

GUÍA PARA FAMILIARES DE ADULTOS MAYORES



Grupos de apoyo a familiares de
pacientes con enfermedades
crónico degenerativas



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



GENTE QUE TRABAJA Y LOGRA
enGRANDE

issemym

Gobierno del Estado de México
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
Av. Miguel Hidalgo pte. No. 600,
Col. La Merced, Toluca, Estado de México. C.P. 50080.

Edición y producción:
Coordinación de Servicios de Salud.
Dirección de Educación e Investigación en Salud.

Diseño:
Unidad de Comunicación Social.

Toluca, Estado de México, agosto de 2017.

Impreso en México.

La reproducción total o parcial de este documento podrá efectuarse mediante autorización expresa de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

www.issemym.gob.mx

Guía para familiares de adultos mayores

**Grupos de apoyo a familiares de pacientes
con enfermedades crónico degenerativas en el ISSEMyM**

María de Lourdes Rossano García,

Médico geriatra adscrita a la Dirección de Educación e Investigación en Salud.



Índice

Presentación	6
Introducción	10
1. Comprender la enfermedad de su familiar	12
2. Aprender a ser resiliente ante la adversidad, para sacar adelante a su familiar enfermo	12
3. Signos y síntomas observables y de utilidad, como indicadores en el seguimiento de la salud del paciente	15
4. Primeros auxilios básicos	17
5. La importancia del botiquín y un directorio en casos de emergencia	21
6. Estrategias para mantener la continuidad del tratamiento farmacológico	23
7. Apoyar en el control periódico de la salud del familiar enfermo	26
8. Intervenir para una adecuada nutrición	28
9. Mantener la higiene del sueño	35
10. Prevención de enfermedades respiratorias	37
11. Prevención de caídas y formación de escaras por inmovilidad	38
12. Aplicar la motivación para evitar estados depresivos y ansiedad	48
13. Realizar actividad física	49
14. Valorar el déficit de la capacidad funcional cerebral y el apoyo para un menor deterioro en la enfermedad de Alzheimer	51
15. Conocer factores de riesgo que están presentes en algunas enfermedades frecuentes en el adulto mayor	55
16. La persona con secuelas de un accidente vascular cerebral	58
17. La importancia de socializar e integrar una red de apoyo social y familiar	61
18. Apoyo para elaboración de un duelo saludable	62
19. Maltrato en el adulto mayor	64
20. Ocupación positiva del tiempo libre: terapia ocupacional	67
21. El familiar en etapa terminal en casa	68
Bibliografía	73

Presentación

Es de suma importancia la participación del paciente en su autocuidado, debiendo estar bien informado de su diagnóstico, sus tratamientos y plan de atención, hecho que se suma al invaluable e irremplazable apoyo por parte de su familia en casa, ya que será ésta quién participe activamente en la toma de decisiones y acciones necesarias para el cuidado de su salud y vida cotidiana.

En los extremos de la vida, la familia tiene un papel crucial, tomando en cuenta cada una de las necesidades del paciente como un ser integral con aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, existenciales y espirituales que atender, considerando su desarrollo y necesidad de autonomía.

Es necesario que el personal del área de la salud se integre al binomio familia-paciente como parte de una estrategia para el logro efectivo de las intervenciones a favor de la preservación y restitución de la salud integral.

El incremento en nuestro país de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades crónico degenerativas es una característica particular de la creciente población de adultos mayores; de tal forma, que las necesidades de los pacientes, derivadas de ellas, se constituyen en una gama muy amplia para ser atendidas en el domicilio, en donde el familiar o cuidador primario, de no tener una red de apoyo social y familiar amplios y un conocimiento formal, corre el riesgo de sufrir un colapso.

Cuando las personas llevan a su familiar enfermo a un hospital, ya sea para establecer el diagnóstico de una enfermedad en sus inicios o por la agudización de padecimientos ya existentes, y están por varios días en diferentes servicios: unidad de cuidados intensivos, área de agudos, etcétera, deben ser tomados en cuenta por parte del personal del área de la salud, estableciendo con ellos una comunicación asertiva, planeada y con objetivos definidos, para que de regreso a su domicilio, el proceso educativo aprendido lleve a aspectos conductuales positivos y contribuya así en la restitución de la salud dentro del proceso salud-enfermedad.

Algunas veces, los familiares permanecen un periodo de tiempo prolongado en las instituciones de salud, en espera de que se les informe acerca de la evolución de su paciente. En ciertos casos, la información que reciben es poco clara o nula; otras veces es muy alarmante y proporcionada por la persona menos idónea, ocasionando incertidumbre acerca del padecimiento, la evolución de la enfermedad y las medidas que deberán tomarse en casa para prevenir una recaída que ponga en riesgo su salud.

Ésta es la justificación necesaria para impulsar estrategias como la integración de grupos de autoayuda y grupos de apoyo a familiares por parte del personal del área de la salud, donde las palabras solidaridad y educación, a través del intercambio de ideas y experiencias, puedan evitar el impacto negativo en la familia.

Los familiares, al igual que los pacientes, tienen sus miedos y dificultades con el riesgo de un desgaste no sólo físico, también emocional, que puede conducir a un colapso; para evitarlo, es necesario contar con la información necesaria, útil, oportuna, específica y de forma clara, acerca de cómo llevar a cabo los cuidados para su familiar enfermo, pudiendo encontrar mucho de esto en la participación grupal, compartiendo con familiares de otros pacientes en similares condiciones, como forma de superar avatares; hecho que no sólo hace que renazca su sentido de utilidad e incremento de la autoestima, sino que también tiene un sentido de objetividad que puede reflejarse en la mejora de la salud y calidad de vida de aquellos a quienes atienden.

El sentido de esperanza real es necesario, basado en el deseo de creer y confiar en la fuerza superior e invisible que es el amor, también posible de hacerse tangible en el desempeño de la labor cotidiana que como cuidadores se desarrolla, sobre todo, cuando se demuestra un interés auténtico por participar como parte de una gran red de apoyo cercana al paciente, evitando que los miedos internos paraliquen y puedan aflorar como un sentimiento de culpa personal o la recriminación por parte del equipo de salud, creando una desvinculación aún mayor.

Cuando se trata de un paciente que no tiene curación y va a morir, queda mucho por hacer en vista del corto tiempo para actuar. Se necesita motivar el inicio de un duelo anticipado en el propio paciente y en la familia, para que de esta forma acepte la realidad y esté lo más cerca posible del paciente, vinculándose con todas sus necesidades. Es oportuno que el equipo de salud facilite esta tarea, con conocimiento y sensibilidad a través de un enfoque tanatológico.

Es una necesidad creciente al observar que los servicios de medicina interna, consulta externa, unidades de cuidados intensivos, unidades de estabilización, etcétera, están llenos de adultos mayores con poca posibilidad de recuperación y con la expectativa de estar viviendo la cercanía de su propia muerte. En estos casos, la familia también se constituye como un elemento importante, ya que tiene que realizar un trabajo que el paciente perciba, en donde el hogar sea el campo propicio para expresar aquello que necesite decirse y tenga la necesaria cercanía que facilite la aceptación de esa realidad que está viviendo ante la cercanía o inminencia de la muerte.

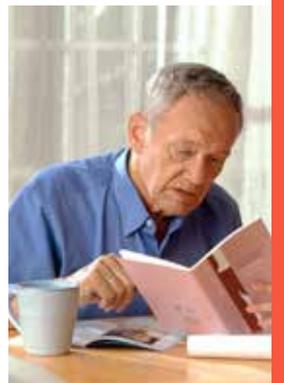
La familia es vulnerable y corre el riesgo de agotarse al no aceptar el apoyo de otras personas, de ser impermeable a la información que pueda ayudarlo en un proceso largo de la enfermedad del paciente, quien está sujeto a un proceso evolutivo constante.

Los tiempos de descanso, facilitados al cuidador primario por la presencia de amigos, familiares y personas solidarias, es decir, su red de apoyo, puede hacer la diferencia y le evite cometer acciones erróneas u omisiones en la atención del paciente, constituyéndose incluso en algún tipo de maltrato o negligencia inconscientes.

Finalmente, tenemos que lograr el objetivo: que el familiar se sienta tranquilo y satisfecho con los cuidados que recibe su paciente y los que de él provienen, bien sea en su casa o en alguna institución y no se sienta culpable por las acciones omitidas.

Todo lo que se haga por motivar la participación del familiar en el cuidado de su paciente, apoyará a la medicina más importante que se lleva a cabo en los últimos tiempos: aquella que es otorgada con responsabilidad, conocimiento y amor, por lo que deseo que este manual, en el contexto del proyecto de incluir al familiar como elemento base, para incidir en positivo en las circunstancias de los adultos mayores, tenga éxito.

Dr. Felipe Martínez Arronte
Presidente de la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.



**ATENCIÓN DEL FAMILIAR
HACIA EL PACIENTE QUE
CURSA UNA ENFERMEDAD
CRÓNICO DEGENERATIVA**

Introducción

La familia es un grupo solidario donde el estatus, los derechos y las obligaciones se definen con base en el sentido de pertenencia a ella y por diferencias secundarias como edad, sexo, vinculación biológica, etcétera.

Es en la familia donde se encuentra respuesta a las diversas necesidades como la de pertenencia afectiva, asistencial, económica, de valores y creencias; así como de funcionalidad y “roles”, actitudes y aptitudes de cada uno de sus miembros.

El proceso de enfermedad de alguno de sus integrantes es seguramente algo que se tiene que vivir, especialmente si existe en ella la presencia de adultos mayores, ya que la vulnerabilidad que impone el proceso de envejecimiento es en sí mismo un factor de riesgo, especialmente para las enfermedades crónico degenerativas, cuyo potencial de complicación comorbilidad, disfuncionalidad y riesgo de muerte es alto.

Mientras mayor es el lapso de tiempo de atención del enfermo por la familia, mayor es la repercusión que tiene en diversos aspectos como: emocional, modo de vida, economía, trabajo, salud, etcétera.

En el aspecto emocional, el paciente puede presentar diversas formas de afrontamiento de acuerdo con sus características psicológicas personales que van desde la negación, el rechazo, la ira o la depresión, hasta la aceptación tanto de forma activa y participativa, como de una manera pasiva. Esto facilita o dificulta la atención de la familia también en lo emocional, que puede presentar una gama variada de afrontamiento; un ejemplo es lo descrito como la forma “de coacción” y “la facilitadora”.

- La forma de coacción, se refiere a la manera de inhibir los sentimientos hacia los demás, su estrategia de afrontamiento es de evitación y pesimismo con mínima o total ausencia de ayuda.
- La forma facilitadora, se refiere a la expresión de sentimientos, así como la interrelación de sus miembros en la búsqueda de estrategias de afrontamiento adaptativo.

Sin embargo, en un total de casos, la familia del paciente que cursa un padecimiento crónico degenerativo en estado avanzado, presenta cambios entre los que se pueden mencionar:

Modificación en la distribución de gastos (asociado a las necesidades del familiar enfermo como fármacos, estudios de laboratorio y gabinete, dieta especial, atención médica privada, transporte, ausentismo laboral o necesidad de readaptación de horarios por internamiento o agudización del padecimiento del familiar, entre otros).

Así también, la emergencia de sentimientos que pueden ser incluso ambivalentes, que en su agudización favorecen la aparición del “síndrome del cuidador primario”.

La ignorancia, la falta de recursos económicos y asistenciales, una pobre estructura psicológica y la falta de una red de apoyo familiar y social, son entre muchos más, factores que repercuten negativamente en el enfermo.

Por todas estas razones se presenta la siguiente propuesta, como una manera de contribuir para la integración de Grupos de apoyo a familiares de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en el ISSEMyM.

En la cual es posible:

- Compartir conocimientos.
- Compartir experiencias personales sin censura.
- Tener libertad de expresión.
- Despejar dudas.
- Tener un lugar para expresar emociones, recibir afecto y comprensión solidaria.
- Facilitar la creación de una red de apoyo.
- Permitir un crecimiento personal y constituirse en apoyo invaluable para el familiar enfermo.
- Comprender que también se puede apoyar en una retroalimentación positiva.
- Salir fortalecido en cada sesión.

Cómo amar a los adultos mayores

Déjalo...

Hablar... porque hay en su pasado un tesoro lleno de verdad, de belleza y de bien.

Vencer... en las discusiones, porque tiene necesidad de sentirse seguro de sí mismo.

Ir a visitar... a sus viejos amigos, porque entre ellos se siente revivir.

Contar... sus historias repetidas, porque se siente feliz cuando lo escuchamos.

Vivir... entre las cosas que ha amado, pues sufre sintiendo que le arrancamos pedazos de su vida.

Gritar... cuando se ha equivocado, porque los ancianos como los niños tienen derecho a la comprensión.

Viajar... en el automóvil de la familia cuando van de vacaciones, porque el año próximo tendrás remordimientos de conciencia si “tu viejo” ya no existe más.

Envejecer... con el mismo amor con que dejas crecer a tus hijos, porque todo es parte de la naturaleza.

Rezar... como él sabe hacerlo, como él quiere, porque el adulto mayor descubre la presencia de Dios en el camino que le falta recorrer.

Morir... entre brazos llenos de piedad, porque el amor de los hermanos sobre la Tierra nos hace sentir mejor el torrente infinito de amor del Padre en el cielo.

Por favor... idéjalo ser!

1. Comprender acerca de la enfermedad de su familiar

Oír no es igual que escuchar, entender no es igual a comprender, comprender es un verbo más racional que lleva a conocer en lo profundo.

Esta actividad se enfoca al apoyo informativo para familiares y pacientes; permitiendo comprender mejor la enfermedad, las condiciones de salud y los tratamientos médicos; diagnósticos, medicamentos, cirugías, procedimientos, etc., además repercute en el bienestar y la seguridad de las personas, disminuyendo muchas veces la angustia que genera la ignorancia; lo que apoya la adherencia al tratamiento y la toma de decisiones asertivas.

Es de suma importancia, cuando se desconoce el léxico técnico-médico, contar una lista de términos que ayude al familiar o al paciente, a comprender la asociación de las palabras expresadas por los médicos, en su significado profundo, hasta lo relacionado con las ideas, mensajes que se generan y su implicación en aspectos emotivos.

Las ideas generadas por los profesionales de la salud, se complementan por las manifestaciones de los asistentes al grupo de autoayuda, quienes comparten sus experiencias vivenciales en forma referenciada, que contribuyen con detalles sobre las condiciones de diagnóstico y opciones de tratamiento. También pueden sugerirse algunos consejos como los siguientes:

- Ese término me confunde, ¿puede escribirlo por favor?
- Por favor, ¿podría repetir lo que acaba de decirme?
- ¿Podría indicarme otra cita que me guíe a investigar sobre esta situación y me permita elaborar preguntas que no puedo plantear ahora?, etcétera.

Cada persona es diferente, por tanto, el tipo de ayuda varía de un ser a otro, tanto para los pacientes como para sus familiares.

Lo único inmutable es la disposición permanente del grupo como apoyo para cada uno.

2. Aprender a ser resiliente ante la adversidad, para sacar adelante a su familiar enfermo

La resiliencia es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único; es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo.

Resiliencia es la capacidad de sobreponerse a pérdidas, dolor y situaciones adversas. Capacidad para afrontar la adversidad y lograr la adaptación ante tragedias, traumas y amenazas de estrés. Para algunas personas la enfermedad propia o de un familiar es una “tragedia”.

La resiliencia es una capacidad que el cuidador de un enfermo tiene intrínsecamente y puede desarrollar, pero ello implica la voluntad de asumir una serie de pensamientos y conductas que incrementan su capacidad adaptativa, manteniendo en alto su autoestima y funcionalidad, permitiendo, a pesar de todo, la posibilidad de encuentro con la felicidad. Para la persona resiliente, la demanda de atención a un enfermo, el problema, obstáculo, carencia etc., es una forma de desafío, un reto para encontrar la solución, enfrentando y superar el problema.

Algunas personas ante una “tragedia”, deciden no continuar con la vida, algunas otras, superiores, se transforman en positivo y no sólo continúan con la vida, sino que encuentran un sinnúmero de ganancias de la experiencia.

Algunas de las características de una persona resiliente son:

Optimismo, buen humor, comprensión, paciencia, afecto; se aceptan como son, aceptan la realidad pero creen que pueden construir una nueva, son optimistas, piensan que la vida tiene sentido, tienen tenacidad, conocen sus capacidades y competencias, son aplicados al trabajo, creen que siempre hay algo mejor por encontrar, es decir, tienen una visión positiva del futuro, controlan sus impulsos, no se dejan llevar por la fantasía, son empáticos e influyen positivamente en la forma en la que los demás enfrentan el estrés.

Tienen pensamientos positivos, son flexibles, afrontan retos, tienden menos a la depresión, perciben de sí mismos una imagen positiva, no temen a la autocrítica, saben confiar en ellos y en los demás, encuentran la forma asertiva de enfrentar como un proceso activo, son impermeables al daño profundo e irreparable sin perder la sensibilidad; se sienten satisfechos, ayudan, creen en la reciprocidad y duermen bien.

Podemos aprender a ser resilientes a través del ejemplo de otras personas, que se convierten en nuestros maestros de vida y de lecturas edificantes.

Lecturas recomendadas para su análisis

Libros:

- **Victor Frankl**, *El hombre en busca de sentido*.
- **Ana Flores**, *La resiliencia, crecer desde la adversidad*.
- **Earne Larsen y Carol Hegarty**, *Cómo creer en mí mismo*.
- **Edith H. Grotberg y María Alchourrón de Paladini**, *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*.
- **Rosa Argentina Ríos Lacayo**, *Saber crecer: Resiliencia y espiritualidad*.
- **Valeria Schwalb**, *Todos somos resilientes*.

Artículos de Internet:

- Cómo crecer desde la adversidad.
- Cómo desarrollar resiliencia.
- ¿Te vienes abajo ante el estrés o te hace crecer?
- Qué es la madurez emocional.

- Cómo sentirse bien cuando todo parece que sale mal.
- Cómo usar la psicología para alcanzar tus metas y cambiar tu vida.
- Diez errores comunes que te impiden avanzar.
- Las diez claves de la felicidad.
- La trascendencia del ser humano.
- Aprendizaje afectivo.
- Fortaleciendo el espíritu humano.
- Activación conductual: Un tratamiento simple y eficaz para la depresión.
- Resiliencia como ventana de oportunidad.

Recomendaciones generales que apoyan la resiliencia:

- Establezca buenas relaciones con familiares cercanos, amistades y otras personas importantes en su vida.
- Acepte ayuda y apoyo de personas que lo quieren y escuchan.
- Esté activo en grupos de la comunidad (religiosos, altruistas, etcétera), ayudar también ayuda.
- Conserve siempre la esperanza, tratando de mirar más allá del presente con optimismo.
- Acepte que la vida siempre es cambio y es posible que de una situación adversa se genere una nueva mejor, a veces es necesario cambiar el enfoque.
- Siempre tenga metas positivas.
- Analice que la adversidad puede ayudar a descubrir cualidades que antes no veía.
- Considérese una persona con enormes capacidades a desarrollar.
- Mantenga siempre una perspectiva de realidad (no exagere, no minimice).
- Cuide de sí mismo (duerma, coma adecuadamente, autogratifíquese, tome un descanso), confíe en sí mismo y en los demás.
- Continúe participando activamente en el grupo de apoyo del ISSEMyM.

El familiar cuidador de un enfermo, si no desarrolla la resiliencia, tiene el riesgo de no soportar las demandas que de él se exigen (tiempo, responsabilidades económicas y asistenciales como alimentación, higiene, entre otras).

El síndrome del cuidador primario afecta a la persona en diversas áreas: física, emocional, psicológica, conductual, laboral, social, etcétera y tiene manifestaciones como:

Cansancio físico, dolores de cabeza y musculares (en la base del cuello o espalda), sensación de palpitaciones cardíacas, alteraciones del sueño (dificultad para dormir, conciliar el sueño, despertares frecuentes, hipersomnia, pesadillas, sueño no reparador, etcétera); así como desalino en su arreglo personal. La alimentación bien puede afectarse por una inadecuada dieta o por falta de ánimo y tiempo para consumirla, lo que puede verse reflejado en una pérdida de peso y tendencia a malestares digestivos.

El estado emocional también se ve afectado, especialmente cuando el familiar tiene padecimientos de curso crónico con deterioro funcional y cognitivo como la enfermedad de Alzheimer, llevándolo a estados de tristeza, melancolía, irritabilidad, o labilidad emocional como factor de riesgo latente para la presentación de la depresión, con lo que se pone en riesgo la vida ante la posibilidad de abandono e intento suicida.

El síndrome del cuidador primario denota que la carga asistencial del enfermo generalmente está desequilibrada y recae sólo en una persona, por lo que es importante mantener las relaciones de apoyo familiar y social como medida de prevención.

Es importante que el familiar que atiende al enfermo tenga un “respiro”, que se dé una pausa en un agobiante camino de responsabilidades y se encuentre atento ante los signos y síntomas que denotan el síndrome del cuidador primario para recibir apoyo profesional oportuno.

3. Signos y síntomas observables

Signo. Es la manifestación concreta que puede asociarse a una enfermedad o trastorno que altera la salud.

Síntoma. Fenómeno que revela una enfermedad, es referido de manera subjetiva por el enfermo cuando percibe algo anómalo en su organismo. Es de interés y apoyo para el médico, el conocer acerca de los signos y síntomas de la persona enferma por lo que resulta invaluable llevar un registro de ellos por parte del familiar y establecer comunicación cuando manifiestan una anomalía ya que es evidencia de una descompensación de su padecimiento actual o de una nueva patología.

Técnicas que se deben conocer y aplicar

- Técnica para la toma de presión arterial sistémica.
- Toma de la temperatura, usando el termómetro clínico.
- Uso de la báscula para pesar.
- Técnica para la toma de glicemia capilar.

Éstas técnicas son parte de los conocimientos que se adquieren en el Grupo de apoyo del ISSEMyM:

Registro de signos y síntomas:

Peso del paciente: _____

Dos veces por semana avisar al médico si hay pérdida de peso mayor a 3 kg/mes: _____

Registro de síntomas: tos, escalofrío, dolor, sensación de ahogo, etcétera.

Parámetro	Normal	Descompensado	Muy descompensado	Fecha(s) de las acciones tomadas
Frecuencia cardíaca	80/min	90/min	Más de 90/min	
Frecuencia respiratoria	20/min	30/min	Más de lo anterior	
Presión arterial	120/80 mm hg	140/90 mm hg	Más de lo anterior	
Pulso	80/min	90/min	Más de lo anterior	
Temperatura	36.0° C	Más de 37.0°	Más de lo anterior o menos de 35.0°C	
Defecación	Normal número/24 horas	No obra en: ____hrs. Consistencia anormal	No obra en todo el día. Diarrea	
Micción	Normal	Con olor y color diferente más molestias	Sangrado más molestia severa. No micciona	

Puntos a considerar en la toma de la presión arterial:

Circunstancias previas:

- No haber tomado: café, bebidas alcohólicas o alimento abundante, por lo menos diez minutos antes del procedimiento.
- No haber corrido o caminado de prisa.
- Tener un estado de ánimo tranquilo.
- Estar sentado cómodamente (posición recomendada para las tomas habituales) o bien, recostarse, colocando el brazo en el sitio donde se vaya a medir la Tensión Arterial (T.A.), de manera horizontal, a la altura del corazón. Esperar en esta posición por 5 minutos.
- La persona no debe hablar mientras se toma la T. A.

Técnica:

- Palpe la arteria braquial en el pliegue del brazo (fosa antecubital, cara interna).
- Coloque el manguito por encima del pliegue (a 2-3 cm sobre ésta), centrando las flechas marcadas sobre el mismo a lo largo de la arteria braquial y ajustándolo perfectamente al brazo desnudo, no lo ponga encima de la ropa.
- Retire las prendas que compriman el brazo y evite extremidades con vía IV, fístula arteriovenosa, traumatismos, zona de mastectomía, o zona de parálisis o paresia después de una enfermedad vasculo-cerebral aguda.
- Desinfe el manguito completamente y envuelva con él la parte superior del brazo de forma uniforme y cómoda.
- Palpe la arteria braquial, sitúe el diafragma del aparato, sobre ella y sujételo con los dedos 2º y 3º de su mano (no sujete la campana del aparato con el manguito). Cierre la válvula del esfigmomanómetro en la dirección de las agujas del reloj, infle el manguito rápidamente hasta que llegue a una presión aproximada de 200 mmhg. Abra la válvula lentamente a un ritmo de descenso de la aguja de entre 2 y 3 mmhg por segundo (desinflar demasiado rápido el manguito puede dar una infraestimación de la Presión Arterial Sistólica (PAS) y una sobrevaloración de la Presión Arterial Diastólica (PAD)).
- Anote el punto del manómetro en el que se escuchan los primeros sonidos claros (presión sistólica: PAS) y el momento en que se amortiguan o desaparecen (presión diastólica: PAD).
- Si al abrir la válvula comienza inmediatamente a escuchar los primeros sonidos, desinfe rápidamente el manguito y comience de nuevo, aumentando la presión del manguito por encima de los 200 mmhg, ya que la presión sistólica estará por encima de dicha cifra.

Método por palpación:

Utilice el método auscultatorio sólo si las condiciones del enfermo lo permiten.

- Palpe la arteria braquial o radial y mantenga sus dedos en el punto mientras infla el manguito hasta 20-30 mmhg por encima del punto en que deje de sentir el pulso.
- Desinfe el manguito lentamente hasta que note la reaparición del pulso. Ésta será la presión sistólica.

Toma de la temperatura:

La temperatura promedio de nuestro cuerpo es de 36.7 grados centígrados (medida en la boca), con límites entre 36.1 a 37.4 grados centígrados, hay muchos factores orgánicos y del medio (comer, fumar, ejercicio físico, condiciones ambientales como temperatura y movimiento del aire, calor radiante del sol, estrés, ovulación, enfermedades que incrementan el metabolismo) que la afectan el organismo durante el transcurso de un día, por eso tiene variaciones.

Se recomiendan los termómetros electrónicos ya que la pantalla es fácil de leer. Se puede colocar la sonda en la boca, el recto o la axila.

- **En la boca:** coloque la sonda bajo la lengua y cierre la boca. Respire por la nariz y utilice los labios para mantener el termómetro bien fijo en su lugar. Deje el termómetro en la boca por tres minutos o hasta que el dispositivo “pite”.
- **El recto:** este método es para bebés y niños pequeños que no son capaces de sostener el termómetro en la boca con seguridad. Lubrique el bulbo del termómetro rectal con vaselina. Coloque al niño boca abajo en una superficie plana o sobre el regazo. Separe sus glúteos e introduzca el extremo del bulbo del termómetro de 1 a 2 cm. en el canal anal, teniendo cuidado de no introducirlo demasiado. El forcejeo puede empujar el termómetro más adentro. Retire el termómetro después de 3 minutos o cuando el dispositivo “pite”.
- **La axila:** coloque el termómetro en la axila con el brazo presionado contra el cuerpo. Espere 5 minutos antes de leerlo.

Los termómetros de tira plástica cambian de color para mostrar la temperatura, pero son el método menos preciso. Coloque la tira en la frente y léala después de un minuto mientras siga puesta. También hay disponibles termómetros de tira plástica para la boca. Siempre limpie el termómetro antes y después de usarlo, puede utilizar agua fría y jabón o alcohol antiséptico.

4. Primeros auxilios básicos

No hay nada más angustiante para un familiar, que ver a su ser querido cuando presenta una situación de emergencia y no sabe qué hacer o cómo actuar, es por ello que ante una emergencia hay que estar preparado, tener conocimientos de primeros auxilios y maniobras habituales de resucitación cardio-pulmonar, además de una actitud dinámica, iniciativa y aplomo que lleve a:

- Saber conservar la calma.
- Poseer salud física y mental.
- Tener un buen sentido de colaboración.
- Estar capacitado para tomar decisiones asertivas.
- Asumir un don de mando y liderazgo.
- Mostrar disponibilidad e iniciativa.

¿Qué hacer en caso de un accidente?

Ante cualquier situación de accidente se debe analizar la escena del evento y realizar una evaluación simultánea del lesionado (que se determina en un lapso no mayor a 10 segundos), además del estado general de la persona, estado de conciencia, condición respiratoria y circulatoria. Se determina estado de conciencia ubicándolo con método AVDI:

A: La persona se encuentra alerta, habla fluidamente, fija la mirada al explorador y está pendiente de lo que sucede en torno suyo.

V: La persona presenta respuesta verbal, aunque no está alerta puede responder coherentemente a las preguntas que se le realicen y responde cuando se le llama.

D: La persona presenta respuesta solamente a la aplicación de algún estímulo doloroso como presionar firmemente alguna saliente ósea como el esternón o las clavículas; pueden emplearse métodos de exploración menos lesivos como rozar levemente sus pestañas o dar golpecitos con el dedo en medio de las cejas, esto producirá un parpadeo involuntario, que se considera respuesta.

I: Si la persona no presenta ninguna de las respuestas anteriores, está inconsciente.

Evaluación primaria o inicial: nos ayuda a identificar cuáles son las lesiones o condiciones que pueden poner en peligro la vida del paciente, como las siguientes:

- Evaluar que la ventilación esté presente, verificando que el pecho de la persona suba y baje.
- Escuchar la respiración, sentir el aire que sale por la boca o la nariz.
- Determinar si el paciente respira por sí mismo.
- Revisar la presencia de signos de circulación como el pulso o la coloración de la piel, si está pálido, azulado o tiene temperatura corporal.
- Revisar si presenta alguna hemorragia evidente.

Es necesario conservar la calma y ante lesiones que comprometan su estabilidad vital, llamar de inmediato a los servicios médicos de urgencia.

Signos vitales: Son las señales que indican la presencia de vida de una persona, y son:

- **Frecuencia respiratoria:** número de respiraciones por minuto.
- **Frecuencia cardíaca:** número de latidos del corazón por minuto.
- **Pulso:** reflejo del latido cardíaco en la zona distal del cuerpo.
- **Tensión arterial:** la fuerza con la que el corazón late.
- **Temperatura corporal** del paciente.
- **Llenado capilar:** Consiste en hacer presión sobre la base de la uña limpia, forzando la salida de la sangre del tejido. Una vez que se quita la presión, si hay buen flujo de sangre, el color rosado debe volver a la uña al menos en 2 segundos, si el tiempo es mayor, se relaciona con trastornos circulatorios o de deshidratación.
- **Reflejo pupilar:** Es una función determinada por el sistema nervioso que hace que la pupila se contraiga (miosis) ante un estímulo luminoso y se expanda cuando hace falta la luz. La lentitud, ausencia o irregularidad en la respuesta sirve para orientar acerca de afectación en elementos neurológicos.

Es posible y necesaria la ayuda del familiar para intentar incorporar poco a poco al paciente accidentado, pero si aparece dolor, no moverlo y dejarlo quieto hasta la llegada del personal capacitado en urgencias.

Recuerda, acude a un centro hospitalario en los siguientes casos:

- a. Deformidad.
- b. Imposibilidad de movimiento.
- c. Fuerte dolor en una extremidad.
- d. Pérdida inmediata o posterior de conocimiento.
- e. Vómitos.
- f. Sangrado por nariz u oídos.
- g. Dificultad respiratoria después de un golpe en el tórax o sueño distinto al habitual.

¿Qué hacer en caso de un atropellado?

- Actuar según la estrategia PAS (proteger, avisar, socorrer).
- No mover a la víctima en los accidentes graves, salvo que exista un riesgo peligroso para su seguridad.
- Avisar inmediatamente al servicio de emergencia.
- Revisar los signos vitales.

¿Qué hacer en caso de un atragantamiento?

Si no hay compromiso respiratorio (acaba de ocurrir y la persona puede toser y respirar aunque sea con dificultad): tranquilizar, animar a toser y respirar lentamente, la tos es el mecanismo natural más efectivo, si no se resuelve, llamar al servicio de urgencias e intentar desobstruir la vía aérea y resolver la situación: si la tos es ineficaz, hay compromiso respiratorio, o se pierde la conciencia, iniciar la maniobra de Heimlich para adultos.

En la maniobra de Heimlich se levanta el diafragma y obliga al aire a salir de los pulmones para crear una tos artificial. Esta tos mueve el aire a través de la tráquea, de esta forma empuja y expulsa la obstrucción fuera de las vías respiratorias y de la boca.

Para realizarla rodee con sus manos la cintura de la persona. Coloque un puño apretado arriba del ombligo y debajo de la caja torácica, sujete su puño con la otra mano, tire del puño apretado con un movimiento seco y directo hacia atrás y hacia arriba, bajo la caja torácica, de seis a diez veces rápidamente.

Si bien, esta maniobra es simple y efectiva, puede ser dolorosa e incluso causar lesiones a la víctima. Debe utilizarse sólo en emergencias reales, cuando esté seguro que la persona se está asfixiando.

1.



2.



3.



Mejor, apoyar en la prevención:

- Cortar los alimentos en piezas pequeñas.
- Masticar los alimentos lenta y completamente; en especial, si usa prótesis dental.
- No reírse ni hablar mientras se mastica y traga.
- Evitar el consumo de alcohol antes y durante las comidas, no dar golpes en la espalda ni en el pecho.

¿Qué hacer en caso de una quemadura?

En todos los casos apartar la fuente de calor.

- Si el incendio es pequeño, intentar apagarlo y cerrar las puertas, si es grande, salir y avisar a los bomberos.
- Si la ropa está ardiendo, evitar que el afectado (o uno mismo) corra para no avivar el fuego, envolverle en una prenda amplia (toalla, manta o similar), echarlo al suelo y hacerlo rodar para sofocar las llamas, cuando esto se ha conseguido tapanlo sin quitar nunca la ropa y trasladarlo al hospital.

Si es por contacto:

- Poner la parte afectada al chorro de agua fría durante 15 minutos, excepto en grandes quemadas, a continuación aplicar antiséptico, si se dispone de gasa vaselinizada cubrirla con ella y si persisten las molestias acudir a un centro de atención médica.

En caso de insolación:

- Quitar la ropa y aplicar compresas de agua fría en la cabeza.

Si es por agentes corrosivos:

- Lavar con agua abundante.
- Si están afectados los ojos: lavar también con abundante agua o suero fisiológico, tapan con gasa estéril y si es posible trasladar al hospital.

Si es por electricidad:

- Desconectar el aparato de la red de energía eléctrica.
- Separar de la fuente de electricidad interponiendo un objeto aislante, de tela o de madera.
- Si está inconsciente, activar el servicio de emergencia y actuar como en situaciones de gravedad, no aplicar pomadas, ungüentos, polvos, cremas ni remedios caseros.
- No utilizar algodón o esparadrapo.
- No romper las ampollas.
- No tocar nunca a una persona que esté sufriendo una descarga eléctrica ni tampoco cuando se haya desconectado el aparato de la fuente de energía.
- En caso de quemado grave, no dar de beber, puede vomitar y favorecer una aspiración.
- No utilizar agua fría por riesgo de hipotermia, que puede ser fatal.

¿Qué hacer en caso de una intoxicación?

- Llamar al servicio de emergencias o ambulancias.
- Aportar la máxima información sobre el producto.
- Se recomienda acudir al hospital, llevar el producto sospechoso.
- No provocar el vómito.
- No administrar sólidos, líquidos ni medicamentos.

Si se han inhalado gases de productos tóxicos como pegamentos o pinturas, hay que salir de la habitación, abrir las ventanas y respirar tranquilamente; si hay un mal estado general, trasladar el paciente al hospital.

5. La importancia del botiquín y un directorio en casos de emergencia

Directorio de apoyo en emergencias

El directorio es una guía que hace referencia a direcciones, teléfonos, fax, correos electrónicos o página web de personas u organizaciones; con un orden alfabético o por clases, constituye una fuente de ayuda en casos de emergencia, por lo que es importante tenerlo a la mano.

Procurar tener actualizados los números de: familiares, médicos, amigos, servicios de apoyo como bomberos, policía, Cruz Roja, servicios

de ambulancia, Policía Federal de Caminos, PGR, Seguridad Pública Municipal y Estatal, PROFEPA, Secretaría del Medio Ambiente, Protección Civil Estatal, Protección Civil Municipal, clínicas del IMSS, ISSSTE, ISSEMyM, hospital general, control de fugas de gas, etc.

Botiquín básico de primeros auxilios

- Curitas de diferentes tamaños.
- Apósitos estériles de diferentes tamaños.
- Parches estériles para ojos.
- Pañuelos triangulares.
- Guantes desechables.
- Vendas de diferentes tamaños.
- Equipo de curaciones
(tijera, pinza de disección, pinza Kelly recta).
- Algodón.
- Alcohol.
- Antihistamínicos.
- Manta, linterna, silbato.
- Gasa con vaselina.
- Agua oxigenada.
- Aspirina.
- Pomada para contusiones.
- Jeringas desechables de 5, 10 y 20 cc.
- Tablillas para inmovilización.
- Abatelenguas.
- Bicarbonato de sodio.
- Dos equipos para venoclisis.
- Gasas estériles.
- Merthiolate

De preferencia incluir:

- Termómetro.
- Estetoscopio.
- Solución isotónica.
- Baumanómetro.

6. Estrategias para mantener la continuidad del tratamiento farmacológico

La diferencia entre un medicamento y un veneno es sólo la dosis.
“El médico competente, antes de dar una medicina a su paciente, se familiariza no sólo con la enfermedad que desea curar, sino también con los hábitos y la constitución del enfermo”.

Cicerón

Cuando un adulto mayor cumple adecuadamente con su tratamiento médico y reduce los factores de riesgo (tabaquismo, obesidad, sedentarismo, etc.), disminuye la tasa de complicaciones e incrementa la sobrevida.

La medicación del adulto mayor debe ser más cuidadosa, considerando los cambios orgánicos impuestos por el proceso de envejecimiento normal que en suma, con las frecuentes polipatología y polifarmacia, los hace más vulnerables para presentar respuestas adversas a los fármacos.

La monitorización en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, apoyado por el familiar, es de suma importancia para lograr la meta terapéutica al reducir el consumo innecesario de fármacos y valorar en todo momento el riesgo-beneficio. Por otra parte, se establece como un objetivo para el paciente la detección de efectos secundarios e indeseables de los medicamentos, tanto los habituales como los de reciente prescripción.

Considerando en gran medida al familiar un colaborador en esta tarea. La seguridad comienza cuando se toman precauciones, se vigila e incluso se tiene presente que las interacciones indeseables pueden provenir de asociaciones como: fármaco-fármaco, fármaco-alimento o fármaco-hierbas.

Un inadecuado tratamiento farmacológico:

- Empeora la calidad de vida.
- Impide el control de la enfermedad.
- Genera recaídas y agravamiento de la enfermedad.
- Apoya la tendencia a la resistencia de microorganismos patógenos.
- Produce efectos secundarios e indeseables por los fármacos o sus interacciones.
- Incrementa la posibilidad de fallecimiento.
- Aumenta el gasto económico familiar o de las instituciones de salud.

Aplicar un test diseñado para valorar la adherencia al tratamiento, sirve como apoyo en la actividad de vigilancia, tales como:

Test de Morisky-Green:

Valora si el paciente adopta actitudes correctas en la relación terapéutica.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?
4. Si alguna vez le sientan mal, ¿deja de tomar la medicación?

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, sí, no, no).

Test de Haynes-Sackett:

También denominado cuestionario de cumplimiento autocomunicado, consiste en realizar al paciente la siguiente pregunta:

1. La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos?

- Si la respuesta es afirmativa, se solicita al paciente el número medio de comprimidos olvidados en un periodo de tiempo (por ejemplo los últimos siete días o el último mes) y se determina el porcentaje con respecto al número de comprimidos indicado.
- Se considera buena adherencia en aquel paciente que declara haber tomado una cantidad de comprimidos > 80% y < 110% de los prescritos.

Son conductas de beneficio en la observancia del tratamiento:

- Conocer la intolerancia a los medicamentos o reacciones alérgicas a ellos, para evitarlos y dar información al médico antes de la prescripción.
- Entender claramente los objetivos terapéuticos y lo relacionado con los fármacos utilizados (nombres, dosis, presentación, horario, vía de administración, posibles efectos secundarios o indeseables características de almacenamiento entre otros).
- Tener una lista actualizada de los fármacos y su toma, incluyendo aquellos que no requieren una receta para mostrarla al médico en la consulta.
- Utilizar pastilleros que de manera didáctica faciliten el control de los medicamentos.
- Ayudar a la identificación y diferenciación de los fármacos con etiquetas visibles que eviten equivocaciones.
- Mencionar al médico los fármacos que han originado alergias o efectos adversos, antes de que prescriban.
- Verificar los empaques y su correspondencia con lo prescrito, incluyendo la fecha de caducidad.
- Mantener en un lugar adecuado los fármacos (temperatura: ya sea un lugar fresco, seco o en refrigeración, grado de humedad, luz, posible contaminación, etc.), preguntar acerca de esto para ser llevado de la mejor forma.
- No a la automedicación, incluye los remedios caseros.

- Tener apego a los lineamientos del tratamiento, no suspender o cambiar las indicaciones médicas.
- Evitar dar recomendaciones o fármacos a otras personas.
- Tomar los fármacos que sean vía oral con suficiente agua, evitando líquidos como refresco, café, té, etc.
- No al consumo de bebidas alcohólicas.
- No tomar fármacos diversos en una sola toma, esperar entre cada uno, un tiempo prudente.
- No olvidar tomar los fármacos y si esto sucediera no tratar de compensar aumentando la dosis en la toma o tomas sucesivas.
- Ante la presentación de efectos indeseables asociados con la toma de fármacos, suspender y avisar inmediatamente al médico tratante.
- Informar al paciente sobre sus expectativas de vida con el tratamiento prescrito, planteando el riesgo-beneficio del procedimiento a seguir, para que pueda tomar sus propias decisiones.
- Solicitar al médico que sea explícito en las pautas del tratamiento a seguir: desde la letra con que escribe la receta, la planeación del tratamiento de forma sencilla pero eficaz, hasta la explicación de las expectativas de mejora.
- Motivar al paciente para el apego a un tratamiento con terapia prolongada, verificando que realmente consume los medicamentos de manera adecuada.

La ministración de fármacos se puede hacer por diferentes vías:

Oftálmica, ótica, oral, sublingual, intramuscular, intravenosa, subcutánea, tópica, inhalada, transvaginal, transrectal.

El familiar debe tener el conocimiento otorgado por un profesional para la utilización de estas vías y de ser necesario, recibir el entrenamiento que permita apoyar con seguridad, nunca quedarse con dudas, en el Grupo de apoyo a familiares de pacientes con enfermedades crónico degenerativas pueden ayudarle en este aspecto.

En forma de ejemplo, la vía oral:

Si el familiar es autosuficiente para tomar sus medicamentos, animelo a que lo haga en forma continua (compruebe de manera sutil su apego).

Si el familiar es dependiente, administre el medicamento confirmando de inicio, que es el fármaco y la dosis correcta y si es antes o después de los alimentos. Cuide la higiene de sus manos, en caso de que los medicamentos sean de un tamaño mayor, puede triturarlos o cortarlos, existen en el mercado cortadores que pueden adquirirse para esta acción.

No dé a tomar varios medicamentos al mismo tiempo y hágalo cuando el paciente se encuentre cómodamente sentado, utilizando agua suficiente, verifique que el paciente haya deglutido el fármaco.

La dieta habitual puede ser modificada ante contingencias frecuentes como son la constipación y la diarrea, situaciones que deben ser del conocimiento del médico tratante.

Se presentan a continuación algunas recomendaciones dietéticas que pueden ayudar:

Ante casos de diarrea:

- Aumentar la cantidad de líquidos que habitualmente toma la persona para evitar la deshidratación, especialmente sueros hidratantes con electrolitos.
- Incremento de los alimentos con alto contenido líquido como gelatinas.
- Evitar alimentos como calabazas, espinacas, acelgas o vegetales y leguminosas que contienen alto contenido de fibra natural.
- Incluir alimentos astringentes en la dieta, como arroz blanco, manzana y guayaba hervida (sin huesos).

7. Apoyar el control periódico de la salud

El término control está enfocado en la observación cuidadosa que el familiar del paciente puede hacer empleando métodos simples como la revisión visual, la palpación cuidadosa o la movilización de segmentos; el análisis de facultades como el habla o la capacidad funcional mental, que pueden estar expuestas a un deterioro paulatino o con fluctuaciones que no son evidentes durante la consulta médica o pasan desapercibidas si no se realiza una búsqueda intencionada.

Cada enfermedad tiene una particular determinante clínica de deterioro que puede ser señalada por el médico tratante, y que en el control periódico, realizado por el familiar, ayuda en el proceso de seguimiento; proceso evolutivo muchas veces inexorable, que con un adecuado sistema de vigilancia o control, permite las intervenciones preventivas y en algunos casos sólo paliativas, buscando siempre el bienestar del paciente.

Por otra parte, en la actualidad existen herramientas que ayudan a un autocontrol a través de indicadores biológicos fáciles de conocer (como las tiras reactivas de monitoreo, para conocer la glucosa en sangre o las proteínas en la orina), especialmente cuando se tiene la asistencia de un familiar.

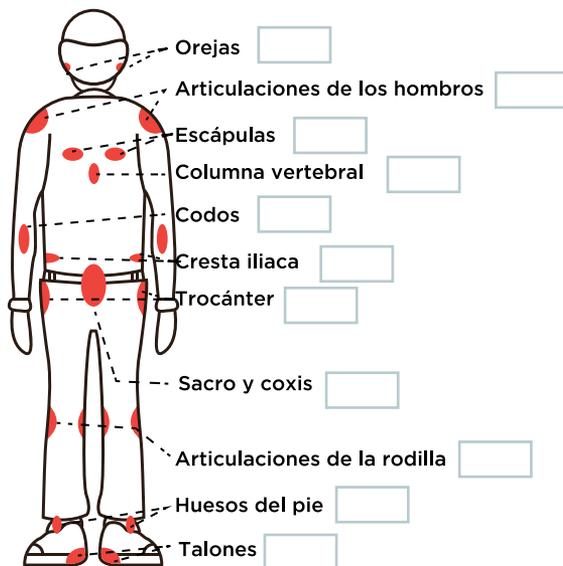
Indicadores biológicos de apoyo en el control periódico

Actividad/día	Fecha	Resultado	Observaciones
Glisemia capilar			
Triglicéridos séricos			
Proteinuria			

Comentarios:

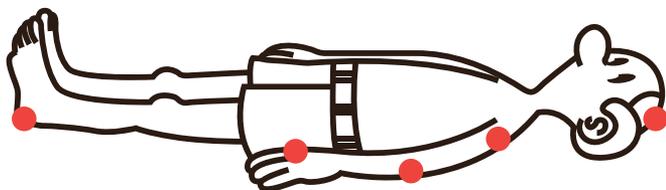
Observar la piel en los puntos marcados y señalar las características encontradas:

1. Enrojecimiento
2. Cambio de coloración
3. Edema
4. Dolor
5. Maceración
6. Úlcera superficial
7. Úlcera profunda
8. C/sangrado
9. C/secreción serosa
10. C/secreción purulenta
11. C/olor desagradable
12. C/color negruzco
- Normal (dejar en blanco)



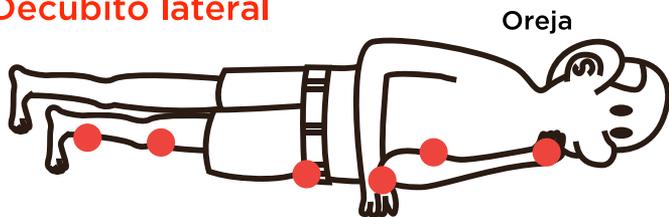
Observar la piel en los puntos marcados

Decúbito dorsal



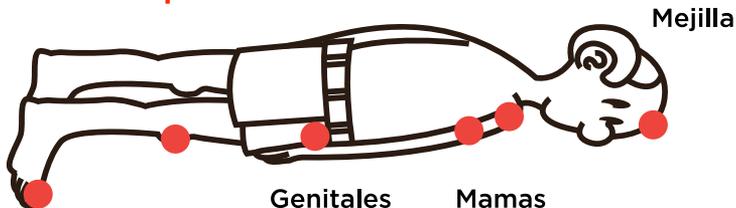
- Talones Sacro Codos Omóplato Cabeza

Decúbito lateral

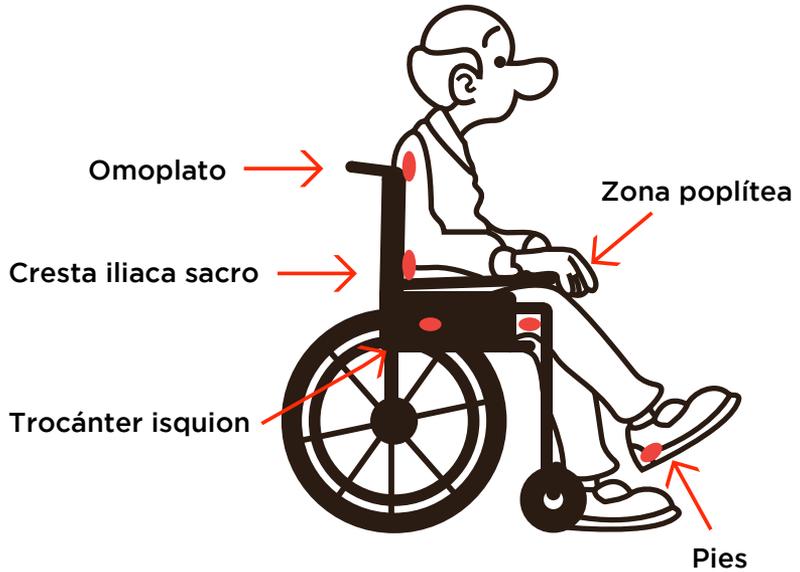


- Maleolo Cóndilos Trocánter Costillas Acromión

Decúbito prono



- Dedos Rodillas Genitales (hombres) Mamas (mujeres) Acromión



Estado mental		
	Observa	En horario de: _____ horas
Alerta		
Apático		
Confuso		
Estuporoso		
Comatoso		

Observaciones:

8. Intervenir para una adecuada nutrición

Reflexiones sobre lo que es la alimentación:

- La comida puede ser la más poderosa forma de medicina o la forma más lenta de veneno (Anne Wigmore).
- Comer es una necesidad, pero comer de forma inteligente es un arte (Rochefoucauld).
- Somos lo que comemos, pero lo que comemos nos puede ayudar a ser mucho más de lo que somos (Alice May Brock).
- Hoy en día, más del 95% de las enfermedades crónicas está causada por la comida, ingredientes tóxicos, deficiencias nutricionales y falta de ejercicio físico (Mike Adams).
- He visto pocos morir de hambre, de comer cientos (Benjamin Franklin).

- Dime lo que comes y te diré lo que eres (G.K. Chesterton).
- El agua es uno de los nutrientes más descuidados de tu dieta, pero es uno de los más vitales (Julia Child).
- Si llevas una dieta balanceada, consigues todas las vitaminas y minerales que necesitas y no necesitas suplementos, de hecho la sobredosis puede ser peor (Anónimo).
- Comer inteligentemente no sólo te hará más inteligente, es la cosa inteligente a hacer. Estarás en un riesgo mucho más bajo de necesitar confiar en doctores y medicinas para mantener tu salud (Anónimo).
- El doctor del futuro no tratará más al ser humano con drogas; curará y prevendrá las enfermedades con la nutrición (Thomas Edison).
- Si pudiésemos dar a cada individuo la cantidad adecuada de nutrición y ejercicio, ni muy poco, ni demasiado, habríamos encontrado el camino más seguro hacia la salud (Hipócrates).
- No tienes que cocinar comidas complicadas. Simplemente comida saludable de ingredientes frescos (Julia Child).
- No cabes tu tumba con tu propio cuchillo y tenedor (Proverbio inglés).
- Querer que un cuerpo funciona bien sin comer de forma saludable, es como esperar que un coche funcione con la gasolina equivocada (Anónimo).

Las personas mayores tienen tendencia a trastornos nutricionales favorecidos por el proceso de envejecimiento normal, que modifica órganos, aparatos, sistemas, secreciones digestivas y procesos que intervienen en la alimentación y digestión, por ende, en la nutrición.

Los adultos mayores, en gran número de casos, son dependientes de sus familiares quienes no siempre tienen los conocimientos, la sensibilidad y los recursos para proporcionarles una buena alimentación y nutrición adecuada.

Conforme pasan los años, las necesidades energético-calóricas disminuyen en forma general; así también, se incrementa la posibilidad de presentar enfermedades crónicas degenerativas que amplían su vulnerabilidad y en gran medida la necesidad de adecuación de su dieta.

Son frecuentes los casos de diarrea y constipación intestinal, que requieren la consulta con el médico tratante, sin embargo, existen algunas recomendaciones generales, en el caso de la diarrea, incrementar el consumo de líquidos, especialmente los hidratantes con electrolitos y evitar alimentos lácteos.

La familiar que cocina para su enfermo tendrá mejores resultados si toma en cuenta lo siguiente:

Amor por las personas para quienes prepara el alimento, creatividad, ingenio, sazón, limpieza, placer por cocinar, buena disposición para hacerlo, utensilios necesarios, tiempo y espacio, aprovechamiento de recursos disponibles, almacenamiento adecuado del alimento, conocimiento, educación nutricional, etcétera.

Beneficios de una adecuada nutrición:

- Pronta cicatrización.
- Fortalecimiento del sistema inmune.

- Disminuye el riesgo de contraer infecciones.
- Favorece la pronta reincorporación funcional.
- Mejora el estado anímico.
- Si la persona está hospitalizada, favorece un menor tiempo de internamiento.
- Puede contribuir en parte al tratamiento de la enfermedad.
- Retarda y/o mejora las complicaciones.

Recomendaciones generales para la alimentación de su enfermo.

- Si su familiar tiene restricciones o determinaciones dietéticas por un profesional del área de la salud, en apoyo a su enfermedad, seguirlas al pie de la letra.
- Utilizar la motivación necesaria como estrategia para que su familiar coma.
- Si su familiar está impedido para alimentarse por sí mismo, apoyarlo bajo la orientación profesional para cumplir con una adecuada nutrición y tener precauciones para evitar la broncoaspiración o el reflujo del alimento.
- Una persona enferma tiene reservas inmunológicas bajas, por lo tanto, es necesario extremar las medidas higiénicas en el proceso de preparación de los alimentos, así como de los utensilios e insumos empleados.
- Destinar un tiempo y lugar agradable para el consumo de alimentos en un ambiente cálido y con armonía, lejos de recriminaciones o regaños.
- Preferir el alimento fresco al procesado y con conservadores.
- Motivar la adecuada masticación (30 veces cada bocado).
- No olvide dar al alimento una presentación agradable a los sentidos.
- No adicione vitaminas o complementos alimenticios sin el conocimiento de su médico tratante y/o nutriólogo.
- Incluya de preferencia cinco frutas y verduras al día.
- Inspeccione los alimentos verificando que estén frescos (olor, color, textura, etc.).
- Consuma por lo menos 20 gramos de fibra natural al día (contenida en los alimentos).
- Prefiera alimentos bajos en grasa y azúcares refinados, por ejemplo, lácteos descremados o light; si consume queso, preferir el panela a otros como el manchego, oaxaca, etc., y si tiene intolerancia a la lactosa, evitar la leche o tomar la leche deslactosada.
- Prefiera la carne magra, es decir sin grasa y la carne blanca como pollo o pescado, evitando la carne de cerdo.
- Para guisar no use grasa de origen animal como la mantequilla o manteca de cerdo, prefiera aceites como el de oliva, de uva, cártamo, maíz o soya.
- Disminuya al máximo la sal de la comida y evite el alimento que se esté muy salado o en salmuera, así como sazónadores o condimentos con sal.

- Evite cárnicos procesados como salchichas o jamón.
- No consuma golosinas, dulces, chocolates, pastelillos o botanas chatarra.
- Evite los alimentos irritantes (como el picante) o muy condimentados.
- Cuando cocine para su enfermo hágalo con el mínimo de grasa evitando freír; prefiera los alimentos al vapor o a la plancha.
- Es recomendable hacer dieta fraccionada, es decir hacer cinco tiempos de comida en forma espaciada, que incluye las tres comidas más fuertes y dos “colaciones”.
- Ante dudas de qué alimentos puede proporcionar a su familiar enfermo o dudas con respecto a la dieta, forma de preparación o administración, siempre consulte a un profesional (nutriólogo).
- El líquido administrado debe ser agua (hervida o purificada), no refrescos, cumpliendo la determinación de líquido para cada paciente.
- No ofrezca bebidas alcohólicas.
- No dé té concentrado o café.
- No procure alimentos irritantes, picosos o muy condimentados.
- Evite la siesta para su paciente después de comer, de preferencia (si es posible) invítelo a caminar.
- Lleve un registro de indicadores antropométricos de su familiar, es de apoyo para su médico.
- Mantenga interés por conocer sobre aspectos de nutrición y elaboración de alimentos, un curso de cocina y nutrición adecuada, siempre ayudan.
- Pregunte a personas con más experiencia que usted, porque sus resultados son satisfactorios en la alimentación de su familiar enfermo.
- Lleve el control nutricional de su familiar con la asesoría médica. Es importante que el familiar tenga información nutrimental otorgada por personal capacitado como nutriólogo, médico, psicólogo, etcétera, sobre la dieta que se requiere.

1. Cuando alimente a su familiar no olvide:

- Destinar un tiempo (suficiente) y lugar adecuados: iluminado, ventilado, con temperatura apropiada, música suave, agradable).
- Mantenga el alimento presentable y con buena temperatura.
- Tenga a la mano servilletas o “babero” si tiene que hacerlo en la boca.
- Utilice platos, vasos y cubiertos (si es posible) limpios de color contrastante al alimento.
- Si considera necesario, utilice vasos herméticos y aditamentos que ayuden a sujetar mejor los contenedores de alimentos.
- Cuide en extremo la higiene de las manos.
- No favorezca que la persona hable mientras come.

2. **Identifique la textura adecuada de la condición del alimento (papilla, picado fino, grueso, puré, etc.) de acuerdo con lo indicado por el nutriólogo.**
3. **No proporcione bocados demasiado grandes, cuidando que la persona esté sentada con la columna recta o a 45°, si está encamado, y que permanezca en esta posición unos 30 minutos después de comer.**
4. **Si el paciente mastica, motivarlo que remuela 30 veces cada bocado, no lo apesure.**
5. **Si la deglución se dificulta para los líquidos, puede apoyar la hidratación con gelatinas o líquidos con aglutinantes que le proporcionen consistencia.**
6. **Una vez terminado el alimento no olvide hacer la limpieza de la cavidad oral.**
7. **Si el paciente requiere de una vía de alimentación diferente a la oral, solicite al profesional de la salud los lineamientos y cuidados específicos para apoyar en la alimentación y seguir las indicaciones.**

Es de enorme beneficio mantener una estrecha orientación con el nutriólogo, ya que existen muchas dietas y cada una de ellas requiere de una especificidad en los posibles lineamientos a seguir para su cumplimiento, por ejemplo, la dieta hiposódica (baja en sal), de líquidos claros (que provee líquidos y electrolitos y energéticos de baja digestión, con mínimo residuo intestinal), hipocalórica (baja en hidratos de carbono), hipoproteica (baja en proteínas), para el paciente colítico, el ulceroso, con insuficiencia hepática o renal, etc.

Por otra parte, es de utilidad llevar un registro sobre la alimentación; cada persona tiene características particulares, por lo que el familiar puede diseñarla de acuerdo con sus necesidades, por ejemplo:

Alimentación	3 veces al día y 2 colaciones	Déficit en el número de veces	Déficit en cantidad	Observaciones
Toma de líquido	50 ml sobre kilogramo de peso al día	Déficit de cantidad	Síntomas de deshidratación	Observaciones

No olvidar las leyes de la alimentación

- Completa comprendiendo todos los grupos de nutrientes.
- Suficiente en cantidad y determinación kilo calórica (determinada por el médico nutriólogo).
- Equilibrada en la proporción determinada para: azúcares, proteínas, grasa vitaminas, minerales, oligoelementos y agua.
- Adecuada a la condición de la persona, a la actividad física que realiza o a las condiciones especiales de su enfermedad.
- Higiénica, lo más limpia posible (tanto en su preparación como en su ministración).
- Presentable, que cause agrado a la vista, al gusto y a todos los sentidos.
- No adicionar vitaminas o complementos dietéticos si no se tiene el conocimiento y aprobación del médico tratante y/o nutriólogo.

Con frecuencia, una de las dietas indicadas es la dieta blanda. A continuación se da orientación sobre lo que comprende esta dieta:

Alimentos permitidos

- **Cereales y verduras harinosas:** Galletas de soda o María, pan blanco o dulce, tortillas, arroz, macarrones, purés o picadillos de papa y camote.
- **Productos de origen animal:** Res sin grasa visible, pollo sin pellejo, pescado, atún en agua, huevo duro, leche semidescremada (2% grasa) líquida o en polvo, leche agria light o yogurt.
- **Frutas según su tolerancia:** Papaya, plátano, limón dulce sin estopa y sin cáscara; manzana, pera, nectarina, melocotón y uvas.
- **Grasa:** Aceite para cocinar en pequeñas cantidades, margarina light en poca cantidad.
- **Vegetales:** Chayote, calabaza tierna, calabaza de castilla, zanahoria cocida, salsa de tomate (sin cáscara) y colado de vegetales.
- **Azúcares:** azúcar en pequeñas cantidades, jalea, miel de abeja.
- **Líquidos:** té de manzanilla, agua de fruta natural colada no ácida, agua de avena o de arroz colada, mozote, té de hierbas o de frutas, aguadulce, atole de leche light o con agua, jugo o néctar light de manzana, pera y melocotón.
- **Complementos** líquidos o en polvo como ensure®, enterex, glucerna y otros.
- **Módulos, fórmulas nutricionales** como proteinex y sustagen.

Alimentos no permitidos

- **Cereales y verduras harinosas:** Galletas chocolatadas o cremosas, plátano maduro y verde, leguminosas: frijoles, garbanzos, lentejas y chícharos.
- **Productos de origen animal:** Carne cerdo o carnero no magra, atún en aceite común (no de oliva), yema de huevo, grasas de origen animal, leche o sus derivados sin desgrasar como quesos, crema, nata o mantequilla, quesos duros con alto contenido de grasa, leche condensada y tocino.
- **Frutas:** Ácidas, con cáscara o estopa: naranja, mandarina, piña, sandía, mango (verde o maduro), melón, granadilla, guayaba, anona, guanábana, ciruela, fresas, moras, kiwi y colado de frutas de ciruela.
- **Grasa:** Natilla, queso crema, paté, aguacate, margarina, manteca.
- **Vegetales:** Coliflor, brócoli, pepino, repollo, lechuga, tomate con cáscara, rábano, betabel, zanahoria cruda, ejotes, hojas verdes (espinaca, acelga).
- **Azúcares:** Azúcar y dulces en general si es diabético.
- **Postres** de cualquier tipo y golosinas.
- **Líquidos:** Bebidas o jugos ácidos (artificiales, azucarados), jugo de uva o de mora, refrescos artificiales de paquete o gaseosas, chai, linaza, caldos de res o pollo desgrasados.

Nutrientes importantes para la cicatrización y la recuperación.

1. Proteínas

- a) Reposición de la masa muscular y reparación de tejidos.
- b) Restauración del volumen de sangre y proteínas en plasma.
- c) Resistencia a infecciones.

2. Calorías

- a) Reposición de pérdidas relacionadas con la fase catabólica en la fase posquirúrgica.

3. Agua

- a) Reposición de pérdidas en: transpiración, vómito, diarrea, líquido en heridas, micción, etcétera.

4. Vitamina C

- a) Favorece la cicatrización y la formación de colágeno.

5. Vitamina B1, tiamina, B2 riboflavina, B3 niacina

- a) Requisitos metabólicos (necesarios para la formación de anticuerpos).

6. Vitamina B12

- a) Anemia.

7. Vitamina K

- a) Coagulación: síntesis de protombina.

8. Hierro

- a) Anemia.

9. Zinc

- a) Cicatrización: necesario para la mitosis o producción de nuevas células y su reproducción, proceso útil en la reparación de las heridas.

Puede ayudar al médico a tener un mejor control nutricional del paciente, llevando a cabo los siguientes parámetros antropométricos:

- Peso diario o por lo menos cada semana (según sea la determinación de su médico).
- Conocer la circunferencia del abdomen y del antebrazo.
- Medición del pliegue abdominal.
- Llevar el record periódico de su índice de masa corporal.

Estos indicadores son fáciles de obtener con la asesoría del médico tratante. Tenga una báscula, una cinta métrica y un plicómetro como herramientas útiles en esta labor.

Grupos básicos de alimentos para adultos mayores

Nutriente básico	Fuentes de alimentos	Funciones
Proteínas	<p>Lácteos: leche (fresca, evaporada o en polvo), queso, yogurt.</p> <p>Leguminosas: habas, lentejas, soya, frijoles, garbanzo, entre otros.</p> <p>Carnes: carne de pescado, pollo, vísceras: hígado, riñón, corazón, huevos: gallina, pavo, pato.</p>	Ayudan en la formación y reparación de la piel, los órganos del cuerpo, músculos, cabellos, huesos y uñas; también ayudan a formar el sistema de defensa contra las enfermedades infecciosas.
Carbohidratos	<p>Cereales: arroz, trigo, avena, cebada, maíz, harina de trigo y productos derivados de éstos (pan, fideos, hojuelas, etc.).</p> <p>Tubérculos: papa, camote, yuca.</p> <p>Azúcares: azúcar granulada o en polvo, miel.</p>	Dan fuerza y energía para realizar las actividades diarias (trabajar, caminar, estudiar, otros).
Grasas	<p>Aceite de soya, aceite de maíz, aceite de olivo, cártamo, girasol, uva, etc.</p>	Aportan parte de las energías que el cuerpo necesita; ayudan a formar grasa alrededor de los órganos del cuerpo para protegerlos y participan en la formación de los tejidos nerviosos.
Vitaminas y minerales	<p>Frutas: naranja, mandarina, limón, piña, fresa, lima, papaya, mango, carambola, melón, ciruela, melocotón, coco, sandía, uva, tuna, otros.</p> <p>Verduras: espinaca, acelga, brócoli, calabaza, zanahoria, coliflor, col, tomate, pimiento, cebolla.</p> <p>Otros alimentos: carnes rojas, hígado, mariscos, nuez, germen de trigo (contienen zinc). Frijol soya, nuez seca, plátano, yogurt, carnes (contienen magnesio). Hígado, riñón, productos lácteos, carne, huevo (contienen vitamina B6).</p> <p>Protegen de las enfermedades (vitaminas: A, B,C, etcétera).</p>	Ayudan a utilizar mejor la energía que proporcionan los alimentos: ayudan a resistir mejor las infecciones y a mantener la piel, la vista y las encías sanas, así como los huesos fuertes.

9. Mantener la higiene del sueño

El dormir representa la tercera parte de nuestra vida, una persona de 60 años ha pasado 20 de esos años durmiendo, en el dormir existe una disminución de nuestro estado de conciencia y reactividad, asociado a la inmovilidad y relajación muscular; en este proceso reversible con periodicidad circadiana, se desarrollan funciones orgánicas diferentes pero muy importantes, relacionadas con biorritmos reguladores, en los que se producen sustancias como neurotransmisores y hormonas necesarias para diversos aspectos como la recuperación energética, consolidación de la memoria, eliminación de radicales libres acumulados durante el día, regulación y restauración de la actividad eléctrica de la corteza cerebral, regulación térmica, metabólica y endócrina, mantenimiento de la homeostasis sináptica, además de apoyar la activación inmunológica, lo que ayuda a tener una función restauradora que proporciona un estado de bienestar y salud integral.

Cuando no se duerme bien, es decir, cuando se tienen alteraciones del sueño como: insomnio, ronquidos, somnolencia diurna, apnea, narcolepsia, síndrome de piernas inquietas, epilepsia, sonambulismo, bruxismo, pesadillas, terror nocturno, “diálogos nocturnos” o dolores, no puede darse cumplimiento a las necesidades de la vida que exigen atención, aprendizaje, memoria, concentración, control o buen estado de ánimo, ya que estos aspectos se ven interferidos por el mal dormir.

Es necesario retomar la idea de que una buena salud amerita dar atención a los trastornos del sueño; muchas veces el mal dormir se considera un hábito sin repercusión importante y se deja de lado.

Actualmente hay clínicas y profesionales especializados en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño, utilizando recursos y diagnósticos como: polisomnografía, hipnosis, dispositivos electromagnéticos sobre el cráneo, actigrafía y el diario del sueño entre otros, recursos con los que se logra un diagnóstico específico orientado a la aplicación de un tratamiento integral.

Sin embargo, es conocido que una buena parte de las personas que presentan trastornos del sueño se ven beneficiadas por la llamada higiene del sueño, donde se incluye lo que a continuación se enlista y que puede ser de apoyo para su familiar.

Basta mencionar como ejemplo los estudios de investigación que indican cierto grado de dependencia cuando se consumen 100 ml de café diario en un lapso de 3 a 7 días a la semana, acción con la que se obtiene:

- Postergación de la hora del sueño.
- Disminución de la duración total del sueño.
- Aumento de la actividad motora en el sueño.
- Disminución de ondas lentas sin afectar el sueño.

Higiene del sueño

- No permita que su familiar se desvele.
- Evite las siestas diurnas, especialmente después de comer.
- Si ve la televisión, procure que sea un contenido edificante.
- Evite que la televisión se encuentre en la recámara y le sirva como “arrullo”.
- Procure durante el día una terapia ocupacional que mantenga ocupado a su familiar y le retribuya en su autoestima.
- Procure que tome un baño relajante antes de dormir.
- Evite el consumo de alimento abundante antes de dormir.
- Evite que consuma: café, bebidas alcohólicas, chocolate o té concentrado, especialmente si es té verde o de mate de coca antes de dormir.
- Evite el mayor consumo de agua o líquidos por la tarde, especialmente si su familiar toma diuréticos.
- En caso de que su familiar presente incontinencia de esfínteres, haga el cambio frecuente de pañal, manteniéndolo seco y con la ropa de cama limpia, evitando pliegues o arrugas.
- Considere una buena iluminación y temperatura en la habitación del enfermo para que esté en nivel confortable.
- Prefiera abrigarlo con ropa térmica y/o de algodón si hace frío, en lugar de utilizar calefactores de ambiente.

- Si su familiar no puede movilizarse por sí mismo, apóyelo con cambios frecuentes de posición, utilizando recursos como almohadillas o cojines que le permitan estar cómodo.
- Si es por indicación médica, dé fármacos inductores del sueño.
- Si el familiar se basta por sí mismo para acudir al sanitario por la noche, apóyelo para una deambulación segura, con el fin de evitar caídas.
- Como medida preventiva, siempre tenga a la mano su directorio con los teléfonos de emergencia.
- Si su familiar padece de sonambulismo, no lo despierte, sólo cuide que no tenga riesgos al caminar, es posible que en breve tiempo regrese a su cama y continúe su ciclo de sueño.
- Si su familiar presenta terror nocturno consulte al médico y adopte medidas preventivas de seguridad, en un ambiente libre de objetos que signifiquen un riesgo como los punzocortantes y siga las indicaciones del médico tratante.

IO. Prevención de enfermedades respiratorias

1. Lave frecuentemente las manos tanto de la persona enferma como de quien lo atiende, por ejemplo:
 - Después de saludar a varias personas.
 - Después de tomar o contar dinero.
 - Antes de cocinar.
 - Antes de comer y después de ir al baño.
 - Después de estornudar o toser, límpieme la nariz.
2. Use de preferencia agua corriente y jabón, en caso de no tener esa posibilidad, utilice gel antibacterial.
3. Mantenga un orden y limpieza, especialmente donde se encuentra el familiar enfermo.
4. Mantenga en bolsas cerradas los pañuelos desechables, algodones, gasas, material de curación u otro material contaminado y tírelo a la basura frecuentemente.
5. Si no hay contraindicación médica, apoye al paciente con fármacos de acción preventiva como vitamina C u otros avalados por el médico tratante, contra las infecciones respiratorias.
6. Cumpla con el esquema de vacunación (antigripal y neumonía).
7. Ante señales como tos, disnea, expectoración, escurrimiento nasal, ojos llorosos o malestar general como síntomas de inicio o exacerbación de los ya existentes, acuda al médico.

8. No permita la automedicación, ya que podría traer riesgos como enmascarar síntomas, retardar un apropiado tratamiento y un oportuno diagnóstico.
9. En tiempo de frío, evite el calor ambiental por fuentes de carbón o leña, para soslayar el riesgo de intoxicación por monóxido de carbono.
10. Si utiliza calefactores de ambiente con corriente eléctrica, supervise su buen funcionamiento, dé mantenimiento periódico y manténgalos a distancia prudente de personas y de elementos flamables, evitando corrientes de aire frío y cambios bruscos de temperatura.
11. Evite que su familiar permanezca mucho tiempo en cama o sentado, si es factible, brinde su apoyo para caminar y/o hacer ejercicio, siempre con la asesoría profesional necesaria y precaución debida.
12. Dé masaje en tórax posterior para estimular la circulación sanguínea y evitar el acumulo de flemas.
13. Incremente el consumo de líquido hasta el límite permitido por su médico, evite la deshidratación.
14. Reciba orientación y motive en su familiar la práctica de ejercicios respiratorios.
15. Si su familiar tiene tos húmeda (con flemas), motive su expectoración y evite que las degluta.
16. Promueva una sana alimentación en periodos de agudización de enfermedades.
17. Estimule el buen ánimo de su familiar, la depresión baja todavía más las defensas. Si recibe medicación con antibióticos u otros fármacos, cumpla la determinación médica del tiempo establecido para el consumo, aun cuando exista mejoría en los síntomas.

11. Prevención de caídas y formación de escaras por inmovilidad

- Su paciente debe realizar ejercicio físico programado (previa valoración y determinación médica) para fortalecer piernas, brazos y mejorar el equilibrio, los reflejos y la postura corporal.
- Busque controlar los estado de depresión, ansiedad e insomnio de su familiar.
- Si su familiar padece parkinson, demencia, secuelas de enfermedad vascular cerebral u otros padecimientos que limiten su movilidad, no lo deje solo cuando tenga la necesidad de moverse.
- Tenga precaución en la ministración de medicamentos, especialmente los que actúan a nivel del sistema nervioso central como tranquilizantes, inductores del sueño, benzodiazepinas, antihipertensivos y antiinflamatorios.
- En caso necesario, valore la asistencia de un ortopedista.

- Evite las barreras arquitectónicas (desniveles, escaleras, etc.).
- Procure brindar una buena iluminación ambiental.
- Si lo requiere, provéale de bastones, andaderas entre otros.
- Evite dejar objetos tirados en el piso (juguetes, tapetes sueltos, etc.).
- Elimine las superficies resbalosas o no homogéneas como caminos pedregosos.
- Procure barandales, pasamanos y barras sujetadoras en los lugares que lo ameriten como baño, escaleras, pasillos, etcétera.
- Vigile que su paciente utilice zapatos cómodos de horma ancha, piel suave, suela antiderrapante o similares.
- Evite el sobrepeso y el descontrol de los padecimientos diagnosticados que lleven a la pérdida de funciones orgánicas.
- Mantenga una adecuada alimentación en su paciente.
- Gestione la revisión periódica visual y auditiva del médico especialista, cuando no existe una enfermedad diagnosticada.
- Ante una caída valore las circunstancias que intervinieron y si existe una emergencia actúe de inmediato.

Cómo evitar la formación de úlceras (escaras) por inmovilidad

- Mantenga la piel limpia, seca y lubricada.
- Cambie con frecuencia la posición (cada 2 ó 3 horas) de la persona encamada.
- Reemplace con frecuencia el pañal en caso de incontinencia fecal o urinaria, con una limpieza adecuada y evitando la humedad o rosaduras en la piel.
- Utilice superficies de alivio de presión (almohadas, colchones, cojines, botines, etc.) bajo orientación individualizada.
- Evite la fricción y el deslizamiento de la piel.
- Evite las arrugas en la ropa de cama y consérvela limpia.
- Evite elementos que limiten la circulación sanguínea (calcetines apretados, ligas, fajas, etcétera) o ropa que estorbe y presione.
- Dé una adecuada alimentación bajo lineamiento médico y/o nutricional.
- Para mejorar la circulación sanguínea, dé un masaje en las zonas sin lesión.
- Procure el ejercicio físico asistido bajo lineamiento médico.
- Revise los puntos marcados en el esquema corporal, para identificar la aparición de escaras lo más temprano posible. Dé aviso al médico.
- Los puntos anteriores, inclúyales en la persona que permanece en silla de ruedas.

Pacientes que están más expuestos a la presencia de escaras por inmovilidad:

Ser adulto mayor, que utilice fármacos como corticosteroides o citostáticos, con obesidad, incontinencia fecal o urinaria, trastornos de sensibilidad cutánea, diabetes mellitus, enfermedades psiquiátricas, cáncer en estadio avanzado, fracturados (especialmente de fémur); con enfermedad restrictiva del flujo aéreo (EPOC), enfermedades de la piel, anemia, lesiones medulares, insuficiencia venosa, alzheimer en estadio III, esclerosis múltiple, insuficiencia cardíaca o renal en estadio avanzado.

Clasificación de las escaras:

- A. Estadio I.** Úlcera superficial con aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial, disminución del grosor de la epidermis, dermis o ambas.
- B. Estadio II.** Úlcera marginal diferenciada con exudado y bordes bien definidos, pérdida total del grosor de la piel que indica lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
- C. Estadio III.** Lesión que abarca hasta el músculo, hueso y articulación.

En cuanto se identifiquen cambios en la piel, sugerentes de escara, acuda al médico, solicite la asesoría de cuidados y el tratamiento particular.

Movilidad del paciente

1. Posturas

a. Decúbito supino (boca arriba)

- Cabeza apoyada en la almohada, cuello y columna bien alineados.
- Almohada debajo del hombro y brazo, mano en pronación, con dedo pulgar siempre separado.
- Almohada debajo de la pelvis, además de otra situada a un lado externo, para evitar la rotación externa.
- Puede colocarse una almohada al final de la cama, para que levante las mantas y éstas no rocen los pies del enfermo, pero con cuidado, para que alcance con la planta de los pies (como solía recomendarse antes) y evite el equino, ya que aumentaría la espasticidad.

Decúbito supino
(boca arriba)



b. Decúbito lateral lado sano

- La cabeza descansa sobre la almohada.
- El miembro superior hemipléjico descansa en elevación de 90° sobre un almohadón grande que debe abarcar todo el brazo hasta la axila y mantener la cintura escapular a la misma altura que el tórax.
- Otra almohada debajo de la escápula del lado sano.
- Los miembros inferiores separados por una almohada y en semiflexión, la pierna hemipléjica algo adelantada, cuidando que no salga del borde y cuelgue en supinación.

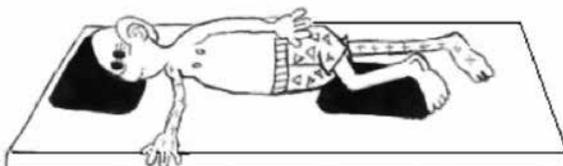
Decúbito lateral
lado sano



c. Decúbito lateral lado enfermo

- Cabeza en posición estable, ligeramente más elevada sobre la almohada que el tórax.
- El miembro superior hemipléjico está desplazado hacia delante en un ángulo no superior a 90° con el cuerpo (puede descansar sobre una almohada). La escápula debe mantenerse en protracción (favorecida por el peso del cuerpo del paciente).
- El miembro superior sano descansa sobre su cuerpo o sobre la almohada que tiene detrás.
- El miembro inferior sano descansa sobre una almohada, flexionando a la altura de la cadera y la rodilla (a unos 80°).
- El miembro inferior hemipléjico se mantiene en extensión de la cadera y ligera flexión de la rodilla.

Decúbito lateral
lado enfermo



2. Premisas:

- No hacer daño al enfermo.
- No mover todo el cuerpo del enfermo a la vez, sino desde las zonas más resistentes (cabeza, tronco, extremidades y pelvis), dejando libres las regiones más móviles (cintura escapular y pélvica) para que el paciente nos ayude.
- Mantener el cuerpo del enfermo alineado, desplazándolo en varios movimientos hasta llegar a la postura final.

Las movilizaciones más frecuentes que se realizan en la cama son:

- Giro desde un decúbito al otro (volteo).
- Desplazamiento lateral.
- Sentar al enfermo al borde de la cama.

3. Volteo:

- El cuidador, desde el lateral de la cama, sitúa cada parte del cuerpo en dirección al movimiento.
- Atrae hacia él la pierna alejada tirando desde la cadera; y le pide al enfermo que agarre su brazo para dirigirle en la dirección del movimiento.
- El paciente debe colaborar para que su cuerpo acompañe al movimiento que realiza el cuidador y se desplace.

Volteo



4. Desplazamiento lateral

a. Si el paciente colabora:

- Empezamos movilizándolo la parte superior del cuerpo. Pedimos al paciente que mire hacia nosotros, le abrazamos el hombro alejado para que el tronco gire sobre el hombro cercano para mover las piernas, ponemos nuestras manos bajo su pelvis desplazándola 90°, moviendo la pierna cercana y alineando la alejada.

b. Si no colabora:

- La solución más fácil para conseguir que el paciente se acerque al borde de la cama, es colocar una sábana transversal bajo su cuerpo para que quede colgando por los bordes laterales. Para desplazarlo se tira del borde hacia donde queremos atraerlo.

5. Sentar al paciente en el borde de la cama

- El paciente se encuentra justo al borde lateral. Debemos sacar sus piernas flexionadas al nivel de la rodilla, para que las mantenga colgando.

- Con una mano llegamos a la espalda del paciente pasando por debajo de su cuello, la otra la metemos debajo de su axila y le pedimos que nos agarre la espalda.
- La movilización no consiste en tirar hacia arriba del tronco del paciente, sino en desplazar su parte superior, mientras las piernas alcanzan el suelo.
- Una vez que esté sentado debemos acomodarlo.

**Sentar al paciente
en el borde
de la cama**



6. Sentar correctamente al paciente en la silla, sofá, etc.

- El paciente que no tiene control sobre su cuerpo se desliza hacia delante, arqueando toda su columna y quedándose en una postura incómoda. Para enderezarlo, intentaremos ayudarle a que deje caer el peso de su cuerpo sobre una cadera y sobre la otra, para que su espalda quede pegada a la silla. Con el brazo sano, él debe apoyarse sobre la silla haciendo fuerza para levantarse.
- Como medida de seguridad, nuestros pies se enfrentarán con los suyos y sus rodillas quedarán entre las nuestras, a modo de freno.
- La movilización consiste en inclinar al paciente hacia un lado mientras movemos el contrario en dirección al respaldo de la silla, hasta colocarlo en una posición adecuada.

**Sentar correctamente
al paciente en la
silla, sofá, etc.**



- La movilización opuesta consiste en adelantar al enfermo hasta el borde de la silla. La forma de hacerlo es similar, debemos alinear al paciente para trasladarle desde sus glúteos al borde de la silla mediante inclinaciones laterales y cambios de peso, mientras adelantamos sus piernas.
- Esta movilización es necesaria para la transferencia de sedestación a bipedestación y para trasladarle de la silla a la cama, etc.

Transferencias: Implican un cambio de plano y de superficie de apoyo, por lo que podrían resultar más complejas, pero si se realizan correctamente no conllevan ninguna dificultad.

Las transferencias habituales son:

- Pasar desde sedestación a bipedestación.
- Pasar desde bipedestación a sedestación.
- Pasar desde una superficie a otra desde la posición de sentado.

De sedestación a bipedestación

- Lo principal: el paciente debe situarse lo más cerca posible del borde del asiento.
- Para que le resulte más fácil levantarse, el enfermo debe tener sus pies separados (uno delante, el otro un poco por detrás) como si quisiera dar un paso.
- Nos ponemos delante de él, con sus rodillas entre las nuestras. Colocamos una mano a la altura del hombro y la otra en la pierna y el paciente nos agarra de los costados (nunca del cuello).
- Le pedimos al paciente que se incline hacia delante mientras nos balanceamos hacia atrás para que se incorpore. Nuestros pies servirán de freno.

De sedestación a bipedestación



De bipedestación a sedestación

Esta transferencia tiene una dificultad añadida: el paciente no ve la silla, tenemos que empezar ayudándole a caminar hacia atrás, trasladando el peso de su cuerpo de un lado a otro, hasta que sus piernas contacten con el asiento. Situamos una mano en la espalda del paciente y la otra en su pelvis y le pedimos que nos agarre de los costados. Nuestras rodillas frenan las suyas como protección; entonces le pedimos que se deje caer hacia la silla flexionando sus piernas. Nosotros debemos acompañar el movimiento.

Si queda mal colocado, realizamos el enderezamiento en sedestación.

De una superficie a otra en sedestación.

- Combina las transferencias anteriores.
- El paciente está sentado en el borde de la silla con las piernas flexionadas y un pie adelantado respecto del otro. Nos encontramos delante, con nuestras rodillas frenando las suyas.
- Colocamos una mano en su cadera y la otra en su espalda. Le pedimos que se incline hacia delante lo que pueda.
- Ahora nos colocamos entre él y la cama, le acercamos hasta el borde ayudándole a que cambie el peso de un hemicuerpo al otro para desplazarse hacia atrás. El paciente se deja caer hacia la cama, entonces le ayudaremos a acostarse.

Enderezamiento en sedestación



Ejercicios en sedestación

Girar hacia un lado y otro.



Inclinar el tronco hacia delante.



Levantar las nalgas de la silla.



Mover los hombros.



Levantar la pierna en extensión.



Levantar los pies del suelo.



Ejercicios en bipedestación

Levántate con una barra o apoyarse en una mesa.



Subir la rodilla.



Cambiar el peso de una pierna a la otra.



Llevar el pie hacia delante y hacia atrás.



Levantar la pierna a un lado.



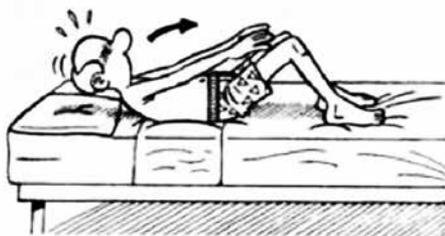
Puntillas y talones.



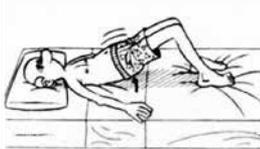
En decúbito para el miembro inferior

Fortalecimiento de los abdominales: intentar llevar el tronco hacia las rodillas

Abdominales.



Girar las piernas hacia un lado y hacia el otro.



Levantar el tronco de la cama.

Mover los pies: Con la pierna estirada.



Apretar el cojín hacia la cama.

En decúbito para el miembro superior

Agarrar con la mano sana la muñeca hemipléjica.

Levantar el brazo hemipléjico hasta la extensión completa de codo.



Llevar el brazo hemipléjico hasta la cabecera de la cama y volver a la posición inicial.

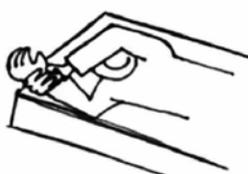
Agarrar con la mano sana la muñeca hemipléjica.

Levantar el brazo hemipléjico hasta la extensión completa de codo.



Llevar el brazo hemipléjico hasta el tórax del lado sano y volver a la posición inicial.

Coger el brazo hemipléjico, que se encuentra en 90° de abducción de hombro y 90° de flexión de codo.



Sin despegar el brazo del colchón, llevarlo hacia atrás, hacia la cabeza.

Flexionar el codo hasta la altura del hombro.



Extender el codo tirando de la mano hacia arriba.

Coger la muñeca hemipléjica con el brazo apoyado sobre el colchón y el antebrazo descansando sobre el tórax.



Realizar una pronosupinación del antebrazo. Sin mover el codo con la mano sana, girar la muñeca en un sentido y en el otro.

Coger la muñeca hemipléjica con el brazo apoyado sobre el colchón y el antebrazo descansando sobre el tórax.



Realizar una extensión de los dedos y de la muñeca.

Desde la posición anterior, movilizar el pulgar en todos sus movimientos posibles.



Recomendaciones generales para todos los ejercicios:

- Realice los ejercicios sin agotarse, tantas veces como pueda.
- Procure mantener unos segundos cada posición.

12. Aplicar la motivación para evitar estados depresivos y ansiedad

La depresión es un estado en el que la persona presenta síntomas y signos como los que a continuación se enlistan. Puede surgir espontáneamente sin una causa especial, sin embargo, la mayoría de las veces hay un elemento desencadenante como la tensión emocional causada por circunstancias que parecen que rebasan nuestra capacidad adaptativa, una de ellas es la presencia de enfermedad en algún familiar.

Signos y síntomas que orientan a la detección de un estado depresivo:

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.
- Inestabilidad emocional con fácil tendencia al llanto o al enojo incontrolado e injustificado.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso del tiempo para dormir o permanencia en la cama.
- Cambio significativo en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Cansancio y falta de energía aun sin justificación.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- Dificultad para concentrarse.
- Movimientos lentos o rápidos.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.
- Pérdida del placer en actividades que solían hacerlo feliz, incluso la actividad sexual.
- Desinterés en actividades sociales acostumbradas.

Ante estas situaciones, se sugiere acudir al médico para recibir un tratamiento profesional. En forma paralela, seguir las siguientes recomendaciones:

Haga ejercicio físico: esta actividad eleva la producción de endorfinas, sustancias producidas por el cerebro que ayudan a sentir alegría y bienestar. Este beneficio es mayor si la práctica es rutinaria (mejor diariamente), en forma grupal y en contacto con la naturaleza.

Comparta las emociones: hágalo con alguien confiable y con la madurez suficiente para recibir un buen consejo “una pena compartida es una pena diluida”.

Escriba en un cuaderno los pensamientos negativos o las preocupaciones; es una manera de liberarlos, además, no daña a otras personas.

Ore con fe, busque refugio en un ambiente religioso donde encuentre la paz y la cercanía con Dios.

Comprométase con un grupo de apoyo y participe con su ayuda a los demás, por ejemplo, de protección al ambiente, catequesis, etcétera.

Mantenga su mente ocupada en actividades y pensamientos positivos, sea creativo, desarrolle ideas, concrete sueños.

Aprenda a pasar el tiempo en soledad, no en desolación, dele un valor positivo a este tiempo; lea, vea una película agradable, escuche música, entre otros.

Haga un espacio para viajar, conocer lugares nuevos o recordar los viejos que le agradan.

Tenga una mascota, aun cuando sea pequeña y le lleve poco esfuerzo su cuidado, el observarla le dará sensación de vida.

Haga un registro de actividades de lo que ha hecho en beneficio propio y de los demás; esto le dará un valor especial.

Incrementa su sentido del humor, ría de un chiste, una película, suelte el estrés.

Conviva con amigos, recuerde los buenos momentos compartidos, disfrute los nuevos.

Aprenda a respirar, haga ejercicios de respiración, aprenda yoga u otra disciplina que lo favorezca.

Juegue con los niños, comparta su alegría.

Ría, sea optimista.

13. Realizar actividad física

Su familiar recibirá enormes beneficios con las actividades físicas programadas, especialmente si las realiza de manera constante, sistemática y controlada.

En el aspecto social, facilita la relación intergeneracional y aumenta los contactos sociales, brinda una sensación de bienestar. El ejercicio intenso y sin control es contraproducente en los adultos mayores.

Mejor:

Ejercicio aeróbico programado con determinación de intensidad, periodicidad y volumen de entrenamiento; no con la finalidad de competir.

El ejercicio programado es benéfico para el adulto mayor sano, enfermo o discapacitado. No tiene restricciones por edad, sexo, grupo étnico, economía, etcétera; aún los hospitalizados, por ejemplo o los infartados, si se incorporan a la rehabilitación funcional lo más temprano posible, su expectativa de recuperación es mayor.

El ejercicio puede hacerse de 3 a 4 veces por semana, con una duración de 20 a 30 minutos y con intensidad al 80 por ciento.

La caminata y trote mejora la capacidad aeróbica. El consumo máximo de oxígeno es de 24 por ciento en hombres y 21 por ciento en mujeres.

Seleccionar el ejercicio idóneo y de preferencia, para favorecer el apego, puede ser: caminata, paseos, trote en pista suave, cachibol, natación, tai-chi, yoga, bicicleta, baile de salón, juegos, etcétera.

Es recomendable en forma general, para los adultos mayores, realizar a la semana 150 minutos de ejercicio físico aeróbico de moderada intensidad. En adultos mayores con historia de ejercitación, es recomendable ampliar a 300 minutos a la semana.

Beneficios

- Aumenta la esperanza de vida saludable.
- Favorece la longevidad.
- Nos hace más ágiles y con mayor atención sensorial.
- Incrementa y preserva la función cognitiva.
- Amplía la aptitud funcional y mejora los reflejos O.T., cápsulas y membranas sinoviales, mejorando la función articular.
- Disminuye la fatiga.
- Mejora el esquema corporal
- Disminuye la T.A. (tanto la sistólica como la diastólica) y el riesgo coronario.
- Aumenta la capacidad diastólica máxima y la contracción del músculo cardíaco.
- Disminuye las contracciones ventriculares prematuras.
- Disminuye los accidentes cerebrovasculares.
- Ayuda al control de la diabetes mellitus.
- Previene y mejora los estados depresivos y la ansiedad.
- Eleva la autoestima.

14. Valorar el déficit de la capacidad funcional cerebral y el apoyo para un menor deterioro en la enfermedad de Alzheimer

Con el envejecimiento se presentan modificaciones cerebrales tanto estructurales como funcionales, que dan como resultado déficit cognitivo no suficientemente importante como para recibir el diagnóstico de demencia, pero están asociados con una alta probabilidad de conversión en el futuro a un síndrome demencial conocido como “deterioro cognitivo incipiente” u “olvido senil benigno”.

En este caso es necesario un diagnóstico temprano para aplicar los recursos terapéuticos disponibles, así también, efectuar un seguimiento del grado de deterioro en relación con tiempo en el paciente ya identificado como portador de algún tipo de demencia degenerativa, como la enfermedad de Alzheimer.

Es útil considerar las escalas de valoración validadas, recurso necesario en este objetivo como los que a continuación se presentan:

Escalas de valoración mental - Mini mental status examen (Folstein)

Orientación: (0- 10).

Temporal:

fecha (1) __ mes (1) __ día (1) __ año (1) __ estación (1) __

Espacial:

lugar (1) __ piso (1) __ ciudad (1) __ comunidad (1) __ país (1) __

Repetición inmediata: (0-3)

“Le voy a nombrar 3 palabras”.

Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en un minuto más.

Número de repeticiones: _____ (máximo 6 veces en total).

Atención y cálculo: (0-5)

Disminuir de 7 en 7, a partir del número 100.

Serial 7: (100 - 7) 93 (93-7) 86 (86-7) 79 (79-7) 72 (72-7) 65
(Palomear cada respuesta correcta).

Deletrear mundo al revés: o __ d __ n __ u __ m __
(Anotar el mejor puntaje).

Memoria (0-3)

Pedir que repita 3 palabras, dar un punto por cada respuesta correcta.

Lenguaje (0- 9)

Nombrar un lápiz ___ y un reloj ____

Repetir una frase

Orden:

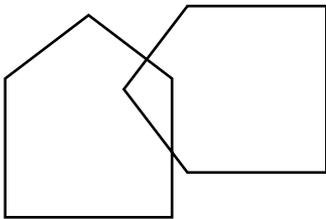
“Tome este papel un su mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo”.

Leer y obedecer: “Cierre los ojos”.

Escribir una frase

(sujeto, verbo, predicado).

Copiar pentágonos



Puntaje total: ____/30

MMSE

1. ¿Qué día de la semana es hoy? _____
2. ¿Cuál es la fecha de hoy? _____
3. ¿En qué mes estamos? _____
4. ¿En qué año estamos? _____
5. ¿Qué dirección es ésta? _____
6. ¿En qué país vivimos? _____
7. ¿En qué ciudad estamos? _____
8. ¿Cuáles calles están cerca de su domicilio? _____
9. ¿En qué piso estamos? _____

Repita después de escuchar las siguientes palabras:

11. Árbol
12. Mesa
13. Avión

No las olvide porque se las preguntaré después.

14. Mostrar un objeto, ¿qué es esto? _____

15. Después de mí, repita la frase: “tres perros en un trival”.
16. Lea lo que dice y hágalo: “cierre los ojos”.
17. Mire la ilustración e imite a quien está en ella.
18. Le voy a dar un papel, tómelo con la mano derecha, dóblelo con ambas manos a la mitad y colóquelo sobre las rodillas.
19. Escriba una oración en este papel: (sujeto verbo y complemento).
20. Copie bien los dibujos en el mismo papel (círculos y pentágonos).

¿Qué objetos le pedí que recordara?

21. Árbol
22. Mesa
23. Avión
24. Mencione el nombre de su esposa.
25. Mencione cuantos hijos tuvo.
26. ¿Tiene alguna mascota? ¿cómo se llama?
27. ¿Qué distancia existe desde donde está sentado y hasta la puerta?
28. ¿Cuándo pasea por el vecindario encuentra solo el camino a casa?

PFAQ (cuestionario de actividades funcionales)

1. ¿Maneja su propio dinero? _____
2. ¿Hace compras solo? _____
3. ¿Es capaz de calentar agua para café? _____
4. ¿Es capaz de apagar la estufa? _____
5. ¿Es capaz de preparar comida sencilla? _____
6. ¿Se mantiene al tanto de acontecimientos actuales de su entorno? _____
7. ¿Es capaz de discutir sobre un programa de radio o una revista? _____
8. ¿Es capaz de recordar compromisos o acontecimientos familiares importantes?

9. ¿Maneja por sí mismo sus medicamentos? _____
10. ¿Pasea por el vecindario y encuentra solo el camino de regreso a casa? _____
11. ¿Saluda adecuadamente a sus amigos? _____
12. ¿Puede ser dejado en casa en forma segura? _____

Apgar familiar

- Estoy contento de pensar que puedo contar con mi familia en busca de ayuda, si algo me preocupa.
- Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.
- Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.
- Me satisface el modo que tiene mi familia para expresar su afecto y cómo responde a mis emociones como cólera, tristeza o amor.
- Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.

GDS (escala de deterioro global)

1. ¿Se siente básicamente satisfecho con su vida?
2. ¿Se aburre con frecuencia?
3. ¿Se siente útil frecuentemente?
4. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de acudir a hacer cosas nuevas?
5. ¿Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada?
6. ¿Siente que su vida está vacía?
7. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
10. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades pasadas?
11. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría de personas?
12. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?
13. ¿Se siente lleno de energía?
14. ¿Siente que su situación es desesperada?
15. ¿Siente que la mayoría de la gente está mejor sin usted?

Las siguientes son acciones que pueden ayudar a preservar la capacidad funcional mental, incrementando su plasticidad, arborización dendrítica, irrigación sanguínea, oxigenación cerebral, lo que es bueno en la persona en riesgo y aplicable también aunque con enfoque, más bien paliativo, en la persona que cursa ya un proceso demencial.

Recomendaciones para apoyo en etapas iniciales de la enfermedad de Alzheimer:

Armar rompecabezas, construir con legos, colorear láminas o completar palabras; ordenar frases, describir y ordenar procesos, nombrar números con una secuencia, copiar dibujos, contar historias cortas con una base temática, realizar ejercicios de coordinación espacial con segmentos corporales, contestar adivinanzas, identificar personajes

históricos por pistas, asociar palabras con su contenido, encontrar diferencias entre dibujos semejantes en observación rápida, contar chistes, hacer tareas aritméticas, rezar lo aprendido en otro tiempo, escuchar música agradable, considerar el efecto Mozart, fabricar manualidades, desarrollar conceptos, interpretar y completar letras de canciones, encontrar la salida en laberintos, utilizar con las manos la pinza fina y gruesa, discriminar texturas por tacto, discriminación de colores, formas olores y sabores, etc.

15. Conocer los factores de riesgo que están presentes en algunas enfermedades frecuentes del adulto mayor

Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares

- Genética.
- Historia familiar.
- Historia personal cardiovascular antes de los 50 años.
- Edad.
- Presión arterial igual o mayor a 140 mm Hg y 90 mm Hg de diastólica.
- Obesidad abdominal con base en parámetros de cintura.
- Proteína “C” reactiva= o mayor a 1 mg/dl.
- Daño a órgano blanco, por ejemplo el corazón, con hipertrofia ventricular izquierda.
- Placa ateromatosa en arteria carótida (relación del grosor íntima/media igual o mayor de 0.9 mm, con sonido Doppler).
- Creatinina sérica en hombres, mayor a 1.3-1.5 mg/dl.
- Microalbuminuria.
- Enfermedad valvular degenerativa.
- Endocarditis infecciosa.
- Trastornos del ritmo cardiaco (fibrilación auricular, bloqueos aurículo ventriculares).
- Enfermedad cardiaca.
- Enfermedad vascular periférica (aneurismas insuficiencia venosa y arterial).

Factores de riesgo para cáncer de mama

- Edad (mayor de 40 años).
- Herencia.
- Sexo femenino.
- Primera menstruación temprana (antes de los 12 años).
- Menopausia tardía (después de los 50 años).
- No embarazos.
- Tumores benignos (enfermedad fibroquística mamaria).
- Terapia hormonal sustitutiva.
- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Dieta no saludable.
- Alcoholismo.
- Hábito tabáquico.

Factores de riesgo para hipertensión arterial sistémica

- Herencia.
- Variante genética (raza negra).
- Desnutrición intrauterina.
- Nivel socioeconómico.
- Edad.
- Malos hábitos alimenticios.
- Disminución de estrógenos (menopausia en mujeres).
- Sobrepeso y obesidad.
- Diabetes mellitus.
- Dislipidemias.
- Hábito tabáquico.
- Sedentarismo.
- Alcoholismo.
- Estrés psicosocial.
- No actividad física programada.

Factores de riesgo para diabetes mellitus

- Herencia (cromosomas: 12nhf, 7, 20).
- Familiares diabéticos en 1er grado (por lado materno).
- Obesidad (Índice de Masa Corporal mayor a 27).
- Antecedente de intolerancia a la glucosa.
- Padecimientos pancreáticos previos.
- Dieta alta en grasas y azúcares.
- Tabaquismo.
- Estrés.
- Sedentarismo.

Factores de riesgo para la osteoporosis. La importancia de sociabilizar e integrar una red de apoyo social y familiar

- Herencia.
- Sexo femenino.
- Raza blanca.
- Edad avanzada.
- Baja estatura.
- Bajo índice de masa corporal.
- Deficiencia de estrógenos.
- Falta de ejercicio físico o inmovilidad.
- Primera menstruación tardía.
- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Consumo de café.
- Dieta pobre en nutrientes (como calcio, vitamina D y minerales).
- Última menstruación temprana (menopausia temprana).
- Histerectomía con extirpación de ovarios.
- Enfermedades (como asma, hipotiroidismo, hipocolesterolemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus).
- Consumo de fármacos como los esteroides.

16. La persona con secuelas de un accidente vascular cerebral (AVC)

Las arterias cerebrales lesionadas originan con su ruptura un daño en las zonas relacionadas con su territorio, pudiendo afectar procesos superiores como la memoria de trabajo, la planificación de acciones y la coherencia de intención con acción; así también, pueden comprometer el movimiento.

Existe una variedad de síndromes de acuerdo con la localización del daño, los más frecuentes son los sensitivos motores, los de atención y aquellos que comprometen el sentido de alerta.

De esta forma, el paciente puede presentar hemiparesia o hemiplejía, o bien, sólo debilidad, alteraciones de la sensibilidad, pérdida del control de esfínteres, apraxia, agrafia, anomia táctil, alexia y alteraciones de la memoria, de comunicación (lenguaje), cognitiva, afasia, visual, auditiva y posible trastorno emocional; pérdida de la orientación del espacio-tiempo y un mayor riesgo de broncoaspiración ante disfagia orofaríngea y en ocasiones, lesión de pares craneales.

Estas lesiones pueden ser simultáneas al AVC o aparecer como secuelas posteriores, bien sea de manera temporal o permanente. Tienen como resultado la pérdida o disminución de la autonomía con una alta dependencia ante la incapacidad o dificultad para realizar actividades de la vida diaria.

Bajo estas circunstancias, la rehabilitación física debe ser bajo una visión sistémica y unificadora del paciente, considerando la teoría neurocognitiva:

- Recuperación como aprendizaje.
- Movimiento como conocimiento.
- Cuerpo como superficie receptora.

Una base terapéutica fundamental puede apoyar en la recuperación de un buen número de casos.

El accidente vascular cerebral:

- Es la tercera causa de muerte en países industrializados.
- Es la primera causa de disfuncionalidad en el mundo.
- Consiste en la primera causa de discapacidad en adultos mayores.
- Ocasiona que el 40 ó 50 por ciento de las personas con AVC mueran después de los seis meses de la hemiparesia o hemiplejía.
- Tiene entre un 30 y 40 por ciento de supervivientes, quienes aún al año de padecerlo no están en condiciones de laborar.
- Muestra una incidencia entre un 30 y un 50 por ciento de disfagia orofaríngea (problemas para la deglución de los alimentos) como secuela.

- El 90 por ciento de los casos post-AVC, tienen incapacidad motora, con dificultades para caminar.
- Presenta un reingreso hospitalario del 15 al 43 por ciento, de los pacientes con antecedentes de EVC por infecciones y neumonía.
- Demuestra que dos tercios de personas con derrame cerebral sufren de depresión.
- Requiere que los pacientes, un año posterior al evento agudo, aún necesiten ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria.
- Compromete la funcionalidad del paciente, tal como la incapacidad motora, considerada como la primera causa de discapacidad en el mundo (restricciones para realizar una función cotidiana).

Repercusiones:

Pueden ser simultáneas al AVC o aparecer como secuelas posteriores, (temporales o permanentes) compromiso de la autonomía del paciente dificultad para realizar actividades de la vida diaria.

Se le dificulta al paciente:

- Vestirse, ponerse la ropa, abrochar botones y amarrar agujetas.
- Higiene (baño, aseo, cepillado de dientes, lavado de manos, etcétera).
- Uso del transporte (manejo de auto, uso de transporte público).
- Manejo de electrodomésticos para cocinar o maquinaria.
- Pérdida de memoria, atención y concentración.
- No puede tomar medicamentos por sí mismo.
- Requiere de un apoyo continuo tanto en el hospital como en su domicilio.

Imprime al cuidador una carga difícil, imposible de llevar solo

Es común la necesidad del empleo de dispositivos auxiliares como bastón, silla de ruedas o andador, así como el uso de colchones especiales y artículos que ayuden a que no tenga repercusiones graves por el síndrome de inmovilidad, como son la formación de úlceras por presión.

El desafío que presenta este padecimiento provoca un impacto asistencial, médico, económico, social, emocional, psicológico y espiritual:

- **Cambia la vida de la persona.**
- **Cambia la vida de la familia.**
- **Reduce la calidad de vida.**
- **Cambia el enfoque económico y asistencial de las instituciones.**

Enfoque preventivo: una vez establecidas las secuelas de un AVC:

Las acciones del equipo inter y multidisciplinario debe tener la motivación necesaria para la familia como cuidador primario y de ser posible del propio paciente, con el fin de establecer objetivos bien definidos e integrales, como por ejemplo, una rehabilitación temprana.

- Educación
- Motivación
- Buena comunicación

Es beneficioso para el paciente ser evaluado por expertos desde el inicio del padecimiento, con el fin de rehabilitarlo a través de la formulación de hipótesis que contribuyan a su recuperación, mediante la realización de tareas en casa por parte del familiar, como complemento al tratamiento realizado por los profesionales.

La evaluación tanto observacional directa, como por test y protocolos, comprende diversos aspectos como el comportamiento, la función mental, de la mano, del tórax; otras más como la organización de movimiento y atención, la cancelación de dígitos, las líneas de Benton o el test de reloj, entre otros, como los radiológicos, los psicológicos, los de seguimiento por el neurólogo, sumados los del equipo inter y multidisciplinario.

Directrices sobre discapacidad motora:

1. Estimular la movilidad y fuerza muscular, previniendo contracturas y deformidades.
2. Apoyar la resolución de problemas comunes como limitación para elevar y sostener la cabeza, sostener objetos, levantarse de la cama, dar la vuelta o sentarse.
3. Aplicar la gama completa de movimientos factibles, con ejercicios pasivos en los miembros afectados y activos en los no afectados, procurando la movilización de segmentos para mantener la funcionalidad articular y evitar la parálisis.
4. Conocer sobre complicaciones de inmovilidad: flebitis, úlceras de presión y neurovasculares.
5. Reducir la presión y el malestar con cambios frecuentes de posición, minimizando las fuerzas de rozamiento y fricción en la piel; proteger las zonas sensibles, mantener una nutrición adecuada, etc.
6. Contribuir en la solución del estreñimiento causado por la pérdida de tono de la pared intestinal, especialmente en los primeros días (dieta rica en fibra, ingestión de líquidos, masaje en marco cólico etc.), la incontinencia urinaria debida a la atonía de la vejiga y la reducción del control del esfínter urinario externo. Situaciones que ameritan la necesidad de apoyo con recursos como la cateterización intermitente con técnica estéril.
7. Apoyar en funciones instrumentales básicas de higiene (cambio frecuente de pañal, ropa de cama y vestido, arreglo de uñas, corte de pelo y peinado, corte de barba, lavado de manos, baño de esponja, limpieza en pliegues y área genital, cavidad oral etcétera).
8. Establecer cuidados en la función de deglución o disfagia, requiriendo atención particular, ya que se puede inducir la muerte por broncoaspiración, o favorecer otro tipo de problemáticas como neumonía y desnutrición, especialmente en personas ancianas (higiene de la cavidad oral, maniobras posturales de cabeza, mantener sentado de preferencia al paciente, estimulación sensorial, oral, entrenamiento del control de alimento en la boca o maniobras para evitación de vómito o regurgitación).

9. Conocer las terapias básicas para corrección de afasias a través de directrices y valoración por fonoaudiólogo, (alteración en la percepción y expresión del lenguaje), dificultad para comprender y hablar, que obliga a un proceso de rehabilitación específico por logopeda, con ejercitación diaria de músculos del habla, aumento de volumen de sonidos y su frecuencia; valoración de la articulación temporomaxilar, estimulación para la formulación de expresiones verbales, comunicación con expresión con las manos, técnicas para mejorar el discurso etcétera).

10. El apoyo psicológico y psiquiátrico es de utilidad en el manejo de trastornos frecuentes como depresión, ansiedad, ataques de pánico y labilidad emocional; es un factor clave en el proceso de rehabilitación, por lo que el familiar tiene que estar alerta para detectar manifestaciones anormales en la esfera emocional. También es importante el encuentro de una motivación para dar sentido a la nueva vida, favoreciendo el proceso adaptativo. La actuación del cuidador primario es básica, evita que éste llegue al agotamiento de sus reservas psicofísicas (síndrome del cuidador primario), quién con amor, paciencia y conocimiento puede ser el mejor aliado en la recuperación del paciente.

Escala de Norton modificada

Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	Muy malo	Pobre	Mediano	Bueno
Incontinencia	Urinaria y fecal	Urinaria y/o fecal	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	Alerta
Actividad	Encamado	Sentado	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	Muy limitado	Disminuido	Total

La puntuación oscila de 1 a 4 para cada uno, con un rango total en la escala de 1-20.

Un total de 14 puntos o más bajo nos indica que el paciente es de riesgo y por tanto deben adoptarse medidas preventivas, cuanto más bajo es el total de puntos, más alto es el riesgo.

17. La importancia de socializar e integrar una red de apoyo social y familiar

Definiciones

Socialización:

- Proceso por el que una persona adopta elementos socioculturales de los demás, en el medio donde se desarrolla y los integra a su personalidad para adaptarse a sus circunstancias.
- Es un elemento básico para el aprendizaje que transforma al individuo de un ser biológico a un ser social.
- Es el proceso por el cual la persona se convierte en parte de un grupo, asumiendo sus pautas de comportamiento (normas, valores, actitudes etcétera).

Enfoques de la socialización:

- **Antropología cultural:** proceso de adquisición e interiorización de la cultura por el individuo, ligado al proceso cognitivo de la persona.
- **Sociología:** aceptación del papel que la persona debe desempeñar en la estructura social.
- **Psicología:** con enfoque del dominio de nuestros propios impulsos y adecuarlos a las formas aceptadas socialmente, a través de la imitación de modelos.

Son agentes de socialización: la familia, la escuela, los amigos, los medios de comunicación y para el caso que nos ocupa los grupos de apoyo a familiares de pacientes que cursan una enfermedad crónico-degenerativa; espacio donde los participantes adquieren pautas de comportamiento asertivo (aprendizaje por modelo), teniendo como patrón de referencia lo efectuado por otros miembros del grupo con experiencia vivencial positiva.

También es importante subrayar que la sociabilidad ayuda a actuar de forma cooperativa, con efectos positivos como:

- Incremento en la capacidad para evitar conflictos.
- Mejora de las pautas de comportamiento.
- Apoyo para conseguir objetivos colectivos.
- Resuelve los conflictos individuales.
- Incrementa la seguridad en sí mismo y permite el desarrollo armónico del "yo", con disminución de la timidez.
- Disminuye la tendencia al autoritarismo.
- Mejora la relación interpersonal, etcétera.

Red:

Tipo de estructura que brinda de alguna manera la contención a algo o a alguien. Entidad u organización que trabaja de forma sincronizada para colaborar en una misma causa.

Apoyar:

Hacer que algo descansa sobre otra cosa, sostener, ser respaldo firme y sólido, también puede ser sinónimo de protección y auxilio.

La amistad es un espacio donde se puede encontrar el apoyo desinteresado que necesitamos y los grupos de apoyo, también pueden favorecer la posibilidad del desarrollo de la amistad.

Al existir una red de apoyo, aquel que lo necesita recibe una contención integral.

18. Apoyo para la elaboración de un duelo saludable

Se ha elaborado un duelo cuando se acepta a la muerte como un hecho natural, normal, incluso esperado, cuando se tiene la energía de vivir el presente a pesar de la pérdida, e iniciar un futuro en la vida con las personas vivas, manifestando afecto y funcionalidad; así también, cuando se recuerda a la persona fallecida sin sufrimiento, sin sentimientos negativos como la culpa o el abatimiento extremo.

El duelo es un proceso individual en el que transcurren varias etapas adaptativas (de impacto, de repliegue, de recuperación), con un tiempo variable (de uno a tres años), ya que es individual y modulado por factores tanto intrínsecos como extrínsecos (relación con el fallecido, grado de dependencia, conflictos, edad, si fue repentina o esperada la muerte, etc.). Puede darse de manera normal sin necesidad de intervención alguna, sin embargo, en algunas personas, la pérdida origina depresión, culpa y dolor insuperables, que no disminuyen sino que permanecen e incluso se incrementan, llevando a padecimientos como la depresión y en otros casos, en un intento de contener las emociones; éstas no se expresan en el momento del fallecimiento y sólo se postergan para aflorar tiempo después como síntomas de todo tipo (físicos y emocionales). Es en esos casos cuando se requiere la intervención profesional en el campo de la tanatología, para que se apoye en la elaboración de un duelo saludable.

Por tanto, resulta de utilidad tener presentes las recomendaciones siguientes:

- Fortalezca su espiritualidad y conceptos religiosos sobre la muerte.
- Dese un tiempo para elaborar un duelo, acepte que la vida continúa, observe los cambios de estación en la naturaleza, las mascotas, las flores, todo lo que tiene vida en un ciclo.
- Si siente dolor, expréselo, pero no se quede en él por tiempo prolongado, llore o grite.
- Las pertenencias del ser querido fallecido deben retirarse de la cercanía cuando considere que está preparado, no hay un tiempo definido para hacerlo, pero recuerde que es conveniente tenerlo presente.
- Conozca los detalles de la muerte y vea el cadáver; despídase, pero no piense permanentemente en ello.
- Ábrase y recupere el interés por la vida (aprenda que es corta y que en cualquier momento se pierde, aprovéchela).
- Siga los rituales de duelo que le dicte su patrón cultural: levantamiento de la cruz, misas, rosarios, música, etcétera.
- Evite vestir de luto por tiempo prolongado, inicie un camino de inclusión de colores alegres y brillantes en su guardarropa y entorno.
- Explique a los hijos o pequeños de la familia, en forma sencilla y natural, el proceso de la muerte, evitando el uso de situaciones fantasiosas.
- Canalice su dolor en algo creativo, haga poesía, pinte, teja o realice alguna actividad de su gusto.
- Desahóguese con familiares y amigos confiables, una pena compartida es una pena diluida... Socialice.
- Ubique emocionalmente a la persona fallecida en un recuerdo positivo, eliminando sentimientos ambivalentes o negativos.
- No tome decisiones radicales o importantes en su vida en tiempo cercano al fallecimiento de su familiar (cambio de religión, de domicilio, de pareja o tener un hijo).
- Tome un descanso (duerma bien, no se agobie con tareas, no se incorpore de inmediato a la vida rutinaria de antes).
- No conceda espacios o artículos intactos como en disposición para que la presencia del fallecido los utilice (sillón de descanso, cama vacía y preparada, ropa limpia y arreglada en perchero, etcétera).

- Procure no conservar las cenizas del fallecido en casa.
- No consuma drogas o bebidas alcohólicas.
- No se automedique.
- Hágase un chequeo médico general.
- Lleve un plan de dieta saludable.
- Si tiene síntomas que conduzcan a una depresión o a un duelo no elaborado, busque ayuda profesional y vuelva a tener apego a sus hábitos y rutinas saludables lo más pronto posible.

19. Maltrato en el adulto mayor

El maltrato o violencia ejercida en contra de personas adultas mayores es una realidad que se vincula con ciertas condiciones de vulnerabilidad de la persona, impuesta por el envejecimiento, capacidad funcional mental disminuida y fortaleza física mermada. Aunado a esto, la presencia de enfermedades crónico degenerativas muchas veces discapacitantes, acentuadas por esa capacidad de vulnerabilidad con un denominador común: la disminución de la autosuficiencia y el incremento de la dependencia de los demás. A esta situación se agregan otros rasgos discriminatorios como: raza, sexo o estatus social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato como “acto único y repetido o falta de medidas apropiadas que se producen dentro de cualquier relación donde haya expectativa de confianza y cause daño o angustia a una persona”.

Se dan diferentes tipos de maltrato a los adultos mayores:

- **Físico:** golpes, pellizcos, quemaduras, tirones de pelo, bofetadas, torceduras, empujones, puntapiés o fracturas, entre otros.
- **Psicológico o emocional:** gritos, injurias, descalificaciones, subordinación de su voluntad, sometimiento psicológico, aspectos que inciden en su dignidad de persona o ignorancia de sus sentimientos.
- **Sexual:** contacto sexual con engaño, fuerza o intimidación, tocamientos obscenos, violación, voyerismo, etcétera.
- **Daño económico o en los bienes materiales:** despojo, robo, malversación de fondos, uso indebido de tarjetas, chantajes, abusos económicos, adjudicaciones indebidas etcétera.
- **Negligencia asistencial:** errores, falta de cuidado o aplicación en lo que corresponde hacer como una obligación, incluyendo las acciones asistenciales o la administración de medicamentos, bien sea intencional o ejercido por omisión.
- **Cualquier otro acto** o falta de respeto que vulnere su dignidad como persona.

Según datos de investigación, el maltrato a los adultos mayores es hecho frecuente en su domicilio y por los miembros de su propia familia, aunque difícil de detectar, puesto que la denuncia es escasa por parte de la persona objeto de maltrato, ya sea por imposibilidad física, temor a una posible represalia o porque los maltratadores forman parte de su familia no quiere exponerlos a la opinión pública.

Para evitar el maltrato de los adultos mayores, se requiere un sentido de sensibilidad humana y alerta, para percibir las acciones del maltratador, estableciendo un alto que impida seguir ejerciendo este tipo de violencia en contra de otro ser humano.

Por tanto, es necesario hacer un alto en el camino de la vida cotidiana, para reflexionar objetivamente y darse cuenta de lo que está pasando. Si se identifica con acciones o pensamientos que impliquen maltrato, asúmalo y busque ayuda profesional, para evitar que esta situación continúe y siembre sentimientos de culpa, especialmente cuando la persona maltratada ya no se encuentre en este plano existencial.

¿Cómo contribuir para evitar el maltrato del adulto mayor?

- Ore en un sentido ecuménico, tanto solo, como con el adulto mayor con quien se tiene conflicto
- Reconocer el hecho de ser un maltratador es el primer paso y es importante para que a partir de éste se genere el cambio
- Si no se identifica el maltrato desde la primera vez, como algo anormal e inaceptable, se lleva el riesgo de que crezca y se haga un hábito imperceptible
- Una forma que ayuda para reconocer que hay maltrato es meditar diariamente (20 minutos) sobre el actuar y ponerse en el lugar del otro; también ayuda si realiza un diario breve que le permita poner en evidencia, en forma objetiva, su comportamiento.
- Resulta de utilidad recordar qué aspecto fue el punto de partida para el maltrato, para que en un análisis retrospectivo se identifique el problema, por ejemplo, es frecuente la falta de asertividad en la comunicación y en otras ocasiones demostrará que su origen tiene causas intrascendentes ocasionadas por su propio estrés o por una personalidad violenta, la que seguramente le ha causado disgustos anteriores con otras personas y en otras circunstancias.
- Trabaje para lograr una buena comunicación, camino para establecer empatía y una buena relación con el otro. Resulta improbable, por ejemplo, con personas que cursan un tipo de demencia, pero su análisis lleva a tener conductas adecuadas y cambios razonables, para solicitar sólo aquello que necesitamos y esperar, de acuerdo con las circunstancias que obran en la persona que lo otorga.
- Recuerde que una vez que se rompe la inhibición por el respeto, especialmente si se encuentra una víctima pasiva o vulnerable, puede convertirse la violencia y el maltrato en un hábito, donde ambas partes resultan dañadas.
- Si se encuentra en una situación que dé margen al maltrato o que sienta que está perdiendo el control, respire profundo y trate de mantener la calma; evite infringir el maltrato y salga por unos instantes a un espacio que le dé tranquilidad, recupere la ecuanimidad sin olvidar que requiere de ayuda.
- Si su estrés es muy intenso, relacionado con una alta carga de trabajo y responsabilidad, pida ayuda a su red de apoyo familiar y social, si no la tiene, empiece por pensar cómo integrarla (voluntariados altruistas, conocidos de grupos de la iglesia, del trabajo, vecinos, amigos, compadres, ahijados, etcétera).

- Haga ejercicio físico, saque la energía negativa.
- Lleve una dieta saludable, no se quede sin comer, trate de tener un horario regular para hacerlo.
- Tome agua suficiente y tés relajantes (azahar, paciflora, etcétera), sin exagerar, siempre que usted los conozca.
- Utilice otros recursos relajantes como la aromaterapia.
- Descubra su lado creativo para canalizar el dolor. Realice un dibujo, una figura de plastilina o papel etcétera, donde exprese su dolor de manera sublimada.
- Escuche música relajante, con grabaciones de mensajes edificantes.
- Lea un libro agradable o vea películas que aborden el tema de amor y reciprocidad, recurra a aquellos elementos positivos que en su vida permitan elevar su autoestima.
- Si profesa una religión, busque un consejero espiritual con quien sincerarse y le brinde opciones de apoyo espiritual (confesarse, ir a misa, escuchar los evangelios, comulgar, ser escuchado, etcétera).
- Escriba aquellos recuerdos gratos que vivió en otro tiempo con la persona con quien tiene conflictos y responsabilidades. Sería bueno que aun sin explicación la abrace o le regale un beso con sincero amor.
- Observe un ser vivo en su entorno natural (gato, pez, planta), reconozca el prodigio de la vida y valórela, llevando éste pensamiento hacia su familiar enfermo.
- Escriba alguna experiencia dolorosa que le atormenta y se relaciona con el familiar que atiende; una vez terminado el escrito quémelo, cuidando de evitar un accidente y diga un decreto que usted seleccione, como ayuda para sobrepasar el hecho. Ejemplo: Esto ya es historia pasada, ahora tengo oportunidad para crear un nuevo presente en donde cabe el perdón. Repítalo varias veces mientras quema el papel.
- Si tiene alguna toxicomanía como el alcoholismo o el tabaquismo, etcétera, participe en un programa de rehabilitación, se sorprenderá de la extensa posibilidad de ayuda con múltiples recursos y la ayuda profesional).
- Promueva reuniones en familia y realice veladas contando relatos gratos que involucren en forma positiva al familiar enfermo.
- Si tiene necesidad de reconciliar aspectos particulares de su vida con el familiar que cuida, inicie una terapia de reconciliación y perdón, en estos casos, el apoyo profesional tanatológico puede apoyar.
- Existen asociaciones civiles y programas gubernamentales en las instituciones de salud, encaminadas a la prevención y control de la violencia y el maltrato, es conveniente buscar la información al respecto en la cercanía de su residencia, seguramente encontrará apoyo y podrá ver en los participantes las ventajas del cambio.
- Se recomienda tener conocimiento sobre el marco jurídico en materia penal, por el delito de maltrato y los derechos de las personas adultos mayores, para evitar las consecuencias como la privación de la libertad; tal vez no sea la mejor solución pero ayuda para ser consciente sobre los actos cometidos y su repercusión.

- Si cursa con una enfermedad psiquiátrica en control, continúe con su tratamiento y tenga mayor comunicación con su médico tratante; es posible que la vivencia por la que pasa le lleve a la necesidad de realizar ajustes en su tratamiento o agregar terapias adicionales.
- Cuide su salud, tenga una conducta de autocuidado, realice los chequeos médicos de forma periódica, y ante síntomas de enfermedad, consulte a su médico de inmediato.
- Procure tener empatía con su familiar enfermo, para evitar el maltrato hacia la persona que atiende. Al hacerlo puede ser un ejemplo vivencial para las nuevas generaciones e integrarlo a su propia vida como algo que se puede hacer. Recuerde el refrán “lo que se siembra se cosecha. El maltrato origina tarde que temprano debilitamiento de los vínculos familiares.
- Dé el justo valor a lo que realmente lo tiene. El bien mayor es la vida, cuidar de la vida puede ser en última instancia un bien mayor, una satisfacción mayor que poseer temporalmente el título de reparto de bienes materiales o de herencias.

Diga no al maltrato, rompa esa cadena de lastre personal y social.

20. Ocupación positiva del tiempo libre: terapia ocupacional

En la mayoría de los casos, la persona adulta mayor enferma tiene ciertas limitaciones funcionales, sin embargo, presenta capacidades funcionales residuales que le permiten interactuar con su entorno. En muchas ocasiones la actividad física es parte de lo que se determina como adyuvante en el restablecimiento de procesos patológicos, especialmente de partes o segmentos del cuerpo en procesos agudos en otras personas; la disfuncionalidad es parte del proceso de deterioro que acompaña el curso evolutivo de un padecimiento, por lo general es de tipo crónico, pero en todos los casos, es de interés remarcar la existencia de esa capacidad funcional residual que se vincula con la capacidad de preservación, desarrollo y/o restitución de funciones a través de la rehabilitación. Existe el aforismo “todo lo que no se usa se atrofia”, esto es aplicable en todos los campos biológicos y una forma de desarrollar la funcionalidad es a través de la motivación, de un proceso lúdico que permita que la creatividad intrínseca del ser humano aflore y dé forma a lo que pueda producir no sólo movimiento, sino una plena satisfacción en la creación de una obra.

Las posibilidades son vastas, cada persona tiene una meta individual que explorar, que proviene de su bagaje cultural, de sus particulares intereses y motivaciones, lo cual permite descubrir todo su potencial.

Ayudar en este proceso es un hecho rehabilitatorio, una opción que puede favorecer el aspecto adaptativo de una limitación o discapacidad no sólo física, también mental, emocional y social, favoreciendo de esta manera un recurso para el acceso a una vida más satisfactoria e incluso más independiente aun dentro de las limitaciones de la enfermedad.

La terapia ocupacional no consiste sólo en hacer una actividad práctica en el tiempo libre, es ir más allá: llenar un tiempo vacío, dar un sentido de rescate a la capacidad funcional residual, con objetivos definidos, dentro de un proceso rehabilitatorio, creativo, que repercuta en la elevación de la autoestima.

No es fácil que la persona rompa con sus mecanismos adaptativos, tendientes a la dependencia, la inutilidad, la desmotivación y el abandono; por tanto, llevarle a descubrir aspectos no vistos por él en ese periodo doloroso requiere de tiempo, voluntad y acopio de recursos que puedan abrir el camino y romper ese círculo vicioso, para emprender un círculo virtuoso hacia la funcionalidad creativa, con el descubrimiento de elementos de apoyo como los que se enlistan a continuación, que necesitan de una verdadera vocación de servicio al familiar, para quien se transforma en educador dentro una dimensión más amplia que la intelectual.

Opciones que permiten desarrollar una terapia ocupacional:

Juegos de mesa (ajedrez, dominó, scrabble, damas chinas, memorama, etc.), bisutería, armar legos, armado de rompecabezas, pintura en tela, pintura al óleo y acuarela, dibujo, modelado en diversos materiales no tóxicos, origami, pintura en cerámica, creación de poesía, escritos en prosa, resolución de crucigramas, laberintos, sopas de letras, tejido a gancho y agujas, bordado en tela y con estambre, repujado, tarjetería española, mukimono, elaboración de “recuerdos” para eventos sociales, florería, cultivo de árboles bonsai, catequesis, apoyo en regularización del plan de estudios de niños, etc.

Lo anterior puede ser posibilitado por la valoración funcional previa, hecha por un profesional; de esta forma, seleccionar el tipo de actividad más adecuada y acorde a la preferencia del paciente para realizarse bajo la motivación y puesta en práctica del familiar.

21. El familiar en etapa terminal en casa

Es posible que la familia tenga la necesidad de atender a un familiar en casa, bien sea por decisión propia o por la propuesta institucional de atenderlo como un beneficio máximo. Se enfrenta a la tarea nada fácil, de asumir la responsabilidad para brindar todos los cuidados necesarios a quien está cursando por una enfermedad potencialmente mortal en fase avanzada, sin el beneficio del efecto curativo del tratamiento médico, es decir, que cursa una etapa terminal, cuyo plazo de sobrevivencia en tiempo puede ser no muy largo (entre 3 a 6 meses).

Comporta la consideración de múltiples aspectos como:

- Los relacionados con el cumplimiento del tratamiento médico para aspectos biológicos (aun cuando éste sea previsiblemente limitado en su efecto curativo), sobre todo lo relacionado con el control del dolor y los síntomas físicos (vómito, secreciones, curaciones, etc.), teniendo conocimiento y apego a los lineamientos médicos y de los profesionales de la salud.
- Económicos, con el acopio de recursos personales, familiares y del entorno social.

- De organización familiar, en donde cada miembro asume una función específica, aprende a soltar, a compartir, es decir, pedir a cada uno aquello que se sabe, puede dar.
- Religiosos y espirituales de acuerdo con el marco de referencia del paciente y de quien lo atiende, como: recibir la comunión, la lectura de salmos, la unción de los santos óleos, favorecer la confesión, recibir la bendición del ministro de la iglesia, oír misa, etcétera.
- Emocionales, que permitan establecer vínculos afectivos y sólidos a través de la resolución o conciliación de los conflictos.
- Legales a través de la elaboración del testamento de bienes; de la elaboración del testamento informado con la asesoría correspondiente, con la información y la motivación requerida.
- De previsión del momento de la muerte y del funeral, con la consideración de los aspectos económicos y la elaboración de los rituales laicos o religiosos, tomando en cuenta la idiosincrasia personal, familiar, religiosa y social. Por ejemplo: la contratación de un velatorio o lugar para velación, la selección del ataúd o urna para las cenizas, la ropa para vestir a la persona muerta, los rezos, plañideras, misa de cuerpo presente, rosarios, doblar de campanas, etc.; elementos que ayudan a enfrentar la realidad y son una manifestación de solidaridad social.

La finalidad última es brindar a la persona una muerte digna, aquella que cualquiera de nosotros quisiéramos tener, con un control del dolor, un ambiente cómodo y limpio, paz, afecto y resolución de conflictos.

Es importante comprender que el familiar, como cuidador, pasa por un tiempo difícil donde puede asumir que de su desempeño depende en gran medida el bienestar del enfermo, al que le unen lazos afectivos profundos y en quien tal vez por razón cultural le es difícil aceptar la muerte y lucha por conservar la vida. Ve la muerte como un fracaso, como la suma de posibles errores cometidos.

Ante este hecho, es saludable tratar de elaborar un duelo anticipatorio con la ayuda profesional y la colaboración saludable de personas significativas en su entorno, reafirmando conceptos válidos como los siguientes:

- La persona puede experimentar en el transcurso de su vida ciertas muertes (en sentido figurado), cuando vive y sufre, ante pérdidas y disminuciones; y es a través de esto que puede encontrarle sentido al sufrimiento una vez que éste pasa.
- La necesidad de intensificar la conciencia de saberse un ser finito y mortal, que permite ver a la muerte como un proceso biológico natural, vinculado a valores y creencias y evite así, dentro de esta situación, ver a la muerte como un tabú.
- Si su creencia religiosa lo permite, apoyar la afirmación de que con la muerte se tiene trascendencia, en palabras de la Dra. Elizabeth Kubler Ross “es un nacimiento a otra existencia, morir significa simplemente mudarse a otra casa más bella, no es más que un pasaje a otra forma de vida”.
- El beneficio de acentuar el sentido de resiliencia (ver capítulo correspondiente).
- El intentar reconstruir en el proceso de atención al familiar enfermo, un sentido de identidad sana, fortaleciendo los lazos afectivos y emocionales, reflejados en la calidad de atención.
- Entender que la atención brindada al familiar enfermo es una oportunidad inaplazable de optar por la maduración psicológica y espiritual que da valor a la existencia.

- Tener apertura al aprendizaje que lleve a estar capacitado por personal profesional, experto en las diversas áreas, que requiere su función y así solicitarlo de no ser ofertado espontáneamente.

Se aprende a vivir, a ejercer la libertad de forma responsable, a descubrir el sentido de utilidad, a romper apegos y hacer puentes de una existencia a otra, a ser más humanos y sensibles para comprender las necesidades del otro, aun sin haber sido expresadas, a madurar y tener una mayor apertura de conciencia.

Saber que no se está solo si la persona tiene la voluntad de así decidirlo y cuenta con un recurso en el que es importante la participación en los Grupos de apoyo a familiares de pacientes con enfermedades crónico degenerativas en el ISSEMyM.

Acciones para elaborar un duelo saludable

- Fortalezca su espiritualidad con conocimientos y conceptos sobre la muerte.
- Dé cabida, si es posible, a patrones culturales relacionados con la persona fallecida como: moño negro en la puerta del domicilio, velar al difunto, tañer de las campanas de la iglesia, hacer misas y/o rosarios, levantamiento de la cruz, flores, velas, etcétera.
- Reflexione acerca del ciclo de la vida, observe la naturaleza, las flores, los cambios de estación y vea que la vida continúa.
- Exprese el dolor que siente por la muerte de su familiar, sáquelo, no lo contenga, se vale llorar, gritar, desahogarse por un corto tiempo; después, sea ecuánime, no se estacione en esa situación y supérela.
- Retire la cercanía de las pertenencias del ser querido (ropa, pijamas, zapatos, etc.), no hay tiempo definido para hacerlo, pero téngalo presente. Puede por ejemplo, donarlo a un albergue en donde será útil a otras personas.
- Acentúe su sentido de resiliencia (ver el capítulo al respecto).
- No descuide su salud si tiene un tratamiento médico; realice un chequeo aún en ausencia de síntomas.
- No descuide su arreglo personal e higiene.
- Ponga en orden su casa, viva bonito.
- Evite tomar decisiones importantes a la muerte de su familiar, como cambio de casa o trabajo, venta de inmuebles, etcétera.
- Si tiene que decir a su familiar algo que dejó pendiente, expréselo en un papel en soledad o con una oración en el cementerio. Es más doloroso cuando no se tiene una tumba a dónde acudir o un cuerpo que abrazar.
- Establezca una comunicación afectiva con personas que le permitan una convivencia sana, alegre, por ejemplo, tomar un café, una taza de té o chocolate caliente, donde pueda aplicar la frase “una pena compartida es una pena diluida”.
- Participe de un día de campo en algún parque donde pueda apreciar la vida en la naturaleza.
- Acuda a la playa, relájese, disfrute de una puesta de sol.

- Comparta con la familia y haga remembranza de los buenos momentos vividos con la persona fallecida.
- Arme un álbum de fotos, evoque los sentimientos gratos de los momentos capturados en la imagen.
- Acuda a un museo y asómbrese de los colores y las formas. Lleve el pensamiento fuera del dolor.
- Después de un tiempo, realice el viaje a algún lugar que desee conocer.
- Durante el primer año procure no asociar lugares y personas frecuentadas en compañía de su familiar fallecido que le ocasione depresión, mejor piense en cómo le gustaría que le viera si eso fuera posible.
- Busque la autogratificación, disfrute la visita a un spa, coma en un sitio agradable, compre ropa de moda, incorpore colores alegres que sustituyan al negro o a aquellos colores asociados con el patrón cultural del duelo.
- Tenga una mascota, cuídela, juegue con ella, disfrútela.
- Procure no crear hábitos destructivos como fumar, beber o tener otro tipo de toxicomanías. Si las tiene, busque ayuda profesional.
- Súmese a grupos de apoyo a otras personas; dar y recibir agradecimiento conforta.
- No deje pasar celebraciones como navidad, cumpleaños, etc. Reme contra corriente, contra su propia intención de indiferencia.
- Escuche música tranquila, villancicos en navidad, grabaciones de la naturaleza, etc.
- Piense que la persona fallecida ya no sufre, vivió su tiempo en la Tierra con un sinnúmero de experiencias. Su recuerdo positivo es una manera de mantenerla viva, pero, déjela ir.

Bibliografía

Arroyo Rueda, María Concepción, *Vejez avanzada y sus cuidados*, Edit. Universidad autónoma de Nuevo León, México, 2011.

Corregidor Sánchez, Ana Isabel, *Terapia ocupacional en geriatría y gerontología*, Edit. Soc. Española de Geriatría y Gerontología, España, 2010.

D'Hyver, Carlos, Geriatría D'Hyver, Edit. *Manual Moderno*, 3ª ed., México, 2014.

Flores Villavicencio, María Elena y Cols., *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor*, Edit. Universidad Autónoma de Guadalajara, México, 2011.

Flores, Ana, *La resiliencia, crecer desde la adversidad*, Plataforma, Barcelona, 2008.

Frankl, Frankl, *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona, 1991.

Gómez Sáncho, Marcos, *La pérdida de un ser querido: el duelo y el luto*, Arán Edit., Barcelona, 2007.

Gómez Sáncho, Marcos, *Morir con dignidad*, Aran Edit., Barcelona, 2007.

Grotberg, Edith H. y María Alchourrón de Paladini, *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*, Paidós, España, 2008.

Gutiérrez Robledo, Luis Miguel, *Geriatría para el médico familiar*, El Manual Moderno, México, 2012.

Kateb, Elías, *Cómo vencer la adversidad. Resiliencia*, Edit. Robin Book, México, 2013.

Kubler Ross, Elizabeth, *Una luz que se apaga*, Edit. Pax, México, 2007.

Ríos Lacayo, Rosa Argentina, *Saber crecer: Resiliencia y espiritualidad*, Urano, México, 2007.

Robles Silva, Leticia, *El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento*, Edit. El Colegio de México, México, 2001.

Rodríguez García, Rosalía, *Geriatría*, Ed. Mc Graw Hill Interamericana, 2ª ed., México, 2014.

Rodríguez García, Rosalía, *Práctica de geriatría*, Edit. Mc Graw-Hill Interamericana, 2ª ed., México, 2011.

Schwalb, Valeria *Todos somos resilientes*, Paidós, Barcelona, 2012

Sawyer, Oli (2013). *Cómo amar a los adultos mayores*, consultado en: <https://www.facebook.com/ReflexionesparaTllyparaMI.org/posts/144398815724767> el 10 de agosto de 2015.

Mexiquenses
más sanos

LA VIDA ES

PARA FAMILIARES DE
**ADULTOS
MAYORES**



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



issemym