angustiosos para los familiares y cuidadores que tienen que adoptar las técnicas de comunicación. También se hace necesario crear estrategias para mejorar las capacidades funcionales y conductuales de la persona afectada.

Las estrategias deben estar encaminadas hacia la práctica regular y gradual de la actividad física para mejorar su bienestar en la satisfacción por la vida.

1. Pensamiento lógico: para fortalecer las capacidades coordinativas y cardiovasculares, físicas y mentales del pensamiento lógico del adulto mayor a través de la bailoterapia para mejorar las capacidades aeróbicas, coordinativas y cardiovasculares a través de la ejecución de ejercicios físicos con música, de una manera divertida influyendo también en el rescate de los bailes folclóricos.
2. Eliminación de apatía y tensiones: la actividad físico- recreativa constituye una alternativa para la soledad, el sedentarismo, la incomunicación que

sufren gran número de los adultos mayores, además el movimiento con su cuerpo hace que tengan sensaciones agradables y gratificantes, nuevas o desconocidas.

3. Procesos afectivos: la organización mundial de la salud, explica algunos beneficios de la actividad deportiva en el adulto, como:
 - Disminuye el riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular.
 - Aumenta el volumen de sangre.
 - Mejora el aspecto estético.
 - Facilita la actividad articular y previene la osteoporosis y fracturas óseas.
 - Se incrementa la absorción de calcio y potasio. Todo esto estimula el optimismo, la voluntad y la vitalidad, lo que contribuye a la integración social, mejora la calidad de vida y disfruta más de ella generando un alto grado de afectividad.
4. Creatividad: actividades de movimiento como caminar, hacer jardinería, tareas y baile desarrollan en el adulto mayor deleites personales que promuevan la creatividad, la cual es requerida para afrontar dificultades propias del proceso de envejecimiento. Además, ayuda al autocuidado y a incrementar la longevidad.
5. Independencia: para el nuevo milenio se propone incrementar la actividad física para el adulto mayor ya que el ejercicio cumple un rol fundamental en la calidad de vida, mantiene y mejora el nivel de vida y aumenta la capacidad para vivir en forma independiente.

Muchos adultos mayores creen que llegar a esta etapa de su vida no es necesario realizar actividad física lo cual provoca envejecimiento y deterioro en su calidad de vida. Es necesario acabar con el mito de no movimiento.





Referencias y consultas

Villamil, C., & Noel Montañez, M. (18 de Junio de 2011). ¿Qué es la gerontología? Recuperado el 29 de Abril de 2014, de <http://www.enplenitud.com/que-es-la-gerontologia.html>: <http://www.enplenitud.com>.

Aldana Gonzáles, G., Fonseca Hernández, C., & García Gómez, L. (2013). El significado de la vejez y su relación con la salud en ancianas y ancianos integrados a un programa de envejecimiento activo. Revista Digital Universitaria, 01.

Allevato, M. A., & Gaviria, J. (31 de Diciembre de 2008). Envejecimiento. Recuperado el 29 de Abril de 2014, de http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_03_02.pdf: <http://www.atdermae.com>

Álvarez Cosmea, A. (11 de Marzo de 2001). Las tablas de riesgo cardiovascular. Una revisión crítica. Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n3/revison.pdf>: <http://scielo.isciii.es>

Álvarez Suárez, J., del Castillo Arévalo, F., Fernández Fidalgo, D., & Muñoz Meléndez, M. (29 de Junio de 2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>: <http://www.seapaonline.org>

Ángeles, E. (23 de Julio de 2010). Qué es la geriatría? Recuperado el 30 de Abril de 2014, de http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/que_es.html: <http://www.geriatria.salud.gob.mx>



Arecibia Pérez, H. (21 de Agosto de 2007). La enfermedades crónicas en el adulto mayor. Recuperado el 01 de Mayo de 2014, de http://www.almageriatria.info/pdf_files/col_07/alumnos_1/Humberto%20Arecibia_Cuba.%20PPT%20ALMA.pdf: <http://www.almageriatria.info>

Ávila Fermatt, F. M. (06 de Mayo de 2006). Definición y objetivos de la geriatría. Recuperado el 30 de Abril de 2014, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf>: <http://www.medigraphic.com>

Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (10 de Agosto de 2001). AUDIT. Recuperado el 03 de Mayo de 2014, de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDIT manualSpanish.pdf: <http://www.who.int>

Benítez Pérez, M. E. (25 de Noviembre de 2005). Vejez y envejecimiento. Recuperado el 29 de Abril de 2014, de http://letras-uruguay.espaciolatino.com/aaa/ribot_reyes_victoria/vejez_y_envejecimiento.htm: <http://letras-uruguay.espaciolatino.com/>

Cid-Ruzafa, J., & Moreno, J. D. (08 de Marzo de 1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Recuperado el 01 de Mayo de 2014, de <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>: <http://www.scielosp.org>

COMFABOY. (8 de Mayo de 2010). Atención al adulto mayor. Recuperado el 29 de Abril de 2014, de <https://www.comfaboy.com.co/index.php/servicios/atencion-al-adulto-mayor.html>: <https://www.comfaboy.com.co>

Comisión Nacional de la Especialidad de España. (25 de Abril de 1996). Geriatría. Recuperado el 30 de Abril de 2014, de <http://www.semeg.es/docs/docum/progrmaformaciongeriatria.pdf>: <http://www.semeg.es>

Domínquez Orozco, E. (26 de Julio de 2013). Coordinación sociosanitaria y evaluación yntegral en demencias: el rol de las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer. Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2235.pdf>: <http://www.papelesdelpsicologo.es>

Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A. F., Gonzáles, A., & Máximo Molina, J. (01 de Noviembre de 2009). Enfermedad Crónica en Adultos Mayores. Recuperado el 01 de Mayo de 2014, de <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20ME9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Enfermedad%20CF-3nica.%20P%20E1g.%2016-28.pdf>: <http://med.javeriana.edu.co>

Fundación Saludalia. (02 de Agosto de 2000). ¿Qué es geriatría? Recuperado el 30 de Abril de 2014, de <http://www.saludalia.com/salud-familiar/que-es-geriatria>: <http://www.saludalia.com>

Fundación Eroski. (19 de Septiembre de 2003). La edad de las personas. Recuperado el 29 de Abril de 2014, de <http://mayores.consumer.es/documentos/porque/edad.ph> p: <http://mayores.consumer.es>

García García, J. J., Marcedo de la Coneba, L., De la Fuente Rocha, J., García Pedroza, F., Collado Ardón, R., Gónzales Bedoy, A., y otros. (Septiembre de 20 de 2010). Salud y enfermedad en los adultos mayores en México y en el mundo. Recuperado el 01 de Mayo de 2014, de http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/03_SaludEnfermedad.pdf: <http://www.facmed.unam.mx>

Gonzáles Gonzáles, A. I., & Obaya Rebollar, J. (11 de Septiembre de 2009). ¿Qué tabla es más adecuada para el cálculo del riesgo coronario en atención primaria? Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1744/19/00190_024_LR.pdf: <http://www.jano.es>
Gonzáles Madroño, A. (03 de Abril de 2011). El Mini Nutritional Assessment (MNA). Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de <http://controlnutricional.wordpress.com/2011/03/04/el-mini-nutritional-assessment-mna/>: <http://controlnutricional.wordpress.com>

Gonzáles Montalvo, J., & Alarcón Alarcón, T. (2008). Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. Revista Española de Geriatría Y Gerontología, 265-267.

Hernández Navarro, A. (10 de Junio de 2010). Manual de cuidados generales para el adulto mayor. Recuperado el 29 de Abril de 2014, de http://www.iaam.df.gob.mx/pdf/Manual_cuidados.pdf: <http://www.iaam.df.gob.mx>

Hernández, C. (07 de Abril de 2012). 5 enfermedades más letales en adultos mayores. Recuperado el 01 de Mayo de 2014, de <http://www.salud180.com/adultos-mayores/5-enfermedades-mas-letales-en-adultos-mayores>: <http://www.salud180.com>

IAAM-DF. (22 de Octubre de 2010). Adultos mayores. Recuperado el 29 de Abril de 2014, de <http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html>: <http://www.iaam.df.gob.mx>

Instituto de Enfermedades Prostáticas. (17 de Noviembre de 2007). Conozca su próstata. Recuperado el 01 de Mayo de 2014, de http://www.institutoep.com/conozca_su_prostata.html: <http://www.institutoep.com>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (12 de Febrero de 2005). Los adultos mayores en México.

Recuperado el 29 de Abril de 2014, de http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf: <http://www.inegi.gob.mx>

Jaimes, A. M., & Ortis de la Huerta, D. (22 de Julio de 2006).

Gerontología, geriatría y medicina interna. Recuperado el 29 de Abril de 2014, de http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/05_Gerontologia.pdf: <http://www.facmed.unam.mx>

Jara Gómez, G. (03 de Junio de 2013). Deterioro Cognitivo Leve y Depresión; el escalón previo a la enfermedad de Alzheimer. Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3016/JaraGomezG.pdf?sequence=1>: <http://repositorio.unican.es>
López Miquel, J., & Martí Agustí, G. (2011). Mini Examen Cognoscitivo. Revista Española de Medicina Legal, 123-127.

Mahan, L., Escott- Stump, S., & Krause. (2009). Dietoterapia. Evolve. Melgar Cuellar, F., & Penny Montenegro, E. (12 de Febrero de 2012). Geriatría y gerontología para el médico internista. Recuperado el 29 de Abril de 2014, de http://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf: <http://www.smiba.org.ar>

Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C., & Alfonso, J. (15 de Mayo de 2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Recuperado el 01 de Mayo de 2014, de <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26272.pdf>: <http://www.scielo.org>

Morán Rodríguez, A., Trillo Fernández, C., Espigares Jiménez, M., Panero Hidalgo, P., Gallego Montiel, A., Mesas Rodríguez,

A., y otros. (28 de Febero de 2011). Tabaquismo Abordaje en Atención Primaria. Recuperado el 04 de Mayo de 2014, de <http://www.samfyc.es/pdf/GdTresp/guiaAbTb102011.pdf>: <http://www.samfyc.es>

Nebot Tost, M. (20 de Enero de 2010). Intervención en tabaquismo en los diferentes ámbitos. Recuperado el 04 de Mayo de 2014, de http://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/preven/cap_02_sec_03.pdf: <http://www.enfermeriaencardiologia.com>

Nestle Nutrition Insitute. (20 de Febrero de 2011). Guía para rellenar el formulario Mini Nutritional Assessment. Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_spanish.pdf: <http://www.mna-elderly.com>

Organización Mundial de la Salud. (01 de Septiembre de 2013). La salud mental y los adultos mayores. Recuperado el 29 de Abril de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>: <http://www.who.int>

Ortiz de la Huerta, D. (1994). Facultad de medicina. Obtenido de UNAM: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/dolores.pdf>



Pérula de Torres, L. Á., Fernández García, J. Á., Arias Vega, R., Muriel Palomino, M., Márquez Rebollo, E., & Ruíz Moral, R. (19 de Octubre de 2005). Utilidad del cuestionario MALT (Münchener Alkoholismus Test) para el diagnóstico de alcoholismo en mujeres. Recuperado el 03 de Mayo de 2014, de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13079611&pident_usuario=0&p-contactid=&pident_revista=2&ty=163&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=2v125n12a13079611pdf00_1.pdf: <http://apps.elsevier.es>

Queralt, M. (16 de Agosto de 2005). Geriatria y gerontología. Recuperado el 30 de Abril de 2014, de <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/introduccion-geriatria.shtml#inicio>: <http://www.mapfre.es>

Riofrío Gonzáles, C., & Rodríguez Solano, J. J. (14 de Septiembre de 2010). Identificación del alcoholismo en atención primaria. Recuperado el 03 de Mayo de 2014, de http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1763/65/00650_072_LR.pdf: <http://www.jano.es>

Romero, C., Baena Diez, J., de Hoyos Alonso, M., Gorroño goitia Iturbe, A., Litago Gil, C., Lesende, I., y otros. (20 de Noviembre de 2013). Actividades preventivas en los mayores. Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de <http://www.papps.org/upload/file/recomendaciones/2003/experto4.pdf>: <http://www.papps.org>

Sánchez Rúiz, F., & de la Cruz Mendoza, F. (19 de Agosto de 2011). Hábitos alimentarios, estado nutricional y su asociación con el nivel socioeconómico del adulto mayor que asiste al Programa Municipal de Lima Metropolitana. Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3435/3/cruz_mf.pdf: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe>

Sánchez, M., Fernández Alonso, F., & Merino, C. (20 de Octubre de 2010). El paciente geriátrico en urgencias. Recuperado el 01 de Mayo de 2014, de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original17.pdf>: <http://scielo.isciii.es>

Sanhueza Parra, M. (2003). Adultos Mayores Funcionales en Chile. Medaave, 03-04.

Sanhueza Parra, M., Castro Salas, M., & Merino Escobar, J. (15 de Diciembre de 2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto de salud. Recuperado el 29 de Abril de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004: <http://www.scielo.cl>

Schröder, A., Abrams, P., Andersson, K.-E., Artibani, W., Chapple, C., Drake, M., y otros. (09 de Marzo de 2009). Incontinencia Urinaria. Recuperado el 04 de Mayo de 2014, de <http://www.uroweb.org/gls/pockets/spanish/Urinary%20Incontinence%202010%20print.pdf>: <http://www.uroweb.org>

Servicio Canario de Salud. (01 de Febrero de 2002). Personas Mayores en Atención Primaria. Recuperado el 01 de Mayo de 2014, de http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9e6993c5-ec54-11dd-9b81-99f3df21ba27/PROGRAMA_PERSONAS_MAYORES.pdf: <http://www2.gobiernodecanarias.org>

Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L., & Meijide-Míguez, H. (15 de Octubre de 2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>: <http://www.galiciaclinica.info>

Universidad de Guadalajara. (11 de Mayo de 2012). ¿Qué es la Gerontología? Recuperado el 29 de Abril de 2014, de <http://www.cutonala.udg.mx/oferta-academica/gerontologia/que-es>: <http://www.cutonala.udg.mx>

Becerra Martínez, N. A. (13 de Enero de 2009). Artículos de revisión. Obtenido de Medicina Javeriana: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v50n2/5-PREVENCIÓN.pdf>

Boggio J., M., & B., A. (6 de Junio de 2009). Automedicación en el adulto mayor. Obtenido de Portales Médicos: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1558/1/Automedicacion-en-el-adulto-mayor.html>

Centros para el control y la prevención de enfermedades. (15 de Agosto de 2011). Especialidades CDC. Obtenido de CDC: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/VacunasAdulto%20s/>

Dominguez, J. (22 de Octubre de 2012). Calidad de Vida. Obtenido de Mareos en la tercera edad: <http://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/mareos-tercera-edad.aspx>

Dr. TangoInc. (3 de Marzo de 2012). Temas de salud. Obtenido de Medline Plus: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004018.htm>

Escuela de Medicina. (2009). Publicaciones. Obtenido de Manual Geriatria: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/InmovilidadAdulto.html>

Gac Espinola, H. (1 de Febrero de 2000). Publicaciones. Obtenido de Inmovilidad en el adulto mayor: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/InmovilidadAdulto.html>

Instituto para la atención de los adultos mayores del Distrito Federal. (2006). Manual de cuidados. Obtenido de IAAM: http://www.iaam.df.gob.mx/pdf/Manual_cuidados.pdf

Mahan, L., Escott- Stump, S., & Krause. (2009). Dietoterapia. Evolve.

Marroquín Rojas, S. (19 de Octubre de 2009). Tabaquismo y tercera edad. Obtenido de DeGuate: http://www.deguate.com/artman/publish/salud_3edad/tab_aquis-mo-y-tercera-edad.shtml#.U1_hFvI50X8

Ortiz de la Huerta, D. (1994). Facultad de medicina. Obtenido de UNAM:<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spiva/antol%20%20anciano/dolores.pdf>

PCE. (5 de Noviembre de 2012). PCE Cuida tu salud. Obtenido de Artículos de salud: <http://www.pce.chihuahua.gob.mx/info.aspx?idp=1302>

Thomas, M. (5 de Julio de 2011). Noticias. Obtenido de Clínica Alemana: <http://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/internet/home/blog+de+noticias/ano+2011/07/alcoholismo+en+el+adulto+mayor>

Yinyangperu. (2010). Autocuidado de la salud del adulto mayor. Obtenido de Análisis Clínicos: http://www.yinyangperu.com/adulto_mayor_cuidado_salud_analisis_clinicos.html

Clínica Alemana. (10 de Octubre de 2012). Clínica Alemana. Recuperado el 25 de Abril de 2014, de portal.alemana.cl: <http://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/internet/home/blog+de+noticias/ano+2012/10/cuidados+en+el+hogar+para+el+adulto+mayor> Manual de Habilidades para cuidadores Familiares de personas Mayores Dependientes (Vol. 13). Madrid, España: IMC.

Bandos, J., MSN, RN, & GCNS-BC. (s.f.). Advances for nurses. Recuperado el 25 de Abril de 2014, de nursing.advanceweb:

https://nursing.advanceweb.com/SharedResources/Downloads/2009/011209/NW_Oct08_Proteccion_sph.pdf

Flórez, J., Adeva, M., & García, M. (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. 12-18. España.

Fernández, M. M. (Noviembre de 2009). Asociación nagusiak martxan . Recuperado el 25 de Abril de 2014, de nagusiakmartxan: http://nagusiakmartxan.com/cas/pdf/seguridad_y_bienestar_de_la_s_personas_mayores.pdf (1997).

Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda (Vol. 1). Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Adultos Mayores en el Distrito Federal. Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. México: SC.

Molina, J., Iañez, M., & Iañez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidado de enfermos de Alzheimer. Psicología y Salud (Vol. 15).

Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. España. PROTEGE, red de protección social. (2009). Chile.

Zamora, Z. E. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. Recuperado el 24 de Abril de 2014, de scielo:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100009

Lifshitz, A. (03 de Abril de 2013). Vida y Salud. Recuperado el 25 de Abril de 2014, de El cuidado Bucal del Adulto Mayor: <http://www.vidaysalud.com/daily/tu-salud-oral/el-cuidado-bucal-del-adulto-mayor/2/>

Comité Nacional para el Adulto Mayor. (Noviembre de 2001). Guía de ejercicio para un envejecimiento saludable . Recuperado el 2 de Mayo de 2014, de Instituto del envejecimiento: http://www.institutodelenvejecimiento.cl/PDF/ACTIVOS/ejercicios/Guia_de_Ejercicios_para_un_Envejecimiento_Saludable.pdf

Casado, J., & Sastre Gallego, A. (2010). Guía de alimentación para personas mayores . España: ERGON.

VK, P., DJ, M., & RS, B. (2002). Dolor Crónico Musculoesquelético No Maligno en Ancianos: Cuestiones Clínicas y Uso de Opioides. Medical Journal . 20minutos.es. (23 de Noviembre de 2011). saludenlavejez.blogspot.mx. Recuperado el 25 de Abril de 2014, de Salud en la vejez: <http://saludenlavejez.blogspot.mx/2011/11/el-dolor-de-pies-es-la-primera-causa-de.html>

ADA Knowledge Center RDs. . (2009). Eating Right . Estados Unidos .

AHIPRODEC. (22 de Febrero de 2009). Salud bucodental en ancianos. Recuperado el 25 de Abril de 2014, de ahiprodec.blogspot: <http://ahiprodec.blogspot.mx/2009/11/salud-bucodental-en-ancianos.html>

ADULTO MAYOR FRÁGIL.

LA AUTOESTIMA DE LOS ADULTOS MAYORES. México , D.F. Hospitales Angeles . (09 de Marzo de 2012). Salud 180, Un Estilo de Vida Saludable . Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de Una buena alimentación para adultos mayores: <http://www.salud180.com/adultos-mayores/una-buena-alimentacion-para-adultos-mayores>

Instituto Nacional de Geriátría. (2011). Recomendaciones Prácticas para el cuidado de la Salud del Adulto Mayor . Recuperado el 25 de Abril de 2014, de ingerchile.cl: <http://www.ingerchile.cl/vistas/cuidados.html>

Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. (2006). Manual de Autocuidado del Adulto Mayor (Vol. 1). Nicaragua : INSS.

JAMA. (12 de Julio de 2006). JAMA. Recuperado el 2 de Mayo de 2014, de The journal of American Medical Association : <http://http://jama.jamanetwork.com>



M, L. H. (11 de Octubre de 2009). factoresdelautoestima. Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de Autoestima en el adulto mayor : <http://factoresdelautoestima.blogspot.mx>

Sacristán , M. (9 de Mayo de 2011). blog.infoelder.com. Recuperado el 25 de Abril de 2014, de Pie Geriátrico en la tercera edad. Qué es y cómo cuidarlo: <http://blog.infoelder.com/pie-geriatrico-en-la-tercera-edad-que-es-y-como-cuidarlo>
Salud y Medicinas. (06 de Febrero de 2014). saludymedicinas.com. Recuperado el 25 de Abril de 2014, de Piernas cansadas: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/cardiovascular/temas-relacionados/piernas-cansadas.html>

Sapetti, A. (22 de Abril de 2013). Palermo . Recuperado el 02 de Mayo de 2014, de Sexualidad en el adulto mayor : http://www.palermo.edu/cienciasociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicocodebate/13/Psicocodebate_N13_04b.pdf

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. (Diciembre de 2010). Guía para el Autocuidado de la salud de las Personas Mayores. Recuperado el 25 de Abril de 2014, de <http://www.slideshare.net/septiembre16/autocuidado-en-adultos-mayores-argentina>

WHO, 2006. Oral health in ageing societies. Integration of oral health and general health. -3 de junio de 2005, p. 59.

MedlinePlus. (s.f.) Cambios en la piel por el envejecimiento. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004014.htm>

MedlinePlus. (s.f.) Cambios en los sentidos con la edad. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004013.htm>

MedlinePlus. (s.f.) Sentido de la vista. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepage_s/8687.htm

MedlinePlus. (s.f.) Anatomía de un ojo envejecido. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepage_s/8688.htm

MedlinePlus. (s.f.) Presbicia. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001026.htm>

MedlinePlus. (s.f.) Diabetes y enfermedad ocular. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001212.htm>

National Digestive Diseases Information Clearinghouse (NDDIC). (s.f.) El aparato digestivo y su funcionamiento. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de <http://digestive.niddk.nih.gov/spanish/pubs/yrdd/>

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica (s.f.) Guía de actividad física y ejercicio físico del adulto mayor. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de <http://medicos.cr/web/documentos/boletines/BOL201112/Ejercicio%20f%C3%ADsico%20y%20adulto%20mayor.pdf>

PR. M, RR. A (1 Enero 2004) La alimentación de los ancianos diabéticos. OFFARM. Hospital General de México (s.f.) Hipertensión Arterial en el Anciano. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/geriatria/hipertension_arterial.pdf
Hospital General de México (s.f.) Diabetes Mellitus en el anciano. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/geriatria/diabetesmellitus_anciano.pdf

National Cancer Institute (8 de Abril 2014) Prostate Cancer Treatment. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/prostate/Patient>

MedlinePlus. (s.f.) Cáncer de Próstata. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000380.htm>
Instituto de Salud del Estado de México (29 de Abril 2014) Cáncer Cérvico Uterino (Cáncer de Matriz). Recuperado el 2 de mayo de 2014, de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=1011>

Master, William. H; Johnson. Virginia E. Kolodny, Robert C. La Sexualidad Humana. 1987 De. Científico Técnico. La Habana. Pp. 292.99

Anexos

INDICE DE BARTHEL

Anotar con la ayuda del/de la cuidador/a principal, cual es la situación personal de la persona mayor, respecto a estas 10 preguntas de actividades básicas de la vida diaria.

	Puntos
Comer	
Totalmente independiente.	10
Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender mantequilla, etc.	5
Dependiente.	0
Lavarse	
Independiente, entra y sale solo del baño.	5
Dependiente.	0
Vestirse	
Independiente, capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
Necesita ayuda.	5
Dependiente.	0
Arreglarse	
Independiente para lavarse la cara, las manos, los dientes, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
Dependiente.	0
Deposiciones*	
Continente.	10
Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.	5
Incontinente.	0
Micción*	
Continente o es capaz de cuidarse de la sonda o colector.	10
Incontinente ocasional (máximo un episodio de incontinencia en 24 horas). Necesita ayuda para cuidar de la sonda o colector.	5
Incontinente.	0
Usar el retrete	
Independiente para ir al WC, usa cuña o el orinal. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque puede usar barras de apoyo), se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.	10
Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo.	5
Dependiente.	0
Trasladarse	
Independiente para ir del sillón a la cama. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente.	15
Mínima ayuda física o supervisión.	10
Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda.	5
Dependiente.	0
Deambular	
Independiente, camina sin ayuda al menos 50 metros, aunque se ayuda de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas.	15
Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
Dependiente.	0
Escalones	
Independiente para subir y bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque se ayuda de muletas o bastones o se apoya en la barandilla.	10
Necesita ayuda física o supervisión.	5
Dependiente.	0
TOTAL	

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en caso de ir con silla de ruedas)

Resultado: <20 dependiente total; 20-35 dependiente grave; 40-55 dependiente moderado; > 60 dependiente leve; 100 independiente.

* micción y deposición valorar la semana previa.

Es útil para describir el estado funcional y sus cambios a través del tiempo. Se correlaciona con el juicio clínico y predice la mortalidad. Se le ha criticado principalmente su poca utilidad para medir pequeñas alteraciones.

ÍNDICE DE KATZ. ÍNDICE DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

ÍNDICE DE KATZ	
1. Baño	<i>Independiente:</i> precisa ayuda sólo para lavar una parte del cuerpo como la espalda o una extremidad incapacitada o se baña completamente sin ayuda. <i>Dependiente:</i> precisa ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, para entrar o salir de la bañera, o no puede bañarse solo.
2. Vestido	<i>Independiente:</i> coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, los complementos o adornos, se abrocha los botones; se excluye el acto de atarse los zapatos. <i>Dependiente:</i> no se viste solo/a o permanece en parte sin vestir.
3. Uso del W.C.	<i>Independiente:</i> va al servicio, se sienta y se levanta del retrete, se arregla la ropa, se limpia los órganos excretores, puede utilizar por sí mismo/a la cuña o el orinal por la noche solamente, y puede usar o no ayudas mecánicas. <i>Dependiente:</i> usa cuña u orinal o recibe ayuda para ir al servicio y utilizarlo.
4. Movilidad	<i>Independiente:</i> entra y sale de la cama y se sienta y levanta de una silla por sí mismo/a; puede usar o no ayudas mecánicas. <i>Dependiente:</i> necesita ayuda para sentarse, tumbarse o levantarse de la silla y/o cama, o no lo hace.
5. Continencia de esfínteres	<i>Independiente:</i> control completo de la micción y defecación. <i>Dependiente:</i> incontinencia parcial o total urinaria o fecal; control parcial o total con enemas, sondas o con el uso reglado de orinales o cuñas.
6. Alimentación	<i>Independiente:</i> lleva la comida del plato o su equivalente a la boca. Se excluye de la evaluación cortar la carne y preparar la comida y untar el pan. <i>Dependiente:</i> precisa ayuda en el acto de comer, no come o usa nutrición parenteral.

- A. Independiente para comer, contener esfínteres, levantarse, ir al servicio, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas estas funciones anteriores, excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.
- E. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio y una función adicional.
- F. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio, levantarse y una función adicional.
- G. Dependiente para seis funciones.

Otros: Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E, o F.

Independiente: significa sin supervisión, dirección o asistencia personal activa, excepto cuando se especifica lo contrario. Se basa en el estado actual y no en la capacidad. Se considera que una persona mayor que se niega a realizar una función no la realiza, aunque pueda ser capaz de hacerla.



ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Anotar, con la ayuda del/de la cuidador/a principal, cuál es la situación concreta personal de la persona mayor, respecto a estas 8 preguntas de actividad instrumental de la vida diaria.

Escala de actividad instrumental de la vida diaria	Puntos
A. Capacidad de usar el teléfono.	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números.	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos.	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	1
No utiliza el teléfono en absoluto.	0
B. Ir de compras.	
Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1
Realiza independientemente pequeñas compras.	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0
Totalmente incapaz de comprar.	0
C. Preparación de la comida.	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente.	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
D. Cuidado de la casa.	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	0
No participa en ninguna labor de la casa.	0
E. Lavado de la ropa.	
Lava por sí mismo/a toda su ropa.	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc).	1
Todo el lavado de ropa deber ser realizado por otro.	0
F. Uso de medios de transporte.	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche.	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros.	0
No viaja en absoluto.	0
G. Responsabilidad respecto a su medicación.	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas.	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas.	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
H. Manejo de asuntos económicos.	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va la banco) recoge y conoce sus ingresos.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco, ...	1
Incapaz de manejar dinero.	0
TOTAL	

Independencia: 8. Máxima dependencia: 0 puntos.

* Sólo se tomará una puntuación en cada apartado.

A diferencia de las actividades básicas, en las instrumentales una persona puede no realizar una actividad de las indicadas porque puede ser más cómodo que otra persona la realice. Pero, aunque no la realice se marca como no realizada.

TEST DE PFEIFFER

Instrucciones: Haga las preguntas 1 a la 10 de la siguiente lista y anote todas las respuestas. En la pregunta 3 vale cualquier descripción correcta del lugar (mi casa, el hospital, la consulta, etc). En la pregunta 10 cualquier equivocación se contabiliza como error. Anote el número total de errores tras realizar las 10 preguntas. Las respuestas han de darse sin ningún calendario, periódico, certificado de nacimiento o cualquier ayuda que refresque la memoria.

CLAVE:

FECHA:

Test de Pfeiffer.

- ¿Qué día es hoy? (día, mes, año) _____
- ¿Qué día de la semana es hoy? _____
- ¿Cuál es el nombre de este lugar? _____
- ¿Cuál es su nº de teléfono (en caso de que no tenga, cuál es su dirección)? _____

- ¿Qué edad tiene? _____
- ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? _____
- ¿Cómo se llama el Rey que tenemos ahora en España? _____
- ¿Quién mandaba en España antes que el Rey actual? _____
- ¿Cuál es el nombre de su madre? _____
- Restar de 3 en 3 a partir de 20 _____

0 - 3 errores: Funcionamiento intelectual normal.

4 - 7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro.

8 - 10 errores: Déficit intelectual severo.

En los individuos con nivel de estudios primarios se permite un error más; si el nivel es superior un error menos.

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC) DE LOBO

Es una versión del MMSE (Mini Mental State Examination de Folstein) ampliada y adaptada a las características de la población española. La puntuación máxima es de 35 puntos, pero se establece el punto de corte en mayores de 65 años en 24 y a partir de 23 se sospecha deterioro cognitivo. Hay que especificar el nivel de conciencia de la persona mayor en el momento de realización del test. En la versión adaptada a la población anciana española por Lobo, se ha obtenido la sensibilidad del 90,7% y una especificidad del 69%.

	PUNTOS
1. Orientación	
Tiempo: "Dígame el día de la semana Día del mes Mes Estación Año"	5
Espacio: "Dígame el Hospital (o el lugar) Planta"	
Ciudad Provincia Nación	5
2. Fijación	
"Repita estas 3 palabras: peseta, caballo, manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda)	3
3. Concentración y cálculo	
"Si tiene 30 ptas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?"	5
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda)	
"Ahora hacia atrás"	3
4. Memoria	
"¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?"	3
5. Lenguaje y construcción	
- Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?. Repetirlo con el reloj."	2
- "Repita esta frase: en un trigal había cinco perros".	1
- "Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿Qué son el rojo y el verde?, ¿Qué son un perro y un gato?"	2
- "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa"	3
- "Lea esto y haga lo que dice" CIERRE LOS OJOS	1
- "Escriba una frase"	1
- "Copie este dibujo"	1
	
Puntuación total (un punto cada respuesta correcta)	35
Nivel de conciencia (alerta, obnubilación, estupor, coma):	

Puntuación máxima 35. A partir de 23 indica deterioro cognitivo.

Instrucciones:

1. **Orientación.** Un punto entero por acierto, no hay medios puntos por respuestas aproximadas (enumerar cada ítem y esperar la respuesta antes de continuar). Puntos 0-1-2-3-4-5.
2. **Fijación.** Decir las tres palabras seguidas y luego esperar a que las repita la persona mayor. Repetir las palabras hasta que recuerde las tres. Sólo se puntúan las palabras que consiguió repetir en el primer intento. Un punto por cada palabra repetida. Puntos 0-1-2-3.
3. **Concentración y cálculo.** Un punto entero por cada respuesta correcta (0-1-2-3-4-5) y un punto por cada cifra correcta en el orden correcto.
4. **Memoria.** Un punto entero por cada palabra recordada; no importa el orden.
5. **Lenguaje y construcción.** Un punto por cada nombre correcto sin aproximaciones. Un punto si repite exactamente la misma frase tras decirla una sola vez. Un punto por cada respuesta correcta; rojo y verde son colores, y perro y gato son animales. Un punto por cada parte de la orden correctamente ejecutada. Un punto si lee, comprende y realiza la orden escrita. Un punto si escribe una frase completa con sujeto, verbo y predicado, y significado coherente (no calificar ortografía ni caligrafía). Un punto si realiza dos pentágonos con intersección de un ángulo cada uno.

TEST DE ISAACS

Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: H ☐ M ☐

Colores:			
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
Animales:			
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
Fruta:			
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
Ciudades:			
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
• _____	• _____	• _____	• _____
Errores / Repeticiones: _____			
Normalidad: Adultos ≥ 29. Ancianos ≥ 27. Sensibilidad: 79% y en especificidad: 82%			



TEST DEL INFORMADOR (TIN) CORTO

Recuerde, por favor, cómo era su familiar hace 5 ó 10 años y compara como está en este momento. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de estos años en la capacidad de su familiar en todos los aspectos que le preguntamos seguidamente:

Puntúe con los siguientes criterios:

1 = Ha mejorado mucho

2 = Ha mejorado un poco

3 = Casi sin cambios

4 = Ha empeorado un poco

5 = Ha empeorado mucho

Pregunta	Puntuación
1. Capacidad para recordar los nombres de las personas más allegadas (parientes, amigos).	
2. Recordar cosas que han sucedido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses (noticias, cosas propias o de sus familiares).	
3. Recordar de que se habló en una conversación mantenida unos días atrás.	
4. Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse en la mitad de la frase y no saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho hace un rato.	
5. Recordar la fecha en que vive.	
6. Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas.	
7. Saber dónde se coloca una cosa que se ha encontrado descolocada.	
8. Capacidad para aprender a hacer funcionar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio...)	
9. Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general).	
10. Aprender cosas nuevas (en general).	
11. Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, televisión, conversaciones).	
12. Entender artículos de los periódicos o revistas en los que está interesado.	
13. Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión.	
14. Tomar decisiones en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) y en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero).	
15. Manejar los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, tratar con el banco).	
16. Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de los familiares, cuánta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados).	
17. ¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?	
Total:	

Puntuación total 85 puntos.

* A partir de 57 puntos, indica probable deterioro cognitivo.

* Sensibilidad: 86% y especificidad: 91%.

Puede ser cumplimentado por el familiar o persona próxima.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

	SI	NO
1.- ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2.- ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3.- ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.- ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6.- ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.- ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12.- ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13.- ¿Se encuentra lleno/a de energía?	0	1
14.- ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15.- ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0
TOTAL		

RESULTADOS: 0 - 5 = NORMAL
6 - 9 = PROBABLE DEPRESIÓN (S 84%; E 95%)
10 o más= DEPRESIÓN ESTABLECIDA (S 80%; E 100%)

Instrucciones:

Pida al/a la paciente que conteste las preguntas sí o no, tratando de recordar cómo se ha encontrado en la última semana. Puede dejárselo leer o leérselo usted. Tape la columna de respuestas correctas si es el/la paciente quien lo lee. Resultados: punto de corte en 5 puntos.

En pacientes con demencia hay dificultad para valorar los resultados, ya que con frecuencia no recuerdan bien como se sintieron la semana anterior.



CUESTIONARIO DE CRITERIOS DE RIESGO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES

CUESTIONARIO DE CRITERIOS DE RIESGO SOCIAL EN PERSONAS MAYORES

Nº DE HISTORIA:

FECHA:

Criterio:	PMNR	PMR	Puntos
1.-Vive solo/a	10	15	
2.-Dependencia completa para la movilidad	5	10	
3.-Incapacidad psíquica	5	10	
4.-Falta de apoyo social y/o familiar	5	10	
5.-Existencia de conflicto familiar	5	10	
6.-Sobrecarga del/la cuidador/a principal	5	10	
7.-Insuficientes condiciones de habitabilidad.(No tiene luz en casa, no tiene agua, malas condiciones higiénicas)	5	10	
8.-Hacinamiento	5	10	
9.-Ingresos económicos insuficientes	5	10	
10.-Aislamiento social	5	10	
11.-Barreras arquitectónicas internas y/o externas	5	10	
12.-Vive en zona aislada	5	10	
Total			

Cómo derivar a la Trabajadora Social

1. Cuando la puntuación sea igual o mayor de diez.
2. Cuando la puntuación es menor de diez pero se considera que debe ser derivado por necesidad explícita u otros.

Explicación de los ítems:

1. Es el criterio que por sí solo en todos los casos hay que derivar
2. La persona mayor necesita cuidados continuos por pérdida de su autonomía.
3. Presencia de deterioro cognitivo, enfermedad psíquica, demencia senil, enfermedad de Alzheimer que provocan incapacidad.
4. Los apoyos disponibles por parte de la persona mayor aunque existen son insuficientes.
5. El conflicto familiar supone una situación que se origina por la no aceptación de la persona mayor en la familia, bien por las diferentes patologías crónicas e invalidantes que suponen mayor esfuerzo, porque suponen una carga económica o simplemente porque su presencia es considerada como desequilibrante del funcionamiento familiar.
6. La situación además de ser valorada por el/la profesional del centro de salud, el propio cuidador/a principal puede expresar su sobrecarga.
7. Ausencia de la instalación eléctrica y si la hay ausencia del fluido eléctrico. Ausencia de la instalación del agua y si la hay ausencia de agua corriente. Falta de limpieza .
8. Hacinamiento. Cuando en el domicilio viven muchas personas en relación con el espacio existente. Se dividen los metros cuadrado de superficie de la vivienda entre los convivientes, si es menor de ocho metros cuadrados existen hacinamiento.
9. Se incluyen las pensiones y otros ingresos como rentas o ayudas familiares. Se suman los ingresos de la unidad familiar, el total se divide entre el número de personas que forman esa unidad familiar, si el resultado es menor de 36.000 pts se consideran ingresos económicos insuficientes.
10. Cuando no vive solo/a pero se siente solo/a y aislado/a del resto de la familia, pasa solo/a buena parte del día o no tiene contacto con familia amplia, amigos o vecinos.
11. Internas: obstáculos físicos dentro del domicilio y de acceso a las distintas dependencias, baño inadecuado.
Externas: obstáculos físicos que impiden o dificultan la movilidad para acceder fuera del domicilio (pisos sin ascensor, escaleras, sin aceras, cuestas, etc).
12. Dificultad de acceso a los recursos sociosanitarios y a los servicios en general por estar en zona aislada.

Necesidad explícita. Son aquellas necesidades puntuales sin que ello indique riesgo social como la gestión para conseguir material ortoprotésico, teléfono, ayudas técnicas o ayuda a domicilio entre otras.



ENTREVISTA PARA LA VALORACIÓN PSICOSOCIAL

CLAVE:

FECHA:

A.- VALORACIÓN DE LA PERSONA MAYOR.

I. Situación familiar y de convivencia.

¿Con quién vive?

Solo/a ☐ Cónyuge/pareja ☐
 Otros familiares ☐ ¿Quiénes? _____

Breve descripción del mapa de relaciones familiares más importantes sean o no convivientes.
 Dibujar el genograma en la Historia de Salud

II.- Situación de la vivienda.

¿La vivienda en que reside es?

Propiedad ☐ Alquilada ☐ Cedida ☐
 Otra ☐ Especificar _____

Situación de la vivienda. (Señalar lo que proceda).

Barreras arquitectónicas: Internas ☐ Externas ☐
 Servicios básicos: Agua ☐ Luz ☐ Bañera ☐
 Cocina ☐ Termo ☐ Teléfono ☐
 Zona: Aislamiento ☐ Accesibilidad deficiente ☐
 Céntrica ☐
 Otros _____

III.- Recursos económicos

¿Es usted pensionista?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo:

¿Qué tipo de pensión es la que cobra?

F.A.S. ☐ No contributiva ☐ Otras ☐
 Jubilación ☐ Viudedad ☐ Invalidez ☐

¿Tiene otro tipo de ingresos económicos?

Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo:

¿De dónde proceden estos ingresos?

Rentas ☐ Ayudas familiares ☐ Otras ayudas institucionales ☐
 Otras ☐ Especificar _____

¿Cómo llega a final de mes con los ingresos económicos de que dispone?

Muy bien ☐ Bien ☐ Justo ☐
 Mal ☐ Muy mal ☐

IV.- Red Social de Apoyo

¿Ocupa el tiempo libre en actividades? Sí ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

¿Ha tenido que dejar alguna actividad en la que ocupaba su tiempo libre en el último año?

Sí ☐ No ☐¿Sale usted de su domicilio? Sí ☐ No ☐

Especificar a dónde _____

¿Pertenece usted a alguna asociación o club? Sí ☐ No ☐

¿Con qué frecuencia acude a la Asociación o Club?

1 ó más veces a la semana ☐ 1 ó más veces al mes ☐
 Menos de 1 vez al mes ☐

¿En qué actividades de la Asociación o Club participa?

Bailes ☐ Excursiones ☐ Juegos ☐

Bar ☐ Otras ☐ Especificar _____

¿Recibe visitas en su domicilio? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo:

¿De quién?

Familiares ☐ Amigos/as ☐ Vecinos/as ☐

Otros ☐ Especificar _____

¿A través de quien obtiene la información que necesita?

Cuando necesita hablar con alguien, ¿tiene con quién?

¿Se siente acompañado/a?

V.-Pérdidas

¿Ha perdido a su pareja en el último año? Sí ☐ No ☐

¿Ha perdido a algún otro familiar y/o amigo/a cercano/a en el último año?. Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿Cual? _____

¿Ha habido algún cambio importante de actividad en los últimos seis meses?. Sí ☐ No ☐

Especificar cual/es. _____

¿Ha habido algún traslado o cambio de domicilio en el último año?. Sí ☐ No ☐

Especificar. _____

¿Cómo ha aceptado la situación/es de pérdida? Especificar momento en el que se encuentra según fases de Kubler Ross.

VI.- Recursos formales/informales

¿Tiene los recursos materiales necesarios para su desenvolvimiento personal? Sí ☐ No ☐

¿Cuales? _____

¿Recibe el servicio de Ayuda a domicilio? Sí ☐ No ☐

Especificar el tipo de ayuda _____

Distribución en tiempo y horas del servicio.

Días a la semana _____ N° Horas día _____

¿Recibe otro tipo de ayuda institucional? Sí ☐ No ☐

¿Cuál? _____

¿Tiene contratado algún servicio privado? Sí ☐ No ☐

¿Cual? _____

¿Recibe algún tipo de ayuda de amigo/a o vecino/a? Sí ☐ No ☐

¿Cual? _____



B.- VALORACIÓN DEL CUIDADOR/A

CLAVE:

FECHA:

I.- DATOS RELATIVOS A SU SALUD

Deficiencias físicas y/o funcionales. Sí ☐ No ☐

¿Cuales? _____

Deficiencias y/o problemas Psíquicos. Sí ☐ No ☐

¿Cuales? _____

II.- DATOS RELATIVOS A SU SITUACIÓN SOCIAL.

Realiza actividad laboral _____
¿Cual? _____

Mantiene actividad social con amigos y otros _____
¿Cual? _____

Autopercepción de su situación de cuidadora. Señalar lo que proceda.

Acepta de buen grado el papel por iniciativa propia _____

Acepta el papel porque no hay otra persona _____

No acepta el papel y le crea conflicto _____

Siente pérdida al tener que abandonar el trabajo _____

Siente pérdida al tener que abandonar la vida social _____

Siente pérdida al tener que abandonar otras actividades _____

B.- VALORACIÓN DEL CUIDADOR/A

CLAVE:

FECHA:

I.- DATOS RELATIVOS A SU SALUD

Deficiencias físicas y/o funcionales. Sí ☐ No ☐

¿Cuales? _____

Deficiencias y/o problemas Psíquicos. Sí ☐ No ☐

¿Cuales? _____

II.- DATOS RELATIVOS A SU SITUACIÓN SOCIAL.

Realiza actividad laboral _____
¿Cual? _____

Mantiene actividad social con amigos y otros _____
¿Cual? _____

Autopercepción de su situación de cuidadora. Señalar lo que proceda.

Acepta de buen grado el papel por iniciativa propia _____

Acepta el papel porque no hay otra persona _____

No acepta el papel y le crea conflicto _____

Siente pérdida al tener que abandonar el trabajo _____

Siente pérdida al tener que abandonar la vida social _____

Siente pérdida al tener que abandonar otras actividades _____



Existe sobrecarga _____

Existe sentimiento de incapacidad para realizar las funciones _____

Necesita tiempo de respiro _____

Necesita orientaciones para realizar sus funciones _____

Necesita desahogo _____

Necesita cuidados a su persona _____

III.- DATOS RELATIVOS A SU FUNCIÓN.

¿Es la cuidadora principal? _____

¿Es la cuidadora responsable? _____

¿Es cuidadora de otras personas (niños, mayores, otros)? _____

Funciones que realiza:

Compañía

Apoyo a las AVD básicas

Apoyo a las AVD instrumentales

Gestiones, relación con Centro de Salud, otros.

Otras.

Tiempo que dedica a las funciones de cuidadora en horas/día. _____

Recursos que apoyan sus funciones. (Reseñar recursos materiales, humanos, y económicos específicos para la función que desempeña). _____

Valoración Patrones Funcionales de Salud

Clave del paciente _____
Clave del cuidador _____ Tfo. Contacto: _____

1. Percepción / control de la salud	Etiquetas diagnósticos
Describe estado de salud	1.6.1 Riesgo de lesión
Describe estados anteriores	1.6.1.1 Riesgo de asfixia
Da importancia a su salud	1.6.1.2 Riesgo de intoxicación
Acepta estado de salud	1.6.1.3 Riesgo de traumatismo
Describe / conoce alteraciones actuales	1.6.2 Alteración de la protección
Percepción del sistema sanitario	5.2.1.1 Incumplimiento de tratamiento
Hábitos de control de la salud, revisiones...	5.4 Conductas generadoras de salud
Describe medicación prescrita	6.4.2 Alt. en el mantenimiento de la salud
Automedicación	
Sigue tratamiento prescrito:	
— Medicación / dieta / ejercicio	Relación de fármacos
Hábitos tóxicos:	Test de Fagerstrom
— Tabaco / alcohol / otras sustancias	Alcohol en unidades y grmos
	Cuestionario CAGE camuflado
	Cuestionario MALT

2. Nutricional - metabólico	Etiquetas diagnósticos
Lugar donde realiza las comidas	1.1.2.1 Alt. Nutrición por exceso. Sobrepeso
Nº de comidas/día	1.1.2.2 Alt. Nutrición por defecto
Pica entre horas	1.1.2.3 Riesgo de nutrición por exceso
Métodos de elaboración	1.2.1.2 (Alto) Riesgo de infección
Describir dieta 24 horas	1.2.12 Hipotermia
Nutrientes: H.C., proteínas, grasas, líquidos,...	1.2.2.3 Hipertermia
Suplementos (especificar)	1.4.1.2.1 Exceso volumen de líquidos
Alimentos restringidos	1.4.2.2.2 Riesgo de déficit de vol. de líquidos
Si procede, a qué atribuye cambios de apetito	1.6.1.4 Riesgo de aspiración
Dificultad: tragar/masticar/alimentarse solo	1.6.2.1.1 Alt. de la mucosa oral
Dentición	1.6.2.1.2.2 Riesgo deterioro integridad cutánea
Problemas de la mucosa oral	6.5.1.1 Deterioro de la deglución
Estado de la piel: hidratada, seca, edemas, úlceras.	6.5.1.2 Lactancia materna ineficaz
Pelo, uñas.	6.5.1.2.1 Lactancia materna interrumpida
Cicatrización	6.5.1.3. Lactancia materna eficaz
Higiene	
	Cuestionarios / Tests / Tablas
	Nutrición en la persona mayor, raciones
	Cálculo de necesidades energéticas
	Frecuencia de seguimiento
	Datos que indican riesgo nutricional
	Clínica de los déficits nutricionales
	Exploración física relacionado con déficit nutricional
	Historia dietética
	Fármacos causa de deficiencias nutricionales
	Medidas antropométricas
	Pliegue tricipital y circunferencia del brazo
	Alimentación por Sonda Nasogástrica
	Criterios para Alimentación por SNG
	Complicaciones de la Alimentación por SNG
	Evaluación del Estado Nutricional. MNA
	"Conozca su salud nutricional" NSI
	Valoración de la malnutrición en el anciano
	Artículo
	Escala de Norton
	Dibujo zonas de riesgo de úlceras
	Prevención de úlceras por presión



3. Eliminación	Etiquetas diagnósticos
Intestinal.	1.3.1.1 Estreñimiento
– Estreñimiento (laxantes) / diarrea	1.3.1.2 Diarrea
– Hemorroides / incontinencia	1.3.1.3 Incontinencia fecal
Urinaria:	1.3.2 Alteración de eliminación urinaria
– Poliuria / dolor / retención	Cuestionarios / Test / Tablas
– Goto / incontinencia	C4. Valoración en la incontinencia urinaria.
Sexualidad (varón)	
Sudoración excesiva: localización, olor	

4. Actividad - Ejercicio	Etiquetas diagnósticos
Independencia para actividades vida cotidiana	1.5.1.2 Limpieza ineficaz de vías aéreas
Comparte tareas domésticas	1.5.1.3 Patrón respiratorio ineficaz
Independencia para autocuidados	1.6.1.5 Riesgo de síndrome de desuso
Trabajo: desempleado, empleado, incapacitado, pensionista	6.1.1.1 Trastorno de la movilidad física
Horario de trabajo	6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas
Capacidad funcional: mano dominante	6.4.1.1 Dificultad mantenimiento del hogar
Rigideces	6.5.1 Déficit de autocuidados: alimentación
Fuerza en las manos	6.5.2 Déficit de autocuidados: higiene/baño
Estabilidad marcha	6.5.3 Déficit de autocuidados: vestido/acicalamiento
Desambulación / elementos auxiliares / encamado	6.5.4 Déficit de autocuidados: uso orinal / wc
Actividades de ocio (especificar)	6.6 Alteración del crecimiento y desarrollo
Ejercicio regular: tipo, frecuencia, medidas de seguridad	6.7 Síndrome de estrés por traslado
eludicación	Cuestionarios / Test / Tablas
	Evaluación para hacer ejercicio
	– Anamnesis exhaustiva general
	– Aptitud para la actividad física. PARQ
	– Clasificación de la intensidad del esfuerzo
	– Relacionado muerte súbita por esfuerzo pacientes coronarios.
	Intensidad del ejercicio ppm. PAPPS
	Protocolo de ejercicio físico en mayores
	Higiene postural y ejercicio físico encamado
	C5. Valoración en las caídas
	Pruebas de fuerza muscular en EEII
	Pruebas para valorar el equilibrio
	Folleto: ¿Cómo evitar las caídas?
	C2. Índice de Katz
	C3. Escala de Lawton y Brody
	Escala de valoración de autonomía

5. Sueño descanso	Etiquetas diagnósticos
Horas de sueño	6.2.1 Alteración patrón del sueño
Siesta	
Insomnio	Cuestionarios / Test / Tablas
Ayuda para dormir: naturales, medicamentos	
Ronquidos	
Descansado al levantarse	
Somnolencia durante el día	
Nivel de energía durante el día	

6. Cognitivo perceptual	Etiquetas diagnósticos
Lee. Escribe. Analfabeto funcional. Nivel de instrucción	7.2 Alt. sensorioceptivas (especificar)
Alteraciones sensoriales:	8.1.1 Déficit de conocimientos (especificar)
Ojos/vista (gafas)	8.3 Alt. de los procesos del pensamiento
Oídos/audición	9.1.1 Dolor
Nariz/olfato	Cuestionarios / Test / Tablas
Piel/tacto	T1. Test de Pfeiffer
Sabor/gusto	T3. Test del Informador (TIN)
Vértigo	Test del informador. (IQCODE)
Dolor: agudo/crónico	Test del informador. Lobo
Orientación: temporal/espacial	Minexamen cognitivo de Lobo
Pérdidas de memoria	
Dificultad de comprensión	
Dificultad de aprendizaje	

7. Autocontrol autoconcepto	Etiquetas diagnósticos
Ansiedad. Test de Goldberg si procede	7.1.1 Trastorno de la imagen corporal
Temor o preocupación expresa	7.1.2 Trastorno de la autoestima
Expectativas r/c enfermedad	7.3.1 Desesperanza
Atribuciones r/c enfermedad	7.3.2 Impotencia
Imagen corporal	9.3.1 Ansiedad
Autoestima	Cuestionarios / Test / Tablas
	Test de Ansiedad - Depresión de Goldberg
	T2. T. de Yesavage. E. Depresión Geriátrica
	Folleto: Envejecer saludablemente...
	Seis meses claves para ayudar...
	Comunicación en estallidos de ira. Demencia
	Cómo comunicarse...
	Actitud ante la persona mayor depresiva

8. Rol relaciones	Etiquetas diagnósticos
Con quién vive	2.1.1.1 Trastorno de la comunicación verbal
Dependen de él	3.1.2 Aislamiento social
Quejas familiares	3.2.1 Alteración del desempeño del rol
Relaciones con amigos	3.2.1.1.1 Alteración parental
Satisfacción en el trabajo	3.2.1.1.2 Alto riesgo de alteración parental
Pertenencia a grupo organizado	3.2.2 Alt. de los procesos familiares
Integración en la comunidad	3.2.2.1 Sobreesfuerzo en el rol del cuidador
Duelo	3.2.3.1 Conflicto del rol parental
Habla clara. Discurso coherente	9.2.1.1 Duelo disfuncional
Comprensión de conceptos	9.2.1.2 Duelo anticipado
	Cuestionarios / Test / Tablas
	Cuestionario Apgar - familiar
	Artículo. Validez y fiabilidad Apgar - familiar



9. Sexualidad reproducción	Etiquetas diagnósticos
Disfunción sexual expresa Disfunción reproductiva Anticoncepción Embarazos/abortos Ciclo menstrual Menopausia Sangrado vaginal postmenopáusico Orientación sexual	3.2.1.2.1 Disfunción sexual 9.2.3.1 Síndrome traumático de violación
	Cuestionarios / Test / Tablas

10. Adaptación tolerancia al estrés	Etiquetas diagnósticos
Cambios importantes en los dos últimos años Toma de decisiones solo/con ayuda Con quien suele habla. Está disponible Manejo situaciones difíciles Adaptado al estrés. Cómo se enfrenta Ayuda profesional Autotensiones Violencia. Acoso	5.1.1.1.3 Negación ineficaz 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo
	Cuestionarios / Test / Tablas

11. Valores creencias	Etiquetas diagnósticos
Cambio de valores Importancia de la religión en su vida Creyente. ¿Le ayuda? Planes de futuro	4.1.1 Dificultad en la práctica espiritual
	Cuestionarios / Test / Tablas

¿Quiere comentar algo más?

TA: Peso: Talla: IMC: FC: T°:

ENCUESTA DE HÁBITOS DIETÉTICOS

Recoge datos generales de la alimentación del/de la paciente: cuántas comidas hace al día, donde come normalmente, si tiene apetito o algún problema para la masticación, etc. Podríamos obtener un registro mínimo en la consulta con las siguientes preguntas:

Registro mínimo:

1. ¿ Hace usted alguna dieta especial?
2. ¿ Come de todo?
3. ¿ Toma leche todos los días?
4. ¿ Toma frutas y/o verduras a diario?
5. ¿ Alterna carne, pescado y huevos?
6. ¿ Toma legumbres y/o arroz al menos una vez a la semana?
7. ¿ Cuántas comidas hace al día?
8. ¿ Pica usted entre horas?
9. ¿ Consume bollería industrial con excesiva frecuencia?

Con estas preguntas podemos descubrir alguno de los errores más frecuentes en la alimentación del adulto como:

- No tomar leche ni otros lácteos.
- Comer pocas/muchas frutas.
- Comer poca carne o alimentos proteicos en general.
- No comer legumbres.
- Picar continuamente.
- Hacer sólo dos comidas importantes (incluso una) al día.
- Comer mucha bollería industrial y otros productos no recomendables.



EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL (Mini Nutritional Assessment “MNA”)

Nombre:	Apellidos:	Edad:
Sexo:	Fecha:	Altura talón-rodilla:
Peso en Kg.:	Talla en cm.	

I. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS:		12. ¿El paciente consume?	
1. Índice masa corporal $[IMC = p (Kg)/t^2 (cm)]$ IMC < 19 0 19 ≤ IMC < 21 1 21 ≤ IMC < 23 2 IMC ≥ 23 3	2. Circunferencia braquial (CB en cm) CB < 21 0 21 ≤ CB ≤ 22 0,5 CB > 22 1	¿Productos lácteos al menos una vez al día? Si/No ¿Huevos o legumbres 1 ó 2 veces por semana? Si/No ¿Carne, pescado o aves diariamente? Si/No 0-1 Si 0 2 Si 0,5 3 Si 1	13. ¿Consuma frutas o verduras al menos 2 veces al día? No 0 Sí 1
3. Circunferencia de la pierna (CP en cm) CP < 31 0 CP ≥ 31 1	4. Pérdida reciente de peso (< 3 meses) Pérdida de peso > a 3 kg 0 No lo sabe 1 Pérdida de peso entre 1 y 3 kg 2 No ha habido pérdida de peso 3	14. ¿Ha perdido el apetito? sí ☐ no ☐ ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación en los últimos tres meses? sí ☐ no ☐ Anorexia severa (2 sí) 0 Anorexia moderada (1 sí) 1 Sin anorexia (0 sí) 2	15. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza,...) Menos de 3 vasos 0 De 3 a 5 vasos 0,5 Más de 5 vasos 1
II. EVALUACIÓN GLOBAL.		16. Forma de alimentarse. Necesita ayuda 0 Se alimenta solo con dificultad 1 Se alimenta solo sin dificultad 2	
5. ¿El paciente vive en su domicilio? No 0 Sí 1	6. ¿Toma más de 3 medicamentos por día? Sí 0 No 2	IV. VALORACIÓN SUBJETIVA.	
7. ¿Ha habido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? Sí 0 No 1	8. Movilidad De la cama al sillón 0 Autonomía en el interior 1 Sale del domicilio 2	17. ¿El paciente se considera a sí mismo bien nutrido? (Problemas nutricionales) Malnutrición severa 0 No lo sabe o malnutrición moderada 1 Sin problemas de nutrición 2	
9. Problemas neuropsicológicos Demencia o depresión severa 0 Demencia o depresión moderada 1 Sin problemas psicológicos 2	10. ¿Úlceras o lesiones cutáneas? Sí 0 No 1	18. En comparación con las personas de su edad: ¿cómo encuentra su estado nutricional? Peor 0 No lo sabe 0,5 Igual 1 Mejor 2	
III. PARÁMETROS DIETÉTICOS.		TOTAL (máximo 30 puntos):	
11. ¿Cuántas comidas completas realiza al día? (equivalente a dos platos y un postre) 1 comida 0 2 comidas 1 3 comidas 2		ESTRATIFICACIÓN: ≥ 24 puntos: Estado nutricional satisfactorio De 17 a 23,5 puntos: Riesgo de malnutrición < 17 puntos: Mal estado nutricional	

CÁLCULO EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR (RCV)

El RCV se calcula según la Tabla de Framingham, la utilizaremos sólo cuando exista algún factor de riesgo cardiovascular mayor (tabaco, hipertensión, diabetes mellitus y dislipemia). Si no tiene factor de riesgo o presenta ECV (cardiopatía isquémica, ACV, arteriopatía periférica, IC isquémica o hipertensiva), no es necesario utilizarla. Se puntúa en base a la edad, sexo, colesterol total, colesterol HDL, presión arterial sistólica, tabaquismo, diabetes mellitus e hipertrofia ventricular izquierda, se suman todos los puntos y se busca en la tabla el riesgo cardiovascular correspondiente. Según éste, el riesgo se clasifica en:

- Riesgo CardioVascular Alto: 20% (≥20 puntos).
- Riesgo CardioVascular Moderado: <20% (<21 puntos) y algún factor de riesgo cardiovascular mayor (Tabaco, DM, HTA, Dislipemia).
- Riesgo CardioVascular Bajo: no presentan factores de riesgo cardiovascular mayores.

En la práctica usamos la tabla para discriminar el riesgo cardiovascular alto y moderado. “**Si existe una enfermedad cardiovascular establecida, o el/la paciente presenta un riesgo cardiovascular bajo, no es necesario el uso de ésta**” (ver algoritmo actuación, pág. 31). Su registro en la Historia de Salud se recomienda hacerlo en porcentajes.

La Tabla de Framingham tienen el inconveniente de finalizar a los 74 años, pero de forma práctica, se tomará esta puntuación de la tabla (11 en mujeres y 19 en varones) de manera fija a partir de los 74 años en adelante, el resto de los factores de riesgo se valorarán según corresponda.

		Nº de visitas previstas	Nº de Controles mínimo
ECV		4	3
RCV alto		4	3
RCV* moderado	Diabetes	4	3
	HTA ≥ 160-100	4	3
	HTA ≥ 140-99	2	2
	Dislipemia CT ≥ 250	1	1
	CT 200-250	Bienal	Bienal
RCV bajo**	Tabaco > 35 años	Bienal	Bienal
	< 35 años	c/4 años	c/4 años

* En este grupo de pacientes cuando existan varios factores de riesgo, el número de visitas previstas la marcará aquel factor que requiera controles más frecuentes.

** En este grupo las tomas de TA y determinaciones analíticas (colesterol y glucemia) se realizarán según lo indicado en el protocolo.



TABLA DE PREDICCIÓN DEL RCV DEL ESTUDIO DE FRAMINGHAM

Mujer (edad)	Puntos	Varón (edad)	Puntos	cHDL (mg/dl)	Puntos	Colesterol (mg/dl)	Puntos	PAS	Puntos	Otros Factores	Puntos
30	-12	30	-2	25-26	7	139-151	-3	98-104	-2	Tabaquismo	4
31	-11	31	-1	27-29	6	152-166	-2	105-112	-1	Diabetes:	
32	-9	32-33	0	30-32	5	167-182	-1	113-120	0	Varones	3
33	-8	34	1	33-35	4	183-199	0	121-129	1	Mujeres	6
34	-6	35-36	2	36-38	3	200-219	1	130-139	2	HVI	9
35	-5	37-38	3	39-42	2	220-239	2	140-149	3		
36	-4	39	4	43-46	1	240-262	3	150-160	4		
37	-3	40-41	5	47-50	0	263-288	4	161-172	5		
38	-2	42-43	6	51-55	-1	289-315	5	173-185	6		
39	-1	44-45	7	56-60	-2	316-330	6				
40	0	46-47	8	61-66	-3						
41	1	48-49	9	67-73	-4						
42-43	2	50-51	10	74-80	-5						
44	3	52-54	11	81-87	-6						
45-46	4	55-56	12	88-96	-7						
47-48	5	57-59	13								
49-50	6	60-61	14								
51-52	7	62-64	15								
53-55	8	65-67	16								
56-60	9	68-70	17								
61-67	10	71-73	18								
68-74	11	74	19								

Puntos y riesgo cardiovascular a los 10 años

Puntos	Riesgos	Puntos	Riesgos	Puntos	Riesgos	Puntos	Riesgos
< 1	< 2	9	5	17	13	25	27
2	2	10	6	18	14	26	29
3	2	11	6	19	16	27	31
4	2	12	7	20	18	28	33
5	3	13	8	21	19	29	36
6	3	14	9	22	21	30	38
7	4	15	10	23	23	31	40
8	4	16	12	24	25	32	42

En caso de desconocer el cHDL se emplearán valores de 39 mg/dl en varones y 43 mg/dl en mujeres. Si no se tiene constancia de las cifras de glucemia o no se dispone de un trazado electrocardiográfico, los valores de la tabla correspondientes a la diabetes mellitus e hipertrofia ventricular izquierda se asumirán como no presentes.
HVI: hipertrofia ventricular izquierda.

El riesgo relativo de ECV es mayor en las siguientes situaciones:

- Historia familiar de ECV prematura.
- Hipertensión familiar

INVESTIGACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

La **entrevista semiestructurada**: es el método de elección. Ninguna otra prueba puede sustituir a una conversación confidencial del paciente con su médico/a o enfermera de cabecera sobre sus hábitos de consumo.

Los cuestionarios no sirven para cuantificar el consumo, son complementarios a la entrevista, buscan detectar pacientes con problemas por el alcohol.

Entre ellos se encuentran el **MALT** (especificidad 82-99%, sensibilidad extrema 100%), el **Audit** (especificidad 93%, sensibilidad 89%) y el **Cage** (especificidad 68-96%, sensibilidad 43-99%).

El *Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular* recomienda el primero, sin embargo el segundo es más rápido, está validado para detectar bebedores de riesgo con una puntuación >8, ha sido diseñado para su uso en Atención Primaria y se piensa que acabará siendo el cuestionario de elección en ésta.

CLASIFICACIÓN

Abstemio/a:

persona que nunca ha consumido alcohol de manera habitual, aunque tome alguna pequeña cantidad ocasionalmente.

Bebedor/a moderado/a:

persona que consume alcohol de manera habitual en cantidades que se sitúan por debajo de las aceptadas como límite de riesgo.

Bebedor/a de riesgo:

consumidor habitual en cantidades que se sitúan por encima de lo aceptado como límites de riesgo:

- Varón: 4 UBE/día (40 g/día) ó 28 UBE/semana (280 g/semana).
- Mujer: 2,5 UBE/día (24 g/día) ó 17 UBE/semana (168 g/semana).
- También se incluyen en esta definición aquellos consumidores que, sin alcanzar los límites de riesgo señalados en su consumo semanal, reconocen ingestas superiores a 8 UBE (80 gramos) en un sólo día, al menos una vez al mes.

Bebedor/a problema:

paciente que, a causa de su consumo, presenta algún problema físico, psíquico, familiar, social, legal o económico. Dentro de este grupo, se incluye a quienes presentan un síndrome de dependencia del alcohol, pero el concepto es mucho más amplio. El criterio diagnóstico de esta categoría puede establecerse mediante la utilización del test MALT (ver tabla 2). Todos los pacientes con puntuaciones de 11 ó más, quedarían diagnosticados/as como bebedores/as problema. También se incluirán en este grupo a los pacientes exalcohólicos/as o personas que reconocen haber sido bebedores/as importantes con problemas por el alcohol en el pasado, aunque actualmente no beban ni alcancen los 11 puntos en el MALT.



Tipo de Bebida	Volumen	UBE	Gramos
Vino	1 vaso (100 cc)	1	10
	1 botella (750 cc)	8	80
Cerveza	1 caña (200 cc)	1	10
	1 litro	5	50
Copas	1 whisky / ginebra (50 cc)	2	20
	1 ron / cognac (50 mls)	2	20
	1 botella whisky (1 litro)	40	400
Carajillo	1 carajillo (25 cc)	1	10
Otros	“Chupito” licor (25 cc)	1	10
	Anís (50 cc)	1	10
	Martini (100 cc)	2	20
	Vino dulce (50 cc)	1	10

(*) 1 Unidad de Bebida Estándar (UBE) (“drink”) = 10 gramos de alcohol puro.

CUESTIONARIO MALT

15A

Marque con una cruz la respuesta que mejor se adapte a su situación personal durante los últimos meses

MALT-S	SI	NO
1 En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos.		
2 A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar.		
3 Alguna vez he intentado calmar “la resaca”, el temblor o la náusea matutina con alcohol		
4 Actualmente, me siento amargado/a por mis problemas y dificultades		
5 No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo		
6 Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces, siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo		
7 A menudo pienso en el alcohol		
8 A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico/a me lo había prohibido		
9 En las temporadas en que bebo más, como menos.		
10 En el trabajo, me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera		
11 Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que vean).		
11 Bis Bebo de un trago y más de prisa que los demás.		
12 Desde que bebo más, soy menos activo/a.		
13 A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido.		
14 He ensayado un sistema para beber (p.ej. no beber antes de determinadas horas)		
15 Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol		
16 Sin alcohol, no tendría tantos problemas		
17 Cuando estoy excitado/a, bebo alcohol para calmarme.		
18 Creo que el alcohol está destruyendo mi vida.		
19 Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no		
20 Otras personas no pueden comprender por qué bebo		
21 Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa o pareja.		
22 Ya he probado pasar temporadas sin alcohol		
23 Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo/a.		
24 Repetidamente me han mencionado mi “aliento alcohólico”		
25 Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo.		
26 A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera.		
TOTAL PUNTOS		

MALT-O	SI	NO
1 Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico; p.ej. consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc, y al menos un valor de laboratorio patológico: p.ej. GOT, GPT o GGT). (Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descarta, pues, hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc)		
2 Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p.ej. diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas)		
3 Delirium tremens (actual o en la anamnesis)		
4 Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer, 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses		
5 Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer, 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes		
6 Feto alcohólico (en el momento de la exploración médica)		
7 Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico/a, trabajador/a social o instituciones pertinentes).		
TOTAL PUNTOS		

Tomado de Rodríguez - Martos, A: Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1989.

Instrucciones

Las preguntas del apartado MALT-S serán cumplimentadas por el/la paciente; por ejemplo, mientras aguarda para ser visitado. Cada respuesta afirmativa tiene un valor de un punto.

Las preguntas del apartado MALT-O serán cumplimentadas por el médico/a. En ese caso cada respuesta afirmativa tiene un valor de cuatro puntos.

0-5 puntos:	no alcoholismo
6-10 puntos:	sospecha de alcoholismo
≥ 11 puntos:	alcoholismo

Total MALT-S	
Total MALT-O	
Total	



CUESTIONARIO AUDIT

Cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)

Se marca con un círculo la respuesta correcta en cada caso. Las 8 primeras preguntas se puntuarán del 0, 1, 2, 3, 4, y las dos últimas preguntas se puntuarán 0, 2 ó 4

1) ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida que contenga alcohol?

Nunca Menos de una vez al mes 2 ó 3 veces al mes 2 ó 3 veces por semana 4 ó más veces por semana

2) ¿Cuántas "bebidas alcohólicas" suele tomar durante un día típico en el que ha bebido?

1 ó 2 3 ó 4 5 ó 6 7 ó 9 10 ó más

3) ¿Con qué frecuencia toma seis o más "bebidas" en un sola ocasión?

Nunca Menos de una vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi

4) ¿Con qué frecuencia en el último año ha sentido incapacidad de parar de beber una vez que había comenzado?

Nunca Menos de una vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi

5) ¿Con qué frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?

Nunca Menos de una vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi

6) Durante el último año, ¿con qué frecuencia necesitó tomar alguna "bebida alcohólica" por la mañana para poder ponerse en funcionamiento?

Nunca Menos de una vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi

7) Durante el último año, ¿con qué frecuencia se sintió culpable o con remordimientos después de haber bebido?

Nunca Menos de una vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi

8) Durante el último año, ¿en cuántas ocasiones no fue capaz de recordar lo que había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?

Nunca Menos de una vez al mes Una vez al mes Una vez a la semana Diariamente o casi

9) ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?

No Sí, pero no en el último año Sí, durante el último año

10) ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por su consumo o le ha sugerido que deje de beber?

No Sí, pero no en el último año Sí, durante el último año

TEST DE FAGESTRÖM PARA LA DEPENDENCIA DE LA NICOTINA

TEST DE FAGESTRÖM PARA LA DEPENDENCIA DE LA NICOTINA		
Preguntas	Respuestas	Puntos
• ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo ?	• hasta 5 minutos • entre 6 y 30 minutos • 31 - 60 minutos • más de 60 minutos	3 2 1 0
• ¿ Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine ?	• Sí • No	1 0
• ¿ Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar ?	• El primero de la mañana. • Cualquier otro.	1 0
• ¿ Cuántos cigarrillos fuma cada día ?	• 10 ó menos • 11 - 20 • 21 - 30 • 31 o más.	0 1 2 3
• ¿ Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día ?	• Sí • No	1 0
• ¿ Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día ?	• Sí • No	1 0

Fuente: Lee Ew, D' Alonzo GE, Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. Arch inter Med. 1993, 153: 34 - 48.

Valoración: Menos de 4 - Dependencia baja.
Entre 4 y 7 - Dependencia moderada
Más de 7 - Dependencia alta.



CUESTIONARIO DE VALORACIÓN EN LA INCONTINENCIA URINARIA

CLAVE:

FECHA:

- 1.- **Antecedentes Personales:** ver protocolo de Incontinencia Urinaria.
- 2.- **Fármacos:** ver protocolo de Incontinencia Urinaria.
- 3.- **Historia médica dirigida:**
- 3.a.- ¿Desde cuando se le escapa la orina?
- 3.b.- ¿Ha consultado anteriormente por este problema?
- 3.c.- ¿La frecuencia es ocasional..... semanal diaria.....
- 3.d.- ¿Qué número de compresas debe utilizar diariamente?
- 3.e.- ¿Como consecuencia de la pérdida de orina, ha reducido su vida social, ha disminuido las salidas?

• EN EL ESTUDIO DE MUJERES:

- 3.g.- ¿Tiene sensación de peso en la zona genital? Si () No ()
- 3.h.- ¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina? Si () No ()
- 3.i.- ¿Cuando ríe se le escapa la orina? Si () No ()
- 3.j.- ¿Si estornuda se le escapa la orina? Si () No ()
- 3.k.- ¿Al toser se le escapa la orina? Si () No ()

La respuesta afirmativa de al menos 4 de estas preguntas tiene un valor predictivo en la mujer para incontinencia de esfuerzo del 77,2% M.A. Vila Coli et al.- Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. Atención Primaria Vol. 19,3 1.997.

- 3.l.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y, si el servicio está ocupado, se le escapa la orina? Si () No ()
- 3.m.- Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina? Si () No ()
- 3.n.- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo? Si () No ()
- 3.o.- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina? Si () No ()

La respuesta afirmativa de al menos 3 de estas preguntas tiene un valor predictivo positivo en la mujer para incontinencia de urgencia del 57,6% M.A. Vila Coli et Al.- Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. Atención Primaria Vol 19, 3 1.997.

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN EN LA INCONTINENCIA URINARIA

CLAVE:

FECHA:

- 1.- **Antecedentes Personales:** ver protocolo de Incontinencia Urinaria.
- 2.- **Fármacos:** ver protocolo de Incontinencia Urinaria.
- 3.- **Historia médica dirigida:**
- 3.a.- ¿Desde cuando se le escapa la orina?
- 3.b.- ¿Ha consultado anteriormente por este problema?
- 3.c.- ¿La frecuencia es ocasional..... semanal diaria.....
- 3.d.- ¿Qué número de compresas debe utilizar diariamente?
- 3.e.- ¿Como consecuencia de la pérdida de orina, ha reducido su vida social, ha disminuido las salidas?

• EN EL ESTUDIO DE HOMBRES:

En los hombres para la valoración de sintomatología prostática se realizará la escala de valoración internacional de la sintomatología prostática (I-PSS) versión española, y el siguiente cuestionario.

- 3.g.- Si oye ruido de agua o pone las manos en el agua fría, ¿Nota ganas de orinar? Si () No ()
- 3.h.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y si el servicio está ocupado se le escapa la orina? Si () No ()
- 3.i.- Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina Si () No ()
- 3.j.- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo? Si () No ()
- 3.k.- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina? Si () No ()

La respuesta afirmativa de al menos 5 de estas preguntas tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia de urgencia del 30,4%. M.A. Vila Coli et al.- Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. Atención Primaria Vol 19, 3 1.997.



BAREMO INTERNACIONAL DE SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA (I-PSS)

A: Síntomas Urinarios. Criterios de Valoración de Síntomas

	Nunca	1 vez de cada 5	1 vez de cada 3	1 vez de cada 2	2 veces de cada 3	Casi siempre
1. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido la sensación, al terminar de orinar, de que su vejiga no se vaciaba por completo?	0	1	2	3	4	5
2. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar más de una vez en menos de dos horas?	0	1	2	3	4	5
3. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces le ha sucedido que se le interrumpía o cortaba intermitentemente el chorro mientras orinaba?	0	1	2	3	4	5
4. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces le ha resultado difícil aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido chorro de orina flojo?	0	1	2	3	4	5
6. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 veces o más
7. Durante el pasado mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar cada noche, desde que se acuesta hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5

Baremo Sintomático Total I-PSS (S) =

0-7: leve
8-19: moderado
20-35: severo

	Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
1. Si tuviese que pasar el resto de su vida orinando como lo suele hacer ahora ¿cómo se sentiría?	0	1	2	3	4	5	6

Índice de valoración de calidad de vida (L) =

INDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR/A

Instrucciones para el cuidador. Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el hospital. ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (Aporte ejemplos).

Anote un punto si la respuesta es “sí” y cero puntos si es “no”.

1. Tiene trastornos de sueño (p. ejemplo, porque _____ se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche).
2. Es poco práctico (p. ej., porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en llegar allí).
3. Representa un esfuerzo físico (p. ej., porque hay que sentarlo y levantarlo de una silla).
4. Supone una restricción (p. ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puedo hacer visitas).
5. Ha habido modificaciones en la familia (p. ej., porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad).
6. Ha habido cambios en los planes personales (p. ej., se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones).
7. Ha habido otras exigencias de tiempo (p. ej., por parte de los miembros de la familia).
8. Ha habido cambios emocionales (p. ej., a causa de fuertes discusiones).
9. Algunos comportamientos son molestos (p. ej., la incontinencia; a _____ le cuesta recordar las cosas; _____ acusa a los demás de quitarle cosas).
10. Es molesto darse cuenta de que _____ ha cambiado tanto comparado con antes (p. ej., _____ es una persona diferente de antes).
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (p. ej., a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda).
12. Es una carga económica.
13. Nos ha desbordado totalmente (p. ej., por la preocupación acerca de _____ o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).

Puntuación: Una puntuación total de 7 o más sugiere un elevado nivel de tensión.

(From Robinson BC. *Validation of a Caregiver Strain Index*. J. Geronto 1983; 38(3): 344-8. © 1983 The Gerontological Society of America.)