

Manual de Cuidados Domiciliarios

Cuadernillo N° 2

Aprendiendo estrategias para cuidar mejor

PRIMERA PARTE



Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores

SECRETARÍA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA



200 AÑOS
BICENTENARIO
ARGENTINO



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación



AUTORIDADES

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Jefe de Gabinete de Ministros

Dr. Aníbal Fernández

MINISTRA DE DESARROLLO SOCIAL

Dra. Alicia Kirchner

SECRETARIA NACIONAL DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA

Lic. Marcela Paola Vessvessian

DIRECTORA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA ADULTOS MAYORES

Dra. Mónica Roqué

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Decano Dr. Orlando Cano

Vicedecana Esp. Alicia Zanguellini





Manual de cuidados domiciliarios : aprendiendo estrategias para cuidar mejor : primera parte /
Monica Laura Roqué ... [et.al.] ; compilado por Monica Laura Roqué. - 1a ed. - Buenos Aires :
Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, 2010.

v. 2, 208 p. ; 21x17 cm.

ISBN 978-987-25954-4-9

I. Gerontología. I. Roqué, Monica Laura II. Roqué, Monica Laura, comp.

CDD 618.97

Fecha de catalogación: 06/10/2010

Primera edición: diciembre de 2010

Impreso en Mar del Plata - Pcia. de Buenos Aires

Tirada: 2000 ejemplares

Prohibida su reproducción total o parcial.

Queda hecho el depósito que dispone la Ley 11.723.

ISBN: 978-987-25954-1-8

ISBN: 978-987-25954-4-9

Compiladora: Dra. Mónica Roqué

Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores - Secretaría Nacional de Niñez,
Adolescencia y Familia - Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Procesamiento didáctico: Lic. Teresita Sotelino

Diseño y Producción Editorial: Analía Elía

Una marca de género:

El presente Manual está escrito usando el masculino como genérico, para evitar la sobrecarga gráfica de poner el femenino y el masculino en cada nominación. Por favor, léase esto sólo como una simplificación gráfica, ya que promovemos la igualdad de género en todas sus manifestaciones.





Manual de Cuidados Domiciliarios

Cuadernillo

Nº 2

Aprendiendo estrategias para cuidar mejor

PRIMERA PARTE





Índice

Prólogo.....	17
CAPÍTULO I: La salud y los cuidados geriátricos	21
El sistema de salud en Argentina	23
Un poco de historia	24
Proceso salud enfermedad	25
Concepto de envejecimiento saludable.....	26
Enfermedades prevalentes.....	28
El síndrome geriátrico	28
Características comunes de los “gigantes”	30
Cascada de eventos adversos	30
Puntos clave para el cuidador	31
Polimedicación y automedicación.....	32
Estrategias para el cuidador	32
Inestabilidad en la marcha y caídas	34
Causas de caídas	35
Consecuencias	36
Pautas para el cuidador	37
El cuidado del paciente operado de cadera	38
Alteraciones del aparato circulatorio.....	39
Patologías más frecuentes	40
Trastornos cardíacos	40
La cardiopatía isquémica	42
Alteraciones del aparato respiratorio.....	42
Recomendaciones y puntos clave para el cuidador.....	43
Alteraciones del aparato digestivo.....	43
Constipación o estreñimiento.....	43
Incontinencia urinaria	44
Causas frecuentes	44
Recomendaciones para el cuidador	46
Alteraciones del sistema nervioso	46
Consejos para cuidadores de personas con secuela de ACV.....	47

Alteraciones del aparato locomotor. Artrosis	48
Alteraciones metabólicas y electrolíticas. Deshidratación.....	49
Causas.....	49
Signos y síntomas de la deshidratación	50
Medidas de prevención para el cuidador	51
Problemas para dormir	51
Recomendaciones para el cuidador	52
Recomendaciones para darle a la persona que la padece.....	52
El paciente confuso.....	53
Pautas para el cuidador ante una persona mayor confusa	54
Demencia	55
Estrategias para el cuidador en situaciones frecuentes en personas con demencia.....	56
La higiene	56
Vestirse	57
Alimentación	58
Tiempo libre	59
Incontinencia.....	59
Alucinaciones y delirios.....	60
Trastornos de conducta. Causas frecuentes	61
Recomendaciones para el cuidador	61
El paciente que camina	62
Alteraciones de piel y faneras.....	64
Infecciones bacterianas	64
Parásitos.....	64
Primeros auxilios	66
Situaciones urgentes	67
Heridas que sangran	67
Quemaduras	67
Autoras.....	69
Bibliografía.....	69

CAPÍTULO 2: Situaciones Frecuentes que requieren cuidados de enfermería.....71

Introducción	73
¿Qué es la diabetes?.....	73
Síntomas de los adultos con diabetes	74
El cuidado de los pies.....	74
Alertas para los cuidadores de personas anticoaguladas	76
Otras precauciones.....	76
Úlceras por presión.....	77
Localización.....	77
Evolución de las úlceras por presión.....	77
Plan preventivo de cuidados de la piel.....	78
Cuidados de las úlceras por presión	79
Cuidados de la piel en el anciano	80
La higiene corporal	80
La hidratación	82
Medidas no farmacológicas en personas con incontinencia de esfínteres	83
Transferencia y pasajes de pacientes con inmovilidad	83
Asistencia desde supino a sentado con movilización a través del hombro	83
Asistencia desde supino a sentado disociando hombros y cadera	83
Desplazamiento lateral en la cama por segmentos.....	84
Volteo desde decúbito supino a decúbito prono a través de rodilla o tobillo... ..	84
Transferencia silla a silla lateral con agarre posterior	85
Transferencia silla a silla con doble agarre frontal	85
Autoras.....	87
Bibliografía.....	87

CAPÍTULO 3: Fragilidad, discapacidad y vejez89

Discapacidad.....	91
Evolución del concepto de discapacidad.....	91
Datos internacionales sobre la discapacidad	93
Datos de nuestro país	94
Personas con discapacidad que envejecen.....	95
Derechos de las personas con discapacidad	95
Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad	96
Dependencia	97

Grados de dependencia y su valoración	97
Programas de promoción	98
Fragilidad	99
Características del adulto mayor frágil.....	100
Las ayudas técnicas	101
Rehabilitación	102
Niveles de prevención y medidas de atención.....	102
Rehabilitación médico- funcional	103
Modalidades de atención	104
Rol del cuidador	104
Servicios sociales asistenciales	105
Autora	107
Bibliografía.....	107

CAPÍTULO 4: Cómo mejorar la vida cotidiana 109

Introducción	111
Las variables de la capacidad funcional.....	111
1. El adulto mayor.....	112
2. La esfera ocupacional.....	112
3. El ambiente	114
Estrategias para el cuidador.....	117
Autonomía e independencia.....	119
Tipos de dependencia.....	119
Autora	120
Bibliografía.....	120

CAPÍTULO 5: Rehabilitación en geriatría 123

Introducción	125
Accidente cerebro-vascular.....	125
Otras características comunes en personas con parálisis	126
Deficiencias en la memoria	127
Labilidad emocional	127
Recomendaciones para las actividades de la vida diaria.....	128

Alertas para el cuidador	129
Rehabilitación integral	129
La marcha patológica.....	130
Causas de la marcha patológica	130
Tipos de marcha patológica	131
Marcha patológica por déficits neurológicos de origen central	133
Ayudas técnicas a la marcha.....	134
Fractura de cadera.....	135
Cómo prevenir una fractura de cadera.....	136
Tratamiento postural del paciente postrado	137
Autor	139
Bibliografía.....	139

CAPÍTULO 6: Accesibilidad al medio físico para los adultos mayores.. 140

Accesibilidad. Concepto	143
Barreras físicas.....	144
Las barreras arquitectónicas	144
Las barreras urbanísticas.....	149
Las barreras en el transporte.....	151
Las barreras en la comunicación	152
La vivienda de las personas adultas mayores con demencias	153
La domótica.....	154
Funciones de la domótica	154
Autor	156
Bibliografía.....	156

CAPÍTULO 7: Nutrición 157

Introducción	159
La alimentación en la tercera edad.....	159
La fibra en la dieta.....	162
Caracteres físicos y químicos de la alimentación	164
Los grupos básicos de alimentos	165
Lácteos carnes y huevos	165

Vegetales y frutas	166
Legumbres, cereales, y tubérculos	166
Aceite, manteca y margarina.....	167
Azúcar y dulces	168
Cantidades diarias de porciones de alimentos sugeridas para la tercera edad ..	169
Recomendaciones para una alimentación saludable	170
La alimentación en el anciano sano.....	171
La alimentación frente a los problemas más frecuentes en el adulto mayor	173
Hipertensión	173
Diabetes.....	174
Constipación	174
Adelgazamiento. Desnutrición.....	174
Discapacidades.....	175
La enfermedad de Alzheimer.....	176
Cuidados higiénicos sanitarios	178
Agua segura.....	179
Las vitaminas.....	179
Factores que contribuyen a las enfermedades transmitidas por los alimentos ...	181
Autora	182
Bibliografía.....	182

CAPÍTULO 8: Fonoaudiología..... 183

Concepto de fonoaudiología	185
Patologías prevalentes	185
Lenguaje.....	185
Audición	188
Voz.....	189
Deglución.....	191
Autora	192
Bibliografía.....	192

CAPÍTULO 9: El cuidado de la boca en el adulto mayor 193

Anatomía de la boca.....	195
--------------------------	-----

Salud bucal.....	196
Caries dental.....	197
La placa bacteriana.....	197
El sarro.....	200
Enfermedad periodontal.....	201
Prótesis dentales.....	202
Uso y mantenimiento de las prótesis dentales.....	204
Autor.....	205
Bibliografía.....	205
Glosario.....	207





Estimado cuidador y cuidadora:

Este manual ha sido preparado para acompañarlo durante su formación.

Los tres primeros cuadernillos desarrollan los temas de estudio, mientras que el último es de ejercicios y casos prácticos. Al final de cada cuadernillo encontrará un glosario de términos, con el significado de las palabras que están identificadas en el texto con color **azul**.

Esperamos que se adueñe de este material, y lo utilice tanto como una carpeta de trabajo como un libro de consulta una vez que haya concluido su capacitación.

Le deseamos el mayor de los éxitos y esperamos que disfrute del aprendizaje.

Dra. Mónica Roqué
Compiladora





Prólogo

Cuando me piden un prólogo para una publicación destinada a los Adultos Mayores, pienso en que es una excelente oportunidad para hacer un recorrido por esta gestión que, desde cada una de las áreas que integran el Gobierno Nacional, viene tomando medidas a favor de nuestras personas mayores.

Pensar en la realidad social al comienzo de la gestión, es tener recuerdos dolorosos, relacionados con derechos perdidos, vulnerados, donde el trabajo ya no era el lugar de pertenencia e inclusión, y era preciso pensar en acciones que permitieran dar cuenta de las necesidades más inmediatas de la población excluida.

Hoy podemos decir, con orgullo, que ya no hablamos de necesidades sino de derechos, y hablar de derechos es decir que todos somos ciudadanos de un país que garantiza el acceso a bienes y servicios de calidad para la salud, la seguridad social, procurando la participación para la construcción de ciudadanía.

Ponemos eje en la familia, el trabajo y la organización social para el desarrollo pleno, y esto implica que las políticas sociales se constituyen en un factor clave, donde buscamos que sean éticas y justas, con una concepción de integralidad. Tal es así que, hoy en día, las políticas sociales que lleva a cabo el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación están integradas en dos áreas denominadas “marcas”, donde tanto el trabajo como la familia se convierten en ejes de acción centrales:

- **ARGENTINA TRABAJA:** El trabajo es el mejor organizador e integrador social y constituye la herramienta más eficaz para combatir la pobreza y distribuir la riqueza. Además es una actividad clave en la vida de las personas, porque les permite desarrollar sus capacidades, sociabilizar y crecer con dignidad. Por eso entendemos que la generación de empleo digno y genuino es la mejor política social. Esta Marca engloba las siguientes herramientas: Monotributo Social; Microcrédito; Marca Colectiva; Centros Integradores Comunitarios; Talleres Familiares y de Grupos Comunitarios; Proyectos integrales socio productivos; Comercialización y Compre Social; Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social (SINTyS).

- **FAMILIA ARGENTINA:** Las familias son el eje fundamental para la planificación y desarrollo de las políticas sociales porque son la organización social responsable de la reproducción de la vida en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es el espacio privilegiado de la construcción subjetiva y del sostén identitario. Es por ello que el objetivo primordial de este eje es el fortalecimiento de las familias y comunidades, la participación ciudadana y la promoción y protección de derechos, a través de las siguientes estrategias: “Plan Nacional de Seguridad Alimentaria”, “Plan Nacional de Deportes”, “Plan de Abordaje Local – AHÍ”, “Pensiones No Contributivas”, “Niñez, Adolescencia y Familia”, “Primeros Años”, “Asistencia Directa a las Familias”.

Se trata, en definitiva, de un modelo de país inclusivo, integrador, que promueve la reconstrucción de los lazos sociales, el ingreso a través del trabajo y el fortalecimiento de las familias, como lugar de desarrollo de la persona.

En la actualidad, el creciente envejecimiento de las poblaciones es un fenómeno mundial sin precedentes que afecta más profundamente a los países de América Latina y El Caribe. Teniendo en cuenta que este fenómeno está produciendo una transformación en las sociedades actuales, es que debemos adecuar nuestro accionar hacia los Adultos Mayores, para asegurarles una mejor calidad de vida. La creciente población de Adultos Mayores debe ser integrada como destinataria de políticas sociales específicas por parte del Estado, pero también debe garantizarse que ellos mismos puedan ser artífices de su propia vida.

Es por ello que se han producido acciones de gobierno específicas de seguridad social, facilitando el acceso a las pensiones no contributivas, a las jubilaciones y a la asignación social.

Hoy podemos dar cuenta de un aumento considerable de pensiones no contributivas, destinadas a garantizar el acceso a un sistema de pensiones para aquellos que no han podido realizar aportes, con más de 1 millón de pensionados, y 2.400.000 de nuevos jubilados, amas de casa y jubilaciones anticipadas.

Generamos, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, acciones participativas y de integración, como “El Consejo Federal de Mayores”, “La experiencia cuenta”, el “Voluntariado social” y los “Cuidadores domiciliarios”, a lo

largo de todo el territorio nacional, con amplia participación de adultos mayores y una importante interacción intergeneracional. Asimismo, y para generar campañas de difusión, mecanismos de prevención y concientización social, se ha creado el Programa de Prevención de la Discriminación, el Abuso y el Maltrato hacia los Adultos Mayores.

Y teniendo en cuenta la necesidad de formar específicamente profesionales a lo largo de todo el territorio se ha creado la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, destinada a profesionales de varias ramas, que se especializan para la gestión de políticas, herramientas y acciones para la atención del adulto mayor, desde la mirada del derecho y la integralidad.

La formación de cuidadores domiciliarios resulta una tarea importantísima para garantizar el derecho de las personas mayores de “Envejecer en Casa”. Ya llevamos 17.000 cuidadores formados, cifra que se incrementa año a año, y esperamos que para cuando finalice el año sean 20.000. Es por ello que los convoco a estudiar, capacitarse aprender nuevas técnicas y conocimientos, pero también les pido que pongan al servicio de los mayores el compromiso, la solidaridad y el amor, porque sin ellos podremos ser buenos técnicos, pero seguro no seremos buenos cuidadores.

Un país justo se construye entre todos y todas, por ello, no hay caminos largos o cortos, sino los que vamos a encontrar en el trabajo colectivo, en la participación y en el ejercicio de nuestros derechos.

Dra. Alicia Kirchner





CAPÍTULO 1:



La salud y los cuidados geriátricos





El sistema de salud en Argentina

A pesar de los avances terapéuticos y de las repetidas reformas en salud, las desigualdades en la atención médica siguen siendo una deuda pendiente de muchísimos países en el mundo entero, tanto entre los países entre sí, como hacia el interior de cada uno de ellos. Argentina no está exenta de este problema.



Nuestro sistema de salud está compuesto por tres subsistemas o subsectores, a saber:



1. El público.

2. El de las Obras Sociales o también llamado de la Seguridad Social.

3. El privado.

De ahí la importancia de tener en cuenta las características centrales de cada uno de ellos para lograr una visión integral del escenario existente en salud. En este sentido no sólo se observa la falta de integración entre los distintos subsistemas, sino que dentro de cada uno de ellos también existen serios niveles de fragmentación.

En el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado la falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). Y en el caso de los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación.

Como sabemos, el subsector de la salud pública está conformado por una extensa red, (ampliamente desarrollada en todo el país), integrada por todos los Centros de Atención Primaria y Hospitales, cuyos recursos provienen del sistema impositivo, siendo la atención que brinda de carácter gratuito y universal.

El subsector de la seguridad social, también conocido como de las Obras Sociales, y el de la salud privada están conformados por todas las Empresas de Medicina Prepaga, Clínicas y Sanatorios que brindaran atención a los afiliados de las obras sociales y prepagas.

En el caso de la seguridad social u Obras Sociales se constituye como un seguro social para protección de los trabajadores asalariados y sus familiares directos que se financia con los aportes obligatorios del empleador y el empleado, mientras que la salud privada se financia con los aportes voluntarios con dinero de bolsillo de los afiliados.

Alrededor de un 37,6% de la población se atiende por el sistema público y un 51,52% por obras sociales.

El Ministerio de Salud de la Nación es el encargado de la regulación de programas abocados a la tarea de la atención de la salud.

Un poco de historia

Para conocer el nacimiento de nuestro Sistema de Salud debemos remontarnos al 23 de mayo de 1946 cuando se creó la Secretaría de Salud Pública, que pasaría a ser Ministerio tres años más tarde con la reforma constitucional de 1949.

El 29 de mayo de 1946 el profesor doctor Ramón Carrillo fue designado Secretario de Salud Pública, cargo que asumiría el día 4 de junio de 1946 cuando el General Juan D. Perón se hizo cargo de la presidencia.



El Gral. Perón y el Dr. R. Carrillo

Al iniciar sus funciones, el doctor Carrillo se encontró con una gran población vulnerable totalmente desprotegida, una importante desorganización estructural, con escasas instalaciones sanitarias inadecuadas, y con falta de camas, de equipamiento médico, de insumos y de personal capacitado. Esto fue lo que lo motivó a comenzar a trabajar en una serie de cambios representados en tres puntos que siempre sostuvo Ramón Carrillo:

1. *“Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la salud”.*
2. *“No puede haber política sanitaria sin política social”.*
3. *“De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por los medios adecuados”.*

Su gestión marcó un interés especial en áreas que el Estado no había profundizado hasta entonces, como la medicina preventiva y la medicina social, incluyendo temas como la ancianidad y la atención materno-infantil, gestando el nacimiento de una política pública que hasta hoy sigue vigente.

Con total certeza podemos afirmar que el Dr. Ramón Carrillo fue el padre de nuestro Sistema de Salud.

Proceso salud enfermedad

La salud y la enfermedad **son una misma entidad** y en ese sentido deben ser entendidos.

El concepto o noción de enfermedad no existe en ausencia del de salud, y viceversa. Sin embargo, esta afirmación, simple en apariencia, encuentra serias limitaciones al momento de *internalizar conocimientos*.

La medicina tradicional ha operado considerando a la salud como la ausencia de enfermedad y en esa consideración ha perdido la identidad de la salud.

La enfermedad ha sido un fenómeno de fácil identificación y de aparente fácil delimitación: los médicos se forman en los hospitales públicos con los enfermos.

En cambio, la salud tiene límites más imprecisos y significados más erráticos.

“Mucho sabemos de que se muere la gente, un poco menos por qué se interna y de qué se enferma, pero nada sabemos de su sistema de creencias, de sus valores y de sus normas.

Maria Angélica Touceda

La epidemiología (estudio de las enfermedades que afectan transitoriamente a muchas personas en un sitio determinado), concibe los **fenómenos de la salud y la enfermedad como un solo proceso dinámico**.

El individuo pasa de un estado a otro, repetidamente a lo largo de su vida, y en este continuo, identificar los límites de uno u otro se transforma en un problema de orden técnico.

Concepto de envejecimiento saludable

Se entiende por envejecimiento (o *senescencia*) al conjunto de modificaciones que se producen en un organismo vivo con el paso del tiempo. Estas modificaciones son irreversibles e inevitables y suceden por múltiples causas.



En las personas, con el paso del tiempo se modifican todos los órganos, aparatos y sistemas del organismo, y pierden la capacidad de “hacerle frente” a la enfermedad, lo cual hace a los mayores más vulnerables.

Estos cambios no se producen al mismo tiempo en todas las personas ni aun en todos los órganos en una misma forma: la variabilidad individual que hace que podamos observar personas de la misma edad con funcionalidad completamente diferente.

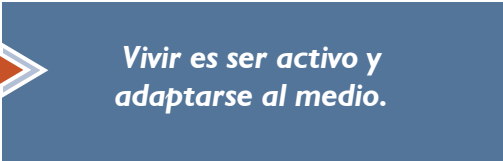
Las modificaciones están influenciadas por los hábitos de vida, algunos aspectos genéticos, y efectos del ambiente en el que vive.

Así distinguimos entre:

- el **envejecimiento fisiológico**, al referirnos a los cambios debidos al envejecimiento normal de las personas,
- y **envejecimiento patológico**, que sucede cuando los parámetros se desvían de los considerados normales, por la presencia de patologías derivadas del estilo de vida y de las circunstancias ambientales.

Hay diversas teorías que intentan explicar el por qué de los cambios que suceden al envejecer.

En las personas mayores encontramos con frecuencia problemas de salud difíciles de encuadrar en el marco de “clásica enfermedad”. Este tipo de presentación clínica ha llevado a la definición de los **síndromes geriátricos**, que requieren de una intervención específica y de un abordaje integral, propios de la medicina geriátrica.



Vivir es ser activo y adaptarse al medio.

Al aproximarnos al estudio del proceso de envejecimiento debemos partir de la base según la cual **vivir es ser activo y adaptarse al medio**.

El concepto de **envejecimiento activo** surge del mantenimiento de las capacidades físicas, las funciones cognitiva e intelectual, la integridad afectiva y la participación

social, la motivación, el mantenimiento de un buen estado de salud, y de elaboración de proyectos personales.

Envejecer activamente favorece la consecución de un envejecimiento exitoso.

Enfermedades prevalentes

Es necesario considerar que a medida que las personas envejecen disminuye la vitalidad y la reserva fisiológica, lo cual hace a las personas mayores más vulnerables a padecer ciertas enfermedades, a las que llamamos **prevalentes** porque son las que aparecen con mayor frecuencia en las personas mayores.

Entre ellas podemos mencionar la enfermedad cardiovascular, cáncer, accidente cerebro vascular, diabetes, infecciones, patologías osteoarticulares, etc.

El síndrome geriátrico

A menudo las enfermedades en los adultos mayores se manifiestan de manera diferente a como lo hacen en los más jóvenes, con signos y síntomas distintos y generalmente más inespecíficos. Teniendo en cuenta que generalmente coexisten en este grupo varias patologías y la polifarmacia, el cuadro clínico se dificulta aún más.

El síndrome geriátrico es el conjunto de síntomas y signos clínicos que constituyen un problema grave.

Los síndromes geriátricos son considerados la “vía final común” de la conjunción de varias enfermedades altamente prevalentes y que pueden expresarse por síntomas diferentes de las enfermedades que los producen.

Por ejemplo, un estado confusional que responde al síndrome de “incompetencia intelectual” o “deterioro cognitivo” puede ser generado por una infección respiratoria, la pérdida de un cónyuge, o una internación, y no necesariamente por daño cerebral directo.

Los síndromes geriátricos, entonces, constituyen un concepto diferente al de enfermedad, que podemos denominar “problemas”. Y su evaluación debe hacerse desde la repercusión en lo médico, social, emocional y el desempeño en la vida diaria.

Es importante tener presente que **las enfermedades en las personas mayores se pueden presentar como síndromes geriátricos.**

Por considerarse que gran cantidad de personas mayores están afectadas por alguno de estos síndromes han sido denominados por Bernard Isaacs desde 1975 como los “**Gigantes de la geriatría**”. Ellos plantean una constante amenaza al bienestar y a la felicidad de los adultos mayores y de sus cuidadores y a la integridad de los servicios de salud.

Bernard Isaacs definió a los “Gigantes” o las “Cuatro íes” de la siguiente manera:

- **Inestabilidad y caídas:** es la tendencia a perder el equilibrio y caer.
- **Incontinencia urinaria:** es la pérdida involuntaria de orina y/o heces.
- **Inmovilidad:** es la incapacidad para desplazarse sin riesgos y sin ayuda humana.
- **Incompetencia intelectual, o deterioro cognitivo,** que implica la pérdida de las funciones cerebrales en tal grado de severidad que una vida independiente y segura se torna imposible.

Características comunes de los “gigantes”

Estos síndromes geriátricos comparten las siguientes características:

- **Responden a múltiples causas:**

Por ejemplo, la incontinencia urinaria puede ser causada entre otros motivos por infección urinaria, por dificultades en el movimiento que limitan a la persona para llegar al baño, o por medicamentos como diuréticos.

- **Limitan la independencia de la persona:**

Continuando con el ejemplo de la incontinencia urinaria, ésta con frecuencia es motivo de aislamiento e institucionalización.

- **Presentan baja letalidad:**

Es decir que no comprometen la vida de las personas que la padecen.

- **Casi nunca responden a medidas terapéuticas simples:**

Requieren de un abordaje interdisciplinario.

- **Causan consecuencias más graves que el síntoma en sí mismo:**

En el caso de la incontinencia urinaria, produce mayor necesidad de cuidados, pérdida de independencia, aislamiento y hasta institucionalización.

Son estos atributos los que constituyen a los “gigantes” en un desafío al sistema de asistencia de las personas mayores.

Cascada de eventos adversos

Diversas situaciones de estrés, tales como enfermedades, mudanzas, pérdida de seres queridos, hasta incluso cambios del cuidador, pueden determinar la aparición de un “efecto cascada”, que puede expresarse como “**cascada de la incapacidad y la dependencia**”.

Esta cadena de eventos deriva finalmente en la pérdida de independencia: una vez que aparece un problema de salud o una situación social estresante, su

sola presencia puede generar la aparición de un nuevo problema, y éste último determinar la aparición de un tercero que desencadena un fenómeno en cascada que resulta devastador para el paciente.

Se trata de una situación que es frecuente en el paciente de edad avanzada.

Veamos un ejemplo:

Rosa vive sola, realiza sus compras y suele salir todos los viernes con amigas a tomar un café. Un día, en una de esas habituales salidas, Rosa se cae, se fractura la cadera y debe ser internada. La cirugía se demora más de lo esperado, aunque finalmente se opera.

El cuadro clínico se complica con una infección urinaria, y comienza un cuadro confusional, desorientación, agitación, dependencia para alimentarse y cuidados para todas las actividades de la vida diaria, por lo que requiere de un cuidador 24hs para poder volver al domicilio.

Puntos clave para el cuidador

- Conocer que existen múltiples causas debajo de un problema.
- Los síndromes geriátricos pueden desencadenar una cascada de eventos adversos por lo que es importante que sean atendidos y no considerarlos “propios del envejecimiento”.
- Reconocer cuál evento puede relacionarse con la aparición del problema puede ayudar al profesional a determinar la causa. Ante la aparición de deterioro cognitivo, o confusión, por ejemplo, es importante averiguar si hubo modificaciones en la medicación, o algún evento familiar, una mudanza, algún signo de enfermedad como fiebre, agitación, diarrea...Serán datos útiles para el profesional que evalúe a la persona que lo padece.

Polimedicación y automedicación

Los medicamentos tienen un alto impacto en el control de las enfermedades de las personas. Sin embargo, las características particulares de las personas mayores obligan a un uso cuidadoso de los mismos para evitar que la intervención genere más riesgos que beneficios.



¿Cuáles son las características que debe conocer el cuidador?

Con el envejecimiento se producen una serie de modificaciones en el organismo que **pueden alterar el efecto de algunos medicamentos** y generar en algunos casos efectos indeseables aun a dosis bajas. Además, es común la coexistencia de varias enfermedades (pluripatología), muchas de ellas crónicas; por ejemplo, una persona puede padecer de hipertensión arterial, diabetes, y enfermedad de Parkinson, todas patologías que requieren de tratamientos por largos periodos.

Estrategias para el cuidador

Es importante que el cuidador esté atento a detectar cualquier alteración que le impida al paciente el cumplimiento adecuado del tratamiento, como problemas visuales que dificulten la selección de los comprimidos correctamente, problemas de memoria para recordar indicaciones de la prescripción del médico o que generen duplicación de la toma por olvidos, dificultad motora en miembros superiores para dividir comprimidos, alteraciones en la boca que dificulten la ingesta de ciertas formas farmacéuticas que requieran por ejemplo el cambio de un comprimido a medicación en solución (jarabe), etc.

Ante estas situaciones, el cuidador debe:

- Corroborar si utiliza los lentes correctamente, en el caso de problemas en la vista.
- Preparar carteles con letra clara y tamaño adecuado con el nombre del medicamento y la hora o momento del día que debe tomarlo.
- Para personas con cierto grado de deterioro cognitivo puede ser útil realizar una cartilla que en lugar de decir desayuno, almuerzo, merienda y cena puede tener dibujos acordes. Por ejemplo:



Desayuno



Almuerzo



Merienda



Cena

- También puede ser útil armar un pastillero que además permita el control de la ingesta de medicamentos.
- En los casos en los que se detecten tratamientos complicados, es importante conversar con el médico a fin de simplificarlo, o que se explique adecuadamente. Alertar al médico de estos inconvenientes puede contribuir al cumplimiento adecuado de la prescripción.
- Cuando se visita al médico es importante llevar la lista de medicamentos que toma la persona y desde cuándo.
- Luego de una nueva prescripción preguntarle al médico acerca de posibles efectos adversos, y estar atentos a la aparición de nuevos síntomas.
- Preguntar también hasta cuándo debe tomarlo.

- En todos los casos llevar un registro adecuado.
- Conocer y alertar a la persona que las vitaminas y los medicamentos de venta libre también tienen efectos adversos.
- Desalentar la automedicación.
- Es importante conocer antecedentes de alergias a medicamentos.
- Tener en cuenta que los cambios de marcas comerciales pueden generar reacciones alérgicas.

Inestabilidad en la marcha y caídas

La inestabilidad es un problema frecuente en geriatría, y suele pasar inadvertida debido a que no se interroga acerca del síntoma.

La persona que la padece suele no consultar porque generalmente la atribuyen al envejecimiento. Sin embargo, **es una de las principales causas de deterioro funcional, discapacidad, predictor de mortalidad, factor de fragilidad y factor de riesgo de institucionalización.**

Con el envejecimiento el deterioro de la marcha aumenta progresivamente, y puede agravarse por la presencia de enfermedades crónicas como problemas en las articulaciones, modificaciones óseas, problemas neurológicos, diabetes, entre otras.



Dentro de los cambios posturales asociados al envejecimiento que favorecen la alteración de la marcha se encuentran: la modificación del centro de gravedad, la alteración de la coordinación, en los reflejos, en el equilibrio y en la flexibilidad de las articulaciones.

Las caídas pueden tener consecuencias:

- **físicas** como fracturas o hematomas,
- **psicosociales** como aislamiento, el temor a caerse o la institucionalización,
- y **económicas** por posibles gastos en salud, estudios complementarios, internaciones.

Si bien el 1% de las caídas originan fracturas, el 90% de las fracturas de cadera se deben a caídas.

Ante una caída no se debe ser indiferente, aun en ausencia de consecuencias graves. Se debe tener en cuenta que una caída puede ser la primera manifestación de enfermedad.

Es importante para el cuidador:

- Intentar identificar el desencadenante.
- Evaluar las consecuencias.
- Evaluar las circunstancias dentro de las que se ha producido.
- Transmitir esta información al profesional que evaluará a la persona.

Causas de caídas

La caída generalmente es el resultado de **factores intrínsecos**, (propios del individuo), **factores ambientales o extrínsecos**, y otros relacionados con la actividad que estaba realizando la persona al precipitarse al suelo.

- **Factores intrínsecos fisiológicos:** déficits visuales, alteraciones en la marcha, en el equilibrio, hipotensión ortostática, alteraciones del pie, entre otros.
- **Factores intrínsecos patológicos:** enfermedad neurológica, infecciones, fármacos (benzodiazepinas, diuréticos, antidepresivos, antihipertensivos...).
- **Factores extrínsecos ambientales:** debe observarse el suelo, alfombras, cables, muebles, calzado inadecuado, iluminación inadecuada, peldaños muy altos, y hasta el clima, más todos aquellos elementos que pueden provocar tropiezos y caídas.

A pesar de ser los intrínsecos los factores de riesgo más importantes, **es en los extrínsecos donde los profesionales y cuidadores pueden tener la máxima intervención para prevenir caídas.**

Consecuencias

Las caídas pueden ocasionar graves consecuencias, entre ellas:

- **Consecuencias físicas:** fracturas, traumatismos, discapacidad. Una caída también puede desencadenar una “cascada de complicaciones”: inestabilidad... caída... fractura... internación... inmovilidad... escaras... síndrome confusional...sepsis... muerte.
- **Consecuencias psicológicas:** el miedo a caerse o “síndrome post caída” es una de las mayores consecuencias, a veces agravada por una familia sobre protectora, otras veces como consecuencia del mal manejo de dolor. El miedo determina la pérdida progresiva de movilidad, pérdida de autonomía y mayor dependencia, lo cual puede llevar a la institucionalización, la que podría haber sido evitada con un correcto abordaje integral.
- **Consecuencias socioeconómicas:** los adultos mayores que han sufrido una caída o más, consultan más veces. Tienen con frecuencia mayor necesidad de cuidadores, formales o informales, y aumenta el índice de institucionalización.

La inestabilidad en la marcha y las caídas, forman parte del síndrome geriátrico del que más se conocen los factores de riesgo, y por este motivo en el que más se puede intervenir.

Pautas para el cuidador

1. Las personas mayores, cuando pasan de la posición horizontal a la posición de pie en forma brusca, sufren una disminución de la llegada de sangre al cerebro. Se puede producir descenso de la presión arterial, visión borrosa, mareos y caída.

Para evitarlo:

- aconsejar a la persona que realice los cambios de posición paso a paso y lentamente.
- Sentándose primero en la cama durante unos momentos para posteriormente incorporarse.
- Si la persona suele levantarse de noche para ir al baño, puede ser útil utilizar orinales al pie de la cama (chata o papagallos).
- Evitar encerar los pisos.
- Dejar una luz de noche en el dormitorio.
- Evitar obstáculos como alfombras, juguetes, elementos en el piso.
- Si duerme solo es necesario utilizar un dispositivo como llamador por ejemplo una campanilla.
- Los pisos del baño deben estar siempre secos.
- Pueden ser útiles las agarraderas o barandas que sirvan de apoyo.

2. Son frecuentes las caídas al levantarse de las sillas o sillones o cuando no se toma la precaución de frenar las sillas de ruedas al incorporarse el paciente.

- Cuidar que los zapatos estén bien calzados.
- El calzado debe tener en lo posible suela de goma.

3. Hay veces que los mareos se producen con los movimientos de la cabeza.

- Estar atentos a este síntoma para asistir a la persona en los giros.
- Puede ser útil también la utilización de un bastón para dar mayor seguridad al caminar.

Recordemos que la caída puede ser la primera manifestación de una enfermedad.

El cuidado del paciente operado de cadera

La fractura de cadera es un problema altamente prevalente en esta población, y es causa frecuente de requerimiento de la presencia de un cuidador, por lo que resumiremos algunas recomendaciones:

- Observar diariamente el estado de la piel. Se debe prestar especial atención al estado de hidratación, la coloración de la piel, la aparición de heridas o hematomas.
- Para evitar las lesiones en la piel, es importante mantener la piel bien hidratada, secarla bien luego de cada higiene, evitar pliegues de las sábanas, y la ropa de cama, procurar realizar los cambios de decúbito (cambios de apoyo) según indicación médica.
- Nunca poner de pie al paciente sin la autorización previa del médico.
- Luxación de la prótesis: se puede producir por un movimiento de flexión y rotación interna forzada. Es el caso típico en la posición de sentado en sillón bajo o en el baño, con las rodillas juntas y los pies separados.

- Prestar atención a la aparición de dolor o rotación interna y acortamiento del miembro.
- Nunca traccionar el miembro operado.
- Acomodar una almohada entre las piernas para evitar la rotación interna.
- No colocar chatas por debajo de la parte afectada traccionando el miembro.
- Para alimentarlo, el ángulo para elevar la cabecera de la cama no debe superar los 45°.
- Indicar taloneras para proteger de lesiones los talones.
- Cuando se necesite rotar al paciente, no hacerlo totalmente, y colocarle almohadas sobre la espalda para que no gire.
- Las rotaciones preventivas se indicarán cada una o dos horas.
- Es frecuente que la menor movilidad y una hidratación inadecuada pueden afectar el tránsito intestinal, por lo que es importante controlar y monitorear el ritmo evacuatorio.
- El cuidado del postoperatorio es tan importante como la cirugía misma.

Alteraciones del aparato circulatorio

Los problemas circulatorios son enfermedades que afectan las venas y las arterias.

El daño es producido en general por obstrucción del flujo sanguíneo secundario a raíz de enfermedad de la pared de los vasos, que puede a su vez ser complicación de enfermedades crónicas como alteraciones en el colesterol, la presión arterial o enfermedad coronaria (del corazón).

La afección de las venas es más lenta y de menor gravedad que el daño de las arterias, pero no menos molesta.

Patologías más frecuentes

Las várices son la enfermedad más común de las venas. Afecta del 15 al 20% de las personas mayores, con predominio del sexo femenino.

Otro tipo de alteraciones en las venas se refieren a episodios de trombosis que pueden ser superficiales o profundas.

Respecto de enfermedades que afectan las arterias, las complicaciones están relacionadas con la obstrucción al flujo sanguíneo que puede ser de diferente gravedad.

Los problemas relacionados con las várices pueden ser:

- Estéticos, en los que se observa dilatación y tortuosidad en territorio varicoso.
- Edema de miembros inferiores que aumenta al progresar el día y puede ser peor los días de calor.
- Pesadez.
- Trombosis. Puede manifestarse por dolor en la pantorrilla, asimetría en el diámetro de ambas piernas. Cabe aclarar que el edema bilateral aleja la posibilidad de una trombosis. Por otra parte **este diagnóstico es grave y requiere de consulta urgente.**



Trastornos cardíacos

Las enfermedades cardiovasculares ocupan un lugar central en la salud de las personas mayores. Este grupo de enfermedades producen una enorme cantidad de problemas en el desempeño de las actividades de la vida diaria, morbilidad, y son causa de ingresos hospitalarios, deterioro funcional, y necesidad de cuidadores.

A medida que las personas envejecen se producen cambios en la estructura y en el funcionamiento del corazón y de las arterias que predisponen a la presencia de enfermedades, y limitan la capacidad de ejercicio. Las arterias se ponen más rígidas, lo que favorece el aumento de la presión arterial.

Las enfermedades más frecuentes son: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica (infartos) y enfermedad de las arterias.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo cardiovascular e influye en la aparición de otras enfermedades como la insuficiencia cardíaca.

Alertas para el cuidador

- **Insuficiencia cardíaca:**

La presencia de *disnea* (sensación de falta de aire) es más grave a medida que se relacione con esfuerzos menores, por ejemplo, la disnea que aparece al subir escaleras es menos grave que la disnea en reposo.

La aparición de edemas progresivos en los miembros es un signo de alarma.

- **Cansancio o fatiga muscular:**

A pesar que los síntomas previos pueden servir de guía, se debe recordar que en personas de edad avanzada esto puede presentarse de manera diferente. Por ejemplo, en una persona sedentaria, es posible que se retarde o no aparezca la sintomatología ante los esfuerzos, y que se manifieste solamente por estado de confusión, pérdida del apetito, cambios del humor, insomnio, tos nocturna, imposibilidad de dormir acostado a 180°.

Hay que tener presente que los edemas y la disnea puede ser manifestación -no sólo de enfermedad cardiovascular- sino de otras enfermedades como anemia, enfermedades respiratorias, arritmias.

La cardiopatía isquémica

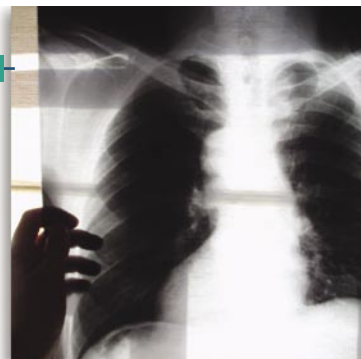
Es una enfermedad en la cual se produce un defecto en la circulación sanguínea a nivel del miocardio (músculo cardíaco) debido a una obstrucción de las arterias coronarias. Esta alteración puede causar dolor de pecho, como se observa en el infarto agudo de miocardio.

En la mayoría de los casos la obstrucción de las arterias coronarias se debe a la **arteriosclerosis**. Por tanto, es fundamental la prevención y tratamiento de los factores de riesgo como el tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, hiperlipidemias, obesidad y el sedentarismo.

Es muy importante el control de la presión arterial.

Alteraciones del aparato respiratorio

También a nivel del sistema respiratorio se producen modificaciones en el envejecimiento. La fuerza de los músculos inspiratorios y espiratorios disminuye. Todo ello parece favorecer la aparición de “fatiga muscular respiratoria”, al ser sometidos a una mayor demanda, o al ser afectados los pulmones por un proceso patológico.



Las patologías respiratorias más frecuentes son las infecciones, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, tumores.

Recomendaciones y puntos clave para el cuidador

- La patología respiratoria en las personas mayores no siempre se presenta con síntomas típicos.
- Los síntomas típicos de una neumonía son fiebre, tos, expectoración. En las personas mayores una neumonía puede presentarse con confusión, negativa a alimentarse, somnolencia, fatiga, dolor muscular, debilidad generalizada aun en ausencia de fiebre.
- La *disnea* (sensación de falta de aire) de aparición brusca es una urgencia que debe ser atendida.
- Si la persona cursa un cuadro respiratorio con tos productiva (aumento de secreciones), es mejor colocar 2 ó 3 almohadas al acostarse.

Alteraciones del aparato digestivo

Constipación o estreñimiento

Antes que nada es importante remarcar que **el estreñimiento no es una enfermedad**, pero es un problema frecuente que puede tener grandes complicaciones, e incide en la calidad de vida de la persona que la padece.

EL ritmo evacuatorio es variable entre las personas mayores, y se considera normal **entre 3 veces por día, hasta 3 veces por semana.**

A pesar de los cambios fisiológicos del envejecimiento a nivel del tubo digestivo como la atrofia de la mucosa intestinal, o la disminución de los movimientos intestinales, **la constipación no es fisiológica y siempre debe buscarse la causa.** Generalmente es multifactorial: influyen la hidratación, la dieta, la movilidad, medicamentos,

hábitos, y algunas condiciones médicas como alteraciones intestinales, neurológicas, deshidratación, inmovilidad.

A pesar que la mayoría de las veces sólo provoca molestias puede tener graves consecuencia como:

- **Impactación fecal o bolo fecal:** esta es la complicación más frecuente, las heces se endurecen y pueden lesionar el recto.
- **Dolor abdominal** tipo cólico.
- **Diarrea por rebosamiento** (es decir el intestino está repleto de materia fecal por constipación, pero la persona presenta diarrea persistente). Este cuadro se conoce con el nombre de *pseudodiarrea*.
- **Obstrucción intestinal**, que se presenta con distensión abdominal, náuseas y vómitos. Este cuadro requiere ingreso hospitalario.

La pérdida del apetito, el malestar abdominal, los cambios del humor y hasta un cuadro de confusión pueden ser el modo de presentación de un cuadro de constipación.

Alertas para el cuidador

- Distensión abdominal.
- *Catarsis negativa* (no defeca) por más de 5 días, o cambio en el ritmo evacuatorio habitual.
- Vómitos.

- Dolor abdominal.
- Materia fecal color negro (ojo, las personas que toman crema de bismuto o hierro pueden tener la materia fecal oscura y esto es normal).
- La presencia de moco, pus o sangre en la materia fecal.
- Se debe evitar el uso de laxantes en forma crónica.

Incontinencia urinaria

Se llama incontinencia urinaria a la pérdida involuntaria de orina.

La incontinencia urinaria puede ser causa de deterioro en la calidad de vida de los adultos mayores. Y muchas veces es reversible. No es un proceso normal del envejecimiento, aunque puede ser favorecida por algunos cambios que aparecen a través del tiempo.

Causas frecuentes

- Algunos medicamentos como sedantes, relajantes musculares, diuréticos, antidepresivos, y otros.
- La falta de agilidad para trasladarse hasta el baño.
- Las infecciones urinarias, las cirugías, el prolapso uterino, patología de próstata, enfermedades neurológicas, cardíacas, diabetes, y otras.

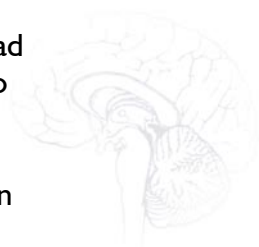
Recomendaciones para el cuidador

- Saber que no es un proceso normal del envejecimiento.
- Favorecer, en lo posible, la consulta médica.
- Establezca y acuerde una rutina para ir al baño, (por ejemplo cada 3 hs.), puede ser de gran utilidad.
- Colabore en la eliminación de obstáculos como alfombras, cables, muebles en el hogar que dificulten la llegada al baño.
- La utilización de pañales o apósitos sin la debida evaluación médica puede ser perjudicial.
- Elija ropa cómoda y fácil de quitar, (por ejemplo “velcros” en lugar de botones o cierres).
- Sepa que algunos medicamentos favorecen la aparición de incontinencia urinaria (diuréticos, sedantes).
- Ilumine correctamente los pasillos. La luz debe ser adecuada para facilitar el acceso al baño.
- Realice una correcta higiene de la zona genital.
- Distribuya la ingesta de líquidos: más en horas de la mañana si la incontinencia se produce a la noche.
- Evite la ingesta de café, alcohol y mate, más en horas de la tarde.

Alteraciones del sistema nervioso

El accidente cerebro vascular (ACV) es una enfermedad altamente prevalente en esta población y está dentro de las cinco causas de muerte más frecuentes.

La forma en que se presenta está determinada por la localización del daño cerebral, y también por el tamaño y por la causa.



- Es un cuadro de aparición brusca con dificultad para movilizar un hemicuerpo: cara, miembro superior e inferior, que puede ser de distinta gravedad, desde debilidad hasta la parálisis total.
- Puede o no acompañarse de dificultad para hablar.
- Puede o no acompañarse de dificultad para comprender consignas.
- Puede o no presentar inestabilidad que aparece bruscamente con o sin vértigo, con o sin alteraciones en la visión.

Ante la sospecha de un cuadro cerebro vascular por una alteración brusca de movimiento, tener presente que es una urgencia.

Consejos para cuidadores de personas con secuela de ACV

- Es importante estimular el lado inmovilizado (*pléjico*).
- La cama debe orientarse de manera que el lado pléjico quede hacia la pared para favorecer el estímulo.
- También es importante movilizar las articulaciones.
- No colocar ropa de cama sobre el miembro pléjico ya que esto puede favorecer posiciones viciosas.
- Recordar que también es importante movilizar al paciente lo antes posible.
- Cuidar la piel.
- Controlar la aparición de lesiones.

Alteraciones del aparato locomotor. Artrosis

La **artrosis** es una enfermedad producida por el desgaste del cartílago, un tejido que hace de amortiguador protegiendo los extremos de los huesos y que favorece el movimiento de la articulación. Es la enfermedad reumática más frecuente, especialmente entre personas de edad avanzada.



Distinguimos dos tipos de artrosis: una artrosis primaria sin factores desencadenantes o predisponentes, y otra secundaria, por ejemplo a consecuencia de traumatismos o enfermedades de las articulaciones.

Si bien la edad es un factor asociado con mayor riesgo de padecer artrosis, no es un proceso normal del envejecimiento.

Modo de presentación

El dolor articular es la manifestación más frecuente; generalmente aparece con la movilización y disminuye con el reposo, aunque en casos graves y avanzados puede ser continuo o discapacitante.

Puede haber rigidez al despertar, un período de inflamación articular y edema de la articulación.

Para el cuidador es importante:

- Mantener la autonomía de la persona a la que cuida.
- Dejar al alcance de su mano productos de uso frecuente.
- Es posible realizar adaptaciones de utensilios de mano.
- Consultar por bastón o andador para permitir la descarga de peso en las articulaciones de miembros inferiores.
- Consultar en caso de dolor.

Alteraciones metabólicas y electrolíticas. Deshidratación

El agua forma parte de todas las estructuras del organismo.

Durante el envejecimiento también suceden cambios en la composición corporal. El agua corporal total de las personas de edad avanzada disminuye. Cae un 15% aproximadamente a lo largo de la vida. La deshidratación provoca una serie de modificaciones en la irrigación sanguínea y sufrimiento a nivel de todos los órganos.



Causas

La deshidratación puede producirse por diversos mecanismos:

- **Porque ingresa menos agua que la que se requiere.** Recordemos que las personas mayores tienen disminuida la sensación de sed, lo que hace que pidan menos agua.
- **Porque pierde más agua que la que ingresa.** Por ejemplo en periodos de fiebre, *taquipnea* (aumento de la frecuencia respiratoria), diarrea, o en los días de temperatura muy elevadas.
- **Porque el agua se ubica en una región del cuerpo donde no puede ser utilizada,** como en el abdomen (*ascitis*), un derrame pulmonar o un hematoma interno (traumatismos graves). Esta última posibilidad aparece en enfermedades sistémicas como insuficiencia cardíaca grave, tumores, o traumatismos.

Otras causas son:

- Medicamentos: sedantes, hipnóticos, diuréticos.
- Depresión, demencias.
- Infecciones graves.
- Disminución de la agudeza visual.
- Restricciones físicas.
- Inmovilidad.

Signos y síntomas de la deshidratación

El modo en que se presente la deshidratación varía de acuerdo a la velocidad con que se instale el cuadro. Puede haber:

- Alteración del *sensorio* (Trastornos de conciencia, atención y orientación). La persona está más dormida, con menos respuesta a estímulos externos.
- Somnolencia.
- Cambios del humor.
- Negativa a comer.
- Debilidad muscular.
- Inquietud.
- Confusión.

En los cuadros graves, de no recibir tratamiento puede conducir a la muerte.

Ninguno de estos síntomas es específico o exclusivo de la deshidratación, por lo que la valoración de un médico es fundamental para realizar el diagnóstico y proceder al tratamiento.

Medidas de prevención para el cuidador

- Es importante ofrecer agua independientemente de la solicitud de la persona.
- Trate de que la persona mantenga una ingesta aproximada de 2 litros diarios teniendo en cuenta infusiones en las comidas.
- Proponga utilizar ropa clara los días de altas temperaturas.
- Refuerce la hidratación si la persona cursa una infección o diarrea.
- También es importante prestar atención a ritmo de micciones (orina): una disminución en la frecuencia de orinar puede ser un signo de deshidratación.

Problemas para dormir

El tiempo de sueño es individual. El envejecimiento se acompaña de una menor duración de las etapas de sueño profundo. Sin embargo, el tiempo total de sueño se reduce sólo ligeramente.

Muchos medicamentos pueden asociarse a trastornos del sueño. A veces el despertar nocturno se debe a enfermedades cardíacas, pulmonares, reumáticas, etc., por lo cual, **toda situación de insomnio requiere del análisis del médico.**

Antes de consultar al profesional médico por problemas de sueño, es importante tomar nota de:

- Fecha y día de la semana que aparece el insomnio.
- Alimentación, bebidas y medicamentos que ingiere antes de acostarse.

- Actividades que realiza antes de acostarse como ser lectura, TV, teléfono.
- Hora que se acuesta a dormir.
- Tiempo que necesita para conciliar el sueño.
- Hora que se despierta.
- Presencia de somnolencia (adormecimiento, exceso de sueño) durante el día.

Recomendaciones para el cuidador

- Lograr que la persona vaya a la cama y permanezca en ella puede requerir de alguna planificación previa.
- Diríjase a la persona con tono de voz calmo en la noche para inducir el sueño.
- Mantenga la luz tenue, elimine los ruidos; la música suave puede ayudar si la persona la disfruta.
- Al igual que para otras actividades, es importante mantener una rutina a la hora de acostarse.
- A veces es necesario limitar las siestas durante el día.
- Reduzca la ingesta de café durante la tarde.
- Si la oscuridad asusta o desorienta a la persona, use luces nocturnas.

Recomendaciones para la persona que la padece

- Utilice la cama sólo para dormir, evite ver TV o leer en el mismo lugar donde descansa.
- Realice ejercicios durante el día.

- Restrinja la ingesta de café.
- Abandone el hábito de fumar.
- Restrinja la ingesta de alcohol.
- Procure reducir los ruidos ambientales.
- Levántese a los 30 minutos de acostarse si no puede dormir, hasta que tenga sueño.
- Acuéstese tan pronto como tenga sueño.
- Asegure una temperatura adecuada del ambiente en el que duerme.
- Tenga presente que las preocupaciones pueden ser el motivo de que el sueño se vea modificado.
- Situaciones novedosas tales como un viaje, enamorarse, el nacimiento de un nieto, pueden alterar su ritmo de sueño habitual.



El paciente confuso

Un evento frecuente en las personas de edad avanzada con o sin demencia, es la aparición de un cuadro confusional. Este puede deberse a la progresión de una demencia, o ser la expresión de un problema subyacente.

La evolución es de curso fluctuante, es decir que pueden alternarse períodos de lucidez con otros de somnolencia o excitación y desorientación marcada, y lenguaje incoherente.

Factores de riesgo

Los cuadros de confusión aguda se ven más frecuentemente en personas con:

- Deterioro cognitivo previo.
- Enfermedades crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca, depresión.
- Infecciones o que han estado internadas o sometidas a intervención quirúrgica.

Al igual que otros síndromes geriátricos, las causas son múltiples. Se pueden resumir como sigue:

- Enfermedades cardiovasculares.
- Patología respiratoria: neumonía, EPOC, insuficiencia respiratoria.
- Deshidratación.
- Anemia.
- Alteraciones en el sodio corporal.
- Traumatismos y caídas.
- Intervención quirúrgica.
- Internaciones sanatoriales o mudanzas.
- Patología vascular.
- Alteraciones en la glucemia.
- Medicamentos.
- Cambios de hábitat.

Pautas para el cuidador ante una persona mayor confusa

El tratamiento farmacológico lo indica el médico a partir del diagnóstico.

Es importante tener en cuenta con qué pudo relacionarse el cambio de conducta: si ha dormido bien, si ha recibido medicamentos nuevos las últimas 48hs, o si modificó las dosis habituales, si ha tenido fiebre, falta de aire, el ritmo de ingesta de líquidos, si recibió alguna visita poco usual, si ocurrió algún evento familiar con el cual se pueda relacionar, y cualquier dato que puede ayudar al profesional a encontrar la causa.

Las medidas de sostén comprenden:

- Tranquilizar al paciente.
- Mantener un ambiente adecuado libre de ruidos.
- Hablar pausado y de frente.
- Intentar no cambiar el cuidador.
- Puede ayudar avisar a un familiar para que lo acompañe.
- Mantener rutinas de cuidados personales.
- No obligarlo a realizar actividades para las que no quiere colaborar.
- Evitar en lo posible restricciones físicas como ataduras ya que esto puede empeorar el cuadro.
- Recordarle cordialmente donde está, qué hora es, y explicarle de manera pausada cada uno de los pasos que uno dará.

Demencia

La demencia es una enfermedad neuropsiquiátrica progresiva e irreversible con repercusión importante en quien la padece y sus familias.

Cuidar a una persona con **enfermedad de Alzheimer** (demencia), no es tarea fácil y puede volverse agobiante algunas veces. Cada día trae nuevos desafíos, como lo es enfrentarse a los cambios en la capacidad de realizar tareas de la vida diaria, y en los casos más avanzados, pueden aparecer nuevos patrones de conducta del enfermo.

Estrategias para el cuidador en situaciones frecuentes en personas con demencia

Para comunicarse, comprenderlo y ser comprendido:

- Diríjase al paciente con palabras sencillas, frases cortas y utilice un tono de voz amable.
- Evite hablarle como si fuera un bebé.
- No hable con otras personas como si no estuviera allí.
- Mantenga un ambiente tranquilo sin ruidos molestos (radio, televisión). Reducir las distracciones y los ruidos - como la televisión o la radio - ayudan a la persona a concentrarse en lo que usted le está diciendo.
- Diríjase a la persona por su nombre, asegurándose antes de hablar de que ella le está prestando atención.
- Dele tiempo suficiente para responder, no lo interrumpa.

La higiene

Bañarse puede ser un problema para algunas personas con demencia. Recuerde entonces:

- Evalúe cuál es el mejor momento del día para el baño e intente desarrollar una rutina.
- Tenga presente que algunas persona experimentan temor e incomodidad.
- Sea amable y respetuoso, hágalo con calma.

- Explíquelo a la persona paso a paso lo que va hacer.
- Permítale sí misma todo lo que le sea posible.
- Antes de empezar, tenga listo todo lo que necesita.
- Tenga en cuenta la temperatura del baño y tenga cerca toallas extras y una bata de baño. Pruebe la temperatura del agua antes de empezar el baño o la ducha.
- Minimice los riesgos utilizando una ducha de mano, coloque una silla en la ducha, agarraderas y alfombras antideslizantes en la bañera.
- Nunca deje sola a la persona en el baño.



Vestirse

El vestirse forma parte de las actividades básicas de la vida diaria. Abotonarse, subirse o bajarse un pantalón y escoger qué ponerse puede significar un reto para alguien con enfermedad de Alzheimer. Es importante reducir estas dificultades, aplicando estas estrategias:

- Intente como en otros casos mantener una rutina para el vestido. A la misma hora todos los días.
- Estimule a la persona para que lo haga por sí misma y se vista hasta donde sea posible.
- Respete sus tiempos sin presión.
- Permítale elegir las prendas.
- Si tiene una ropa favorita, considere comprarle varios juegos idénticos.



- Organice la ropa en el orden en que se la debe poner para ayudarle a ejecutar el proceso.
- Si es necesario darle instrucciones, éstas deben ser claras y paso por paso.
- Los elásticos en la cintura y los cierres de “Velcro” disminuyen las dificultades.

Alimentación

Pueden presentarse diferentes escenarios en relación a la alimentación. Algunas personas quieren comer todo el tiempo, mientras otras hay que estimularlas para que coman.

- Asegúrese que haya un ambiente tranquilo, libre de ruidos y otras distracciones para que la persona logre concentrarse en la comida.
- Proporciónele un número limitado de opciones de comida y sírvale porciones pequeñas.
- Las tazas con tapa pueden facilitar la ingesta de líquidos.
- Proporcione alimentos que se coman con las manos si la persona tiene dificultad para utilizar los cubiertos.
- Un plato hondo puede ayudar a evitar desbordes.
- Recuerde que los problemas de la dentadura y de la boca pueden también condicionar la conducta frente a la comida.



Tiempo libre

Encontrar actividades que las personas que padecen de la enfermedad de Alzheimer puedan hacer puede ser un verdadero reto para el cuidador. Hacer uso de las habilidades que la persona ya tiene generalmente da mejores resultados que tratar de enseñarle algo nuevo.

- Esté atento a las señales de agitación o frustración en cada actividad es la tarea más importante el cuidador.
- Incorpore las actividades que la persona parece disfrutar e incorpórelas de manera rutinaria cada día.
- **Incorporar el ejercicio dentro de la rutina diaria proporciona beneficios tanto a la persona como para el cuidador.** No solamente puede mejorar la salud, sino que también puede convertirse en una actividad importante que los dos pueden compartir. Puede ser cualquier actividad: caminar, nadar, bailar o trabajar en el jardín.
- Determine la hora del día y el lugar donde podrían practicar mejor ese tipo de actividad.
- Sea realista con los objetivos, comience despacio, y aumente el ritmo y momentos progresivamente.
- Recuerde que el ejercicio generalmente ayuda a todo el mundo a dormir mejor.



Incontinencia

A medida que la enfermedad avanza, muchas personas con enfermedad de Alzheimer presentan incapacidad para controlar la orina o los intestinos. La incontinencia puede ser muy perturbadora para quien la padece y muy difícil para quien lo cuida.

Puede ser causada por algunas enfermedades como una infección urinaria o generada por ciertos medicamentos como los diuréticos, por lo que **debe asegurarse de discutirlo con el médico que atiende a la persona.**

Para ayudar a prevenir los accidentes nocturnos:

- Limite la ingesta de café.
- Mantenga una rutina para llevar a la persona al baño. Por ejemplo cada 3 horas durante el día.
- Esté atento a señales corporales o gestos de la persona tales como inquietud o tirarse la ropa y actúe rápidamente cuando se presenten.
- Si la persona tiene incontinencia, sea comprensivo, conserve la calma, y tranquilícela si está angustiada.
- Si va a salir con la persona, averigüe dónde están localizados los baños y haga que la persona use ropa sencilla y fácil de quitarse.
- Lleve un juego extra de ropa en caso de accidente.

Alucinaciones y delirios

A medida que la enfermedad avanza, algunas personas pueden experimentar alucinaciones o delirios. Con las **alucinaciones** la persona puede ver, oír, oler o percibir algo que no está allí. Los **delirios** son creencias falsas de las cuales las personas no pueden ser disuadidas.

Las alucinaciones y los delirios pueden ser signos de una enfermedad física o efectos de algunos medicamentos. Es importante que tome nota de lo que la persona está experimentando, e informe al médico si la aparición es reciente.

Evite discutir con la persona sobre lo que ella dice que ve o escucha o siente.



Trastornos de conducta. Causas frecuentes

• **Físicas**

- Dolores reumáticos, cólicos, etc.
- Bolos fecales.
- Infecciones (pulmonares, urinarias, del oído, etc.)-
- Disminución de la agudeza visual o auditiva.
- Medicación inadecuada, reacciones secundarias, adversas, etc.
- Deshidratación.

• **Psíquicas**

- Agresión de los cuidadores.
- Agresión de otras personas.

• **Sociales**

- Cambios de hábitat.

Recomendaciones para el cuidador

- Trate de responder a los sentimientos con soluciones que den seguridad.
- Trate de distraer a la persona con otro tema o actividad.
- Apague la televisión cuando estén presentando programas violentos o perturbadores.
- Verifique que no hay ningún riesgo para la persona y que no tiene acceso a ningún objeto que podría usar para hacerle daño a alguien.
- En situaciones conflictivas para el cuidador (ofensas, gritos, etc., por parte del demente), no se enfrente ni responda con agresión (verbal o física). Simplemente es aconsejable “no discutir”, recordando que se trata de una persona enferma y que sus actos son involuntarios.



Para evitar este tipo de actitudes, es conveniente no forzar al paciente a llevar adelante actividades que no desea hacer.

El paciente que camina

Mantener la seguridad de la persona es uno de los aspectos más importantes de su cuidado. Algunas personas con la enfermedad de Alzheimer tienen tendencia a salir de su casa o a alejarse del cuidador.

Saber qué hacer para limitar esta conducta puede evitar que la persona se pierda:

- Es importante que la persona lleve siempre consigo alguna identificación.
- Asegúrese de guardar o colocar en un lugar seguro cualquier cosa que pueda poner a la persona en peligro, tanto dentro como fuera de la casa.
- Asegúrese que utilice un calzado adecuado, cerrado y suela de goma.
- Elimine objetos en el suelo con los que pueda tropezar y deje alguna luz encendida en otros ambientes de la casa.
- No encere los pisos.
- No intente convencerlo que no lo haga, puede redireccionarlo con pautas claras.
- Retire las cerraduras de las puertas del baño para impedir que la persona accidentalmente se encierre.
- Mantenga productos para la limpieza o químicos fuera de alcance.
- Póngale etiquetas a los medicamentos y guárdelos con llave.
- También ponga en un lugar seguro y fuera de alcance cuchillos, encendedores, fósforos y armas de fuego.

- Mantenga la casa ordenada. Retire las alfombras sueltas y cualquier otra cosa que pueda contribuir a una caída. Asegúrese que la iluminación sea buena tanto dentro como fuera de la casa.
- Considere la instalación de un interruptor automático en la estufa para prevenir quemaduras o incendios.

Visitas y eventos

Los días especiales pueden resultar bien o no.

- Anime a los amigos y a la familia para que visiten al paciente, pero limite el número de personas en cada visita, y trate de programar las visitas para la hora del día cuando la persona se sienta mejor.
- Evite los cambios en la rutina y los ambientes extraños que puedan causarle confusión o agitación.



Aquí hay algunas ideas para compartir con quien esté planeando visitar a una persona que sufre de la enfermedad de Alzheimer:

- Planee la visita para la hora del día en la que la persona se sienta mejor. Piense en llevar algo para realizar algún tipo de actividad, como alguna lectura conocida o álbumes de fotografía para mirar.
- Respete el espacio personal de ella y no se le acerque demasiado.
- Procure establecer contacto visual y llame a la persona por su nombre para conseguir su atención. Recuérdele quién es usted, si no parece reconocerlo.
- Si la persona está confundida no discuta, reaccione a los sentimientos que le están siendo comunicados y distraiga a la persona con un tema diferente si es necesario.

Alteraciones de piel y faneras

Infecciones bacterianas

Generalmente las lesiones bacterianas se contagian por contacto y se transmiten persona a persona.

- **Foliculitis:** se observa generalmente en la base del pelo y es frecuente en la barba.
- **Forúnculos:** son nódulos inflamatorios que aparecen con frecuencia en nalgas, cuello y en la cara.
- **Antrax:** forma parte de un grupo de forúnculos con alta diseminación. Se observa un cuadro local inflamatorio extenso. Más frecuente en varones, diabéticos de edad avanzada.
- **Erisipela:** aparece como una placa eritematosa (rojiza), brillante, a veces dolorosa generalmente en los miembros y de forma asimétrica. Puede dar fiebre.
- **Micosis** (infecciones por hongos): una de las más frecuentes es la infección por candida o candidiasis, aparece como una placa eritematosa generalmente en pliegues submamario y genitales favorecidos por la humedad.



Parásitos

Sarna (Escabiosis)

La sarna se conoce con el nombre de *escabiosis*. Es producida por un ácaro muy

pequeño, insecto casi imperceptible a la vista humana, que se aloja y reproduce en la piel de la persona afectada, forma pequeñas galerías (túneles) y colocando sus huevos en el extremo final de los mismos. Se transmite por contacto directo. El síntoma que predomina es el prurito, y es común que se incremente con el calor y durante la noche.

Es posible detectarse por lesiones de rascado. La erupción de la sarna está formada por pequeños bultitos rojos, o pequeñas úlceras con costras, seguidos por surcos ondulados de aproximadamente 1,5 cm (túneles).

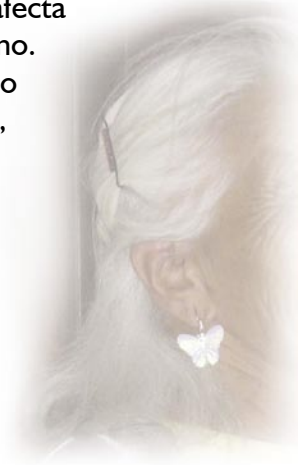
Se localiza frecuentemente de manera simétrica, en la zona interdigital (entre los dedos de las manos), axilas, muñecas, cintura, pechos, ingle y genitales. Siempre respetan la cara y el cuello. El tratamiento debe ser indicado por el profesional médico, y es importante.

Piojos (*Pediculosis*)

La pediculosis es provocada por el *pediculis capitis* que se alimenta de sangre; el que afecta el cuerpo se denomina *ptirius pubis* y afecta la zona genital (ladilla). Ambos son exclusivos del ser humano. Se transmiten de persona a persona por contacto directo o por compartir elementos de uso personal como peines, cepillo, ropa interior o almohadas.

La infección produce prurito y los piojos se desplazan rápidamente entre los cabellos y vellos según la afección. Al examinar el cabello en las zonas cercanas a la raíz, se pueden detectar las liendres (huevos) que son depositados en el pelo.

El tratamiento es con champú y lociones, y debe repetirse a los 10 días (previa consulta al profesional).



Puntos clave para el cuidador

- Examinar diariamente la piel.
- Ante la aparición de nuevas lesiones consultar con el profesional.
- La higiene debe hacerse con guantes, que pueden ser comunes tipo manoplas.
- Es de suma importancia el lavado de manos.
- Es importante secar bien la piel luego de la higiene.
- Ante la presencia de escabiosis debe realizarse también el tratamiento de la ropa de cama, que deberá lavarse aparte con agua caliente.

Primeros auxilios

Es necesario aquí discriminar la tarea del cuidador de la tarea del profesional de enfermería.

¿Qué hacer ante un accidente, herida, enfermedad aguda? En principio:

- Siempre mantener la calma.
- No movilizar a persona que esta herida, ni si tiene dolor.
- Llamar cuanto antes a la emergencia.
- Tenga siempre a mano los teléfonos importantes.
- Mantenerse en el lugar hasta que llegue la ayuda solicitada.



Situaciones urgentes

- Dolor de pecho.
- Sangrado.
- Dolor agudo.
- Mareo de aparición brusca y pérdida de estabilidad.
- Vómitos persistentes.
- Pérdida de conocimiento.

Heridas que sangran

- Presione la herida 10 minutos y solicite que pidan ayuda. Si está solo, primero procure controlar el sangrado y luego llamar a la urgencia.
- Acueste a la persona y afloje la ropa.
- Si la herida es un miembro colóquelo lo más alto posible, pero NO si hay dolor porque puede haber fractura.
- Nunca introduzca algodón.
- Si se clavó algún objeto no intente retirarlos.



Quemaduras

- Para aliviar el dolor coloque si es posible la zona afectada bajo el agua fría.
- Si hay ampollas no debe reventarlas.
- Procure que la persona tome mucho líquido.
- Si las quemaduras son por exposición al sol puede colocar compresas de agua fría.
- Evite untar aceite o manteca.
- Evite presionar la herida.
- Si se está quemando la ropa utilice mantas pesadas para apagarlas.
- Siempre pida auxilio médico.

Si hay pérdida de conocimiento:



- No lo movilice.
- No intente darle agua.
- No le dé alcohol si se recupera.
- Coloque su cabeza sobre una almohada si está seguro que no hubo traumatismo.

Siempre pida ayuda médica.

Autoras:

María Angélica Touceda:

Médico de la Universidad Nacional de La Plata. M. P. N° 16.125

Especialista en Alergología de la Universidad Nacional de La Plata.

Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social realizada en la Fundación Instituto Universitario ISALUD.

Maestría en Planificación y Gestión de Procesos Comunicacionales (PLANGESCO 06) cursada en la Facultad de Periodismo de la Universidad Nacional de La Plata.

Docente titular de la Cátedra Salud, Epidemiología y Envejecimiento del Curso de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Universidad de Mar del Plata y el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Docente del Curso de Postgrado en Salud Sexual, Género y Violencia Familiar de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

Romina Karin Rubin:

Médico de la Universidad de Buenos Aires. M. N. N° 97.765

Especialista en Clínica Médica y Geriátrica.

Magister en Gestión de Servicios de Gerontología realizada en la Fundación Instituto Universitario ISALUD.

Docente titular de la Cátedra Salud, Epidemiología y Envejecimiento del Curso de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Universidad de Mar del Plata y el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

Directora Médica de la Fundación Nuevo Hogar y Centro de Ancianos para la Comunidad Judía Ledor Vador.

Miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica.

Bibliografía:

Dalto, S. (1987), *Enfoque sociológico del fenómeno salud-enfermedad*, Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 8, N°1-2, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Del Prete, S. (2002), *Economía y Salud en tiempos de Reforma*, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Leguiza, J. (2005), *El desafío de la tercera Ola*, Instituto Universitario ISALUD.

Touceda, M. y Rubin, R. (2007), *Salud, Epidemiología y Envejecimiento*, Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Módulo 4, Facultad de Psicología de Mar del Plata, Argentina.

Kaplan, R.; Jauregui, J. y Rubin, R. (2009), *Los Grandes Síndromes Geriátricos*, Editorial Edimed, 1ª Edición, Argentina.



CAPÍTULO 2:



Situaciones Frecuentes que requieren cuidados de enfermería





Introducción

El cuidado de enfermería se distingue de otros cuidados en que se brindan en el ámbito de la salud y la enfermedad: los problemas, intereses y necesidades en este campo son los que definen el inicio de la interacción; la promoción de la salud y la atención de la enfermedad son los fines intermedios para contribuir al bienestar, la calidad de vida y el desarrollo de las personas con quienes se interactúa.

Algunos de estos cuidados pueden ser realizados por los cuidadores domiciliarios, para lo cual deberán capacitarse para poder realizarlos en forma adecuada.

Existen muchas situaciones que requieren cuidados de enfermería en la población de adultos mayores: la incontinencia, la inmovilidad, la inestabilidad, el deterioro cognitivo, etc. Dado que muchos de esos cuidados ya se encuentran desarrollados en otros capítulos, describiremos aquí los cuidados referidos a:



- Diabetes.
- Personas anticoaguladas.
- Úlceras por presión.
- EL cuidado de la piel en el anciano.
- Medidas no farmacológicas para la incontinencia.
- Transferencia y pasajes de pacientes con inmovilidad.

¿Qué es la diabetes?

La diabetes es una enfermedad **crónica**, (requiere atención durante toda la vida), caracterizada por el aumento del nivel de glucosa (azúcar) en la sangre por encima de los niveles normales.

Síntomas de los adultos con diabetes

Estos son algunos de los síntomas que pueden aparecer en pacientes con diabetes.

- Poliuria: el paciente orina más de lo frecuente.
- Polidipsia: el paciente bebe más de lo habitual para compensar la pérdida de líquidos.
- Disminución de peso: al no utilizar azúcar, se queman las grasas y el paciente disminuye de peso.
- Polifagia: aumento de apetito.
- Cansancio.
- Picores generalizados o en los genitales.
- Propensión a infecciones de la piel (panadizos, forúnculos).
- Retardo en la cicatrización de las heridas.
- Infecciones en las encías.
- Aflojamiento de los dientes.
- Dolores y hormigueos en las extremidades.
- Alteraciones en la vista.

El cuidado de los pies

Los pacientes diabéticos tienen mayores probabilidades de tener problemas con sus pies que el resto de las personas, por eso, cuando se padece diabetes, el cuidado de los pies es imprescindible. Como la circulación en los pies está disminuida, los nervios se vuelven sensibles y existe una mayor propensión a las infecciones.

Los problemas empiezan por cualquier pequeño traumatismo (rozadura, herida, grieta, etc.). Estas heridas se pueden infectar,



los tejidos infectados se inflaman requiriendo mayor aporte de sangre, la que no está siempre disponible como consecuencia de una circulación inadecuada, favoreciendo la extensión de la infección.

Para cuidar los pies se debe:

- **Mantener los pies limpios** diariamente con agua tibia y jabón.
- **Secar bien sin frotar**, especialmente entre los dedos, teniendo en cuenta no dejarlos húmedos
- **Observar los pies a diario**, si se observa una anomalía se debe consultar con el médico.
- **Mantener las uñas limpias y cortas**, recortándolas en sentido horizontal sin afinar en las esquinas; es mejor usar lima que tijeras.
- **Llevar bien abrigados los pies**, usando medias de lana fina o algodón, las que se deberán cambiar a diario.
- **Utilizar un calzado flexible, cómodo y bien ajustado**. Procurar que la puntera sea ancha para evitar roces. Si se utiliza un calzado nuevo, su uso debe de ser gradual para evitar rozaduras.
- **No caminar descalzo o con sandalias.**
- **No usar tijeras o instrumentos afilados** para eliminar callos y durezas.
- **No acercar los pies a estufas y braseros o aplicar bolsas de agua caliente.**
- **No utilizar medias ni calcetines que compriman demasiado.**

Alertas para los cuidadores de personas anticoaguladas

Las personas anticoaguladas son aquellas que necesitan un tratamiento anticoagulante oral (T.A.O.) a largo plazo por ser portadores de prótesis valvulares cardíacas, lesiones mitrales, fibrilación auricular, y a corto plazo en otros tipos de situaciones **tromboembólicas**.

Si bien es un tratamiento que ofrece claros beneficios, también es cierto que tiene riesgos de complicaciones hemorrágicas, potencialmente graves.

Los alertas a los que deben estar atentos los cuidadores de personas anticoaguladas se refieren principalmente a estos aspectos:

- **Nutrición:** es necesario tener presente si ha existido algún cambio brusco en la alimentación, básicamente un exceso o disminución repentino de alimentos ricos en vitamina K, presente en la mayoría de hojas verdes.
- **Control del tratamiento:** resulta conveniente seguir todo el tratamiento que el paciente está siguiendo, centrándose particularmente en si se ha producido algún cambio desde el último control, ya sea porque se ha cambiado o suspendido algún fármaco.

Otras precauciones

Las personas anticoaguladas (y sus cuidadores) deben tener presente las siguientes precauciones:

- No deben practicar deportes violentos.
- El tabaco puede disminuir el efecto de los anticoagulantes.
- En caso de cirugía, tratamientos odontológicos o infiltraciones, ponerse en contacto con el médico.
- Evitar el estreñimiento.
- Evitar los golpes y los cortes.

Úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPP) son zonas localizadas de **necrosis** que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos: uno, las prominencias óseas del propio paciente, y otro una superficie externa.

Afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital y al 23 % de los ingresados en instituciones geriátricas. El tratamiento y la detección precoz aceleran la recuperación y disminuye las complicaciones.



A través de la valoración, es decir de la observación de las diferentes zona del cuerpo sometidas a presión, buscaremos la identificación de los adultos mayores con riesgo de poder padecer úlceras por presión UPP.

Es importante identificar si la persona a nuestro cuidado presenta riesgo de padecer úlcera mediante un exhaustivo examen de la piel, para detectar los primeros signos de modificaciones de la piel que indican una posible úlcera.

Cuando ya está establecida, se reconoce con mucha facilidad por las zonas donde se presenta.

Localización

Las UPP habitualmente se localizan en las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo. Las áreas de más riesgo son la región sacra, los talones, las **tuberosidades isquiáticas** y las caderas.

Evolución de las úlceras por presión

En la exploración de una úlcera establecida, debemos determinar en qué estadio se encuentra, ya que su evolución pasa por cuatro estadios:

Estadio I:

Eritema cutáneo que no palidece, con la piel intacta. En las personas de piel oscura se observa la presencia de **edema**, **induración**, decoloración y calor local.

Estadio II:

Pérdida parcial del grosor de la piel afectando a la **epidermis**, a la **dermis** o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Estadio III:

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o **necrosis** del tejido **subcutáneo**, que puede extenderse hacia abajo pero no por la **fascia** subyacente.

Estadio IV:

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

Tanto en este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Plan preventivo de cuidados de la piel

- Identificar a las personas con riesgo de sufrir úlceras por presión UPP.
- Movilizarla frecuentemente para cambiar los puntos de apoyo (cambios posturales cada 2 horas).

- Vigilar los puntos de apoyo susceptibles de ulceración.
- Mantener una correcta higiene corporal mediante lavado con agua y jabón de alto contenido graso, seguido de un perfecto secado. De esta manera se evitará la destrucción del manto ácido de la piel y la aparición de erosiones, prurito e infecciones.
- Mantener la ropa limpia, seca, sin arrugas y sin objetos extraños (resto de comida, migas, etc.).
- Hidratar la piel aplicando cremas o aceites mediante masajes circular para así estimular la circulación.
- Mantener una alimentación adecuada, con una dieta equilibrada con un soporte nutricional rico en proteínas.
- Utilizar colchón de aire para proteger las zonas más sensibles.
- Evitar el contacto de las prominencias óseas (talones, codos, etc.) con superficies duras. Para ello utilizar almohadas formando bloques que se situarán de forma que se mantengan los miembros elevados; así se evitará que las prominencias óseas rocen las superficies duras.

Cuidados de las úlceras por presión

El plan básico para el cuidado de una úlcera por presión UPP pasa por:

- **Desbridar el tejido necrótico:** el tejido necrótico en el lecho de la úlcera actúa como caldo de cultivo para la contaminación bacteriana e impide la curación de la lesión. Los métodos de desbridamiento pueden ser: quirúrgicos, enzimáticos (químicos) y **autolíticos**. La selección del método depende de la situación global de la persona con la UPP.

- **Limpiar la herida:** se realiza una limpieza de la lesión con solución fisiológica en cada cura, utilizando la mínima fuerza mecánica para ello, al igual que para el secado. La presión adecuada del lavado es la que proporciona la caída del chorro de suero por gravedad.
- **Prevenir la infección bacteriana:** la prevención consiste en utilizar guantes limpios y lavarse las manos. Si el paciente tiene más de una úlcera, se debe comenzar por la menos contaminada.
- **Elegir un producto adecuado** para mantener el lecho de la úlcera húmeda y a temperatura corporal, mediante la elección de apósitos adecuados para esa finalidad.

Cuidados de la piel en el anciano

Hablaremos de dos temas fundamentales en el cuidado de la piel del anciano:

- La higiene corporal
- La hidratación



La higiene corporal

Mantenerse limpio, aseado y tener un aspecto saludable es una necesidad básica que se ha de satisfacer para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. Una piel limpia, sana, íntegra y cuidada es imprescindible para protegerse de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo.

Prescindiendo de la incapacidad de limpiarse por sí mismo, que llega a ser un factor desencadenante de problemas importantes en los mayores, la higiene corporal es uno de los contactos más íntimos que una persona puede realizar consigo mismo. El aseo y arreglo personal muestran una imagen muy agradable de las personas y las hacen sentirse mejor con ellas mismas.

Una piel limpia, sana, íntegra y cuidada es imprescindible para protegerse de las agresiones del medio.

La higiene corporal comienza con el baño diario, preferentemente con jabón neutro. Existen diversos tipos de jabones con pH para pieles diferentes, cada uno tendrá un valor específico pero es recomendable no usarlos sin consentimiento del dermatólogo.

El baño, además, ayuda a quitarle impurezas a la piel, la hidrata y le proporciona cierto relajamiento. El uso posterior de cremas hidratantes favorece la hidratación y nutrición y, por lo tanto, ayuda a prevenir y aliviar la sequedad y la aspereza. Igual que con los jabones, hay muchos tipos de lociones hidratantes, con lo cual, la persona mayor deberá aplicarse la que mejor le vaya para su piel.

Es muy saludable también aplicarse crema o aceite en los pies y manos donde haya callos y/o grietas.

Otro aspecto es ir con cierto cuidado con los cambios bruscos de temperatura al salir del baño. La piel envejecida está poco vascularizada, y el **tejido subcutáneo** es menor, por lo que la persona puede resfriarse.

La muda de ropa más importante es la interior, por ser la que está en contacto con la piel.

Los pies cargan con una gran responsabilidad y están muy alejados de la vista, por lo que se les debe procurar especial atención, observándolos a diario, vigilando la aparición de ampollas, callos, heridas, grietas y resequedades.

Las uñas no deben crecer demasiado y se puede pedir ayuda para ser cortadas.

La hidratación

Primeramente, se recomienda a los ancianos que tomen con regularidad a lo largo de la jornada, además de agua, jugos de frutas, té, café, chocolate caliente y sopas, y sobretodo, asegurar su ingesta hídrica con un estricto control.

De este modo, aseguramos una buena nutrición del tejido cutáneo, sin dejar de lado el resto de tejido del cuerpo.

A medida que envejecemos el mecanismo de la sed se vuelve cada vez menos sensible, y a la vez, las personas mayores reducen la ingesta diaria de líquidos. Por esta razón, es muy importante tomar conciencia de la necesidad de beber suficiente líquidos.

Haciendo ejercicio físico, (del cual hablaremos más adelante), también se activa la sed ya que con el sudor y la exhalación de vapor de agua al respirar se pierde líquido.

Un buen consejo será, entonces, beber antes, durante y después de la actividad física o de cualquier acción que requiera un esfuerzo importante. Lo más adecuado es el agua o las bebidas **isotónicas** (no en personas diabéticas o incompatibles con la glucosa o las sales).



Mantener un buen nivel de líquidos no sólo contribuye a que se sienta bien y a mejorar su salud, sino que además es una importante fuente de belleza: ayuda a mantener la piel hidratada y a tener un aspecto saludable.

Medidas no farmacológicas en personas con incontinencia de esfínteres

- Fomentar los hábitos intestinales regulares mediante la realización de ejercicio y aumento de la ingesta de fibras y líquidos.
- Valorar y desarrollar un régimen intestinal a largo plazo.

Transferencia y pasajes de pacientes con inmovilidad

Asistencia desde supino a sentado con movilización a través del hombro

Es una técnica que se ejecuta con rapidez y permite una eficaz comunicación cara a cara.

Si se realiza en un solo lado, puede desestabilizar si la persona no tiene el suficiente control muscular en el lado opuesto del cuerpo para contrarrestar la rotación que se produce en el tronco. Se solventa esto colocando la otra mano por detrás del hombro contrario, con lo que se estabiliza sin apenas esfuerzo el cuerpo del residente. Esta mano permite así mismo sostener la cabeza sin que se caiga o ladee.

Asistencia desde supino a sentado disociando hombros y cadera

Esta asistencia pone en juego uno de los principios vistos al hablar de los puntos clave: se tira del punto clave de la muñeca cruzando a través de la línea media y dirigiendo la fuerza y la muñeca hacia la cadera del asistente, con lo que la manipulación se produce en un hombro, que arrastra a ese lado del cuerpo hacia el lado contrario.

Al equilibrar en la cadera mediante la presión del asistente, se consigue generar un punto de apoyo sobre el cual movilizar la mitad superior del cuerpo a través de la movilización de un solo lado, lo que implica un esfuerzo mínimo.

El brazo del paciente sobre el que se actúa se enrolla en la cadera del asistente, lo que permite liberar la mano que estabiliza la cadera y sujetar al paciente con la otra mano.

Desplazamiento lateral en la cama por segmentos

Esta es una manipulación muy sencilla, se procede a dividir el cuerpo del paciente en tres segmentos, hombros, cinturas, piernas, y se moviliza cada uno por separado. Esta movilización supone poco tiempo de asistencia, no es precisa ninguna ayuda y es muy cómodo y seguro para el residente.

Al manipular el cuerpo en tres fases, se levanta muy poco peso comparado con el que se movilizaría al intentar mover a la persona de una sola vez.

Volteo desde decúbito supino a decúbito prono a través de rodilla o tobillo

En esta manipulación se agarra firmemente el tobillo, la pantorrilla o la rodilla del paciente y se le gira tirando en diagonal hacia el otro pie del paciente.

Hay dos posibilidades:

- Pierna flexionada 45°, se trata de llevar la rodilla al tobillo opuesto. El movimiento en diagonal tira de la rodilla hacia abajo, arrastra a la pelvis, tronco y a la cintura escapular.
- Pierna recta, con lo que se tira del pie cruzando la línea media hacia el tobillo opuesto, intentando llevar la cadera hacia el tobillo. El movimiento se inicia en la cadera, que arrastra al tronco y la cintura escapular en el movimiento de giro.

Sea cual sea el método, el asistente acompaña el giro con el movimiento del cuerpo.

Es una técnica muy cómoda para el personal, que supone, una vez dominada, un ínfimo gasto de energía.

Transferencia silla a silla lateral con agarre posterior

Se realiza desde el agarre posterior. El agarre posterior se realiza con los dedos en forma de grapa, estando una mano en supino y otra en prono. Es un agarre que permite un buen control y la aplicación de una fuerza considerable sin hacer daño.

Permite un buen equilibrio y descanso porque el brazo de palanca es muy corto al estar el paciente en estrecho contacto con el asistente, lo que hace que el momento de fuerza, y por lo tanto la fuerza, sean menores.

El centro de gravedad del asistente debe quedar por debajo del centro de gravedad del paciente.

Es una mala manipulación si no se realiza correctamente.

Para lograr reducir la carga sobre la espalda, se debe cargar el peso sobre la cadera del asistente



Transferencia silla a silla con doble agarre frontal

Se agarra al paciente de la cintura y se le levanta con la inercia del asistente, al echarse hacia atrás y estirar las piernas. Es una movilización muy segura y estable.

Si el paciente se cayera, se le sujeta traccionando de su cintura hacia nosotros y flexionando las piernas para establecer una buena base de apoyo. Se le controla con la presión en la cintura y la flexión de la rodilla.



Autoras:

Enf. Lilian C. Ayala:

Enfermera Profesional.

Jefa de Departamento Enfermería, Hogar Ledor Vador.

Docente del Curso de Asistentes Geriátricas de AMIA.

Directora de las Jornadas de Enfermería, Hogar Ledor Vador.

Miembro de la Comisión de Enfermería de la SAGG.

Enf. Patricia S. Ryelandt:

Enfermera Profesional.

Jefa de Departamento de Enfermería, Hogar Ledor Vador.

Docente del Curso de Asistentes Geriátricas de AMIA.

Directora de las Jornadas de Enfermería, Hogar Ledor Vador.

Miembro de la Comisión de Enfermería de la SAGG.

Bibliografía:

Martínez Quintanilla, Manuel (2006), *Cuidados Integrales de Enfermería Gerontogeriatricos*, Tomo I y II, Monsa Prayna.

Newman, Smith (2007), *Planes de Cuidados en Geriatría*, Paradigma.







CAPÍTULO 3:



Fragilidad, discapacidad y vejez





Discapacidad

La discapacidad es el resultado de la interacción entre personas con diferentes niveles de funcionamiento, y un entorno que no toma en consideración esas diferencias.

Podemos considerar que la discapacidad es parte del ciclo de vida de todas las personas: además de los déficits que pueden comprometer áreas físicas, sensoriales y mentales, en general todos enfrentamos condiciones discapacitantes en una sociedad que no está preparada para lidiar o enfrentarse con la diversidad.

La discapacidad en el ciclo de vida la podemos observar en: un bebé que necesita andar en los brazos o en un cochecito para desplazarse; un niño que no alcanza el botón más alto del ascensor; alguien temporalmente accidentado buscando subir escalones; una mujer en estado de embarazo avanzado intentando tomar un colectivo; un ciudadano analfabeto precisando de una información en Internet; alguien que no consigue leer el texto escrito, en las instrucciones del remedio; una señora mayor con artritis, que no consigue abrir la puerta de picaportes redondo. ¡Son situaciones que pueden ocurrirnos a cualquiera de nosotros!

Evolución del concepto de discapacidad

Durante años se consideró a la discapacidad como una dificultad de la persona directamente causado por una enfermedad, traumatismo o cualquier otro problema de salud, que consecuentemente, requería de cuidados médicos realizados en forma de tratamiento individual.

El tratamiento de la discapacidad estaba encaminado a conseguir la rehabilitación de la persona para que logre una mejor adaptación a un ambiente, al que en ningún momento se cuestionaba.



Para poder entender y desarrollar nuestras propias ideas, es importante conocer las clasificaciones sobre la discapacidad, y cómo fueron cambiando en el tiempo las formas de interpretarla.

En el año 1980 la Organización Mundial de la Salud Pública la **CIDDM (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías)**, con el objetivo de lograr un lenguaje común en todos los países que conforman esta organización internacional. Se consideraban entonces tres conceptos para explicar el daño y las consecuencias de las enfermedades que presentan las personas con discapacidad:

- ▶ **Deficiencia:** pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica del individuo (**nivel de órgano**).
- ▶ **Discapacidad:** restricción o ausencia debida a deficiencia de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal (**nivel del individuo**).
- ▶ **Desventaja:** situación de desventaja que surge en un individuo como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (**nivel social**).

En las últimas décadas fueron cambiando las causas de enfermedades, los tratamientos y también los aportes de la tecnología para disminuir sus consecuencias.

El enfoque actual sobre la discapacidad la aborda desde la perspectiva de los derechos humanos.

Tomando en cuenta las nuevas situaciones, en el año 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró una nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (C.I.F.), que clasifica sistemáticamente cualquier estado funcional asociado con estados de salud, considerando de forma principal el contexto en que se desenvuelve la persona (siendo así un **modelo bio-psico-social**).

Este nuevo enfoque sostiene que una parte importante de las dificultades y desventajas que tienen las personas con discapacidad no se deben a sus propios déficits y limitaciones, sino a carencias, obstáculos y barreras que existen en el entorno social.

A partir de la participación de las propias personas con discapacidad, es que el enfoque de esta temática se actualiza y enriquece al pensarse **desde la perspectiva de los derechos humanos**.

Las personas con limitaciones físicas, sensoriales o mentales son a menudo discapacitadas no por una condición de diagnóstico sino porque se les restringe el acceso a la educación, los mercados laborales, y los servicios públicos. Esta exclusión conduce a la pobreza y, como en un círculo vicioso, la pobreza conduce a más discapacidad, porque aumenta la vulnerabilidad de las personas.

Datos internacionales sobre la discapacidad

Para comprender la dimensión del tema contamos con los siguientes datos internacionales:

- **Se calcula que del 7 al 10 % de la población mundial padece algún tipo de discapacidad.** Se considera que la discapacidad tiene repercusión sobre el 25% de la población total, considerando que afecta no sólo a la persona que lo sufre, si no aquellos que la cuidan, a los familiares, a la comunidad y a cualquiera que apoye el desarrollo de la comunidad.
- Según estimaciones de la OMS, **el 50% de las discapacidades son prevenibles:** accidentes, desnutrición, falta de inmunización.

- Se reconoce que **las mujeres con discapacidad experimentan múltiples desventajas**, siendo objeto de exclusión debido a su género y a su discapacidad.

Datos de nuestro país

El INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) realizó la Primer Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, complementaria al Censo del 2001, desarrollándose en el período 2002/2003.

Tuvo como objetivo cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad en lo que concierne al desenvolvimiento dentro del entorno físico y social.

Algunos de los resultados de esta encuesta fueron:

- Existen **2.200.000 de personas** con discapacidad en nuestro país.
- **EL 20,6 % de los hogares de localidades de 5000 habitantes** o más alberga a alguna persona con discapacidad. En uno de cada cinco hogares del país reside por lo menos una persona con discapacidad.
- **El 7,1 % de la población total presenta alguna discapacidad.** Esta prevalencia se incrementa en las personas mayores de 60 años: el 24,8% (1.039.887 personas mayores) tiene alguna discapacidad, siendo mayor en mujeres (25,3%), que en varones (23,9%).
- **A medida que la edad avanza la prevalencia en discapacidad aumenta**, mientras en el grupo de los que tienen entre 60 a 64 años es de 15,2%, alcanza al 67 % para los que tienen más de noventa años.



Personas con discapacidad que envejecen

Las personas con discapacidad, como el resto de la población, han aumentado su expectativa de vida gracias a la prevención, cuidados de la salud y avances de la ciencia y de la tecnología. Algunos problemas que tradicionalmente limitaban la vida para este grupo de personas fueron superados.

Con diagnósticos tempranos, prevención secundaria, y rehabilitación, si bien todavía hay que superar desigualdades en la oferta y acceso a los servicios, en nuestro país fue mejorando la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Derechos de las personas con discapacidad

En el año 1981 se sanciona la Ley Nacional 22.431 - Sistema Integral de Protección de los Discapacitados, que define el concepto de Discapacidad, establece la Certificación de Discapacidad, y legisla sobre salud, Seguridad Social, rehabilitación, educación, trabajo, y accesibilidad al medio físico.

Dentro del sistema federal de gobierno, las provincias argentinas han ido dictando –siguiendo las normativas nacionales- las distintas leyes provinciales en la materia.

Con el certificado de discapacidad se obtienen beneficios que tienen por objeto la integración social de las personas con discapacidad.

Algunos de estos beneficios en concreto son:

- Cobertura integral de las prestaciones básicas de habilitación y rehabilitación: prevención, rehabilitación, educación, asistencia. (Ley N° 24.901)
- Traslado gratuito en transporte colectivo de pasajeros.
- Acceso a pensiones no contributivas.
- Asignaciones por escolaridad y asignación por hijo con discapacidad a favor del padre/madre del mismo aún cuando fuera mayor de edad.
- Obtención de franquicias para la adquisición de automotores.
- Cobertura integral de medicación.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

Existen a nivel internacional acuerdos entre las naciones referidos a los derechos de las personas con discapacidad.

Nuestro país adhiere a la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** en diciembre de 2006, y desde el 6 de junio de 2008 a través de la ley 26378 se incorpora a nuestro ordenamiento jurídico.

La Convención reconoce que **la discapacidad es un concepto que evoluciona** y que es el resultado de la interacción entre la deficiencia de una persona y los obstáculos, tales como barreras físicas y actitudes imperantes que impiden su participación en la sociedad.

Cuanto más obstáculos hay, más discapacitada se vuelve una persona.

Las discapacidades incluyen deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales tales como ceguera, sordera, deterioro de la movilidad y deficiencias en el desarrollo.

Algunas personas tienen más de una forma de discapacidad y muchas, si no todas, podrían llegar a tener alguna discapacidad en algún momento de su vida debido a lesiones físicas, enfermedades o envejecimiento.

Los Estados se verán obligados a introducir medidas destinadas a promover los derechos de las personas con discapacidad y a luchar contra la discriminación. Estas medidas incluirán una legislación antidiscriminatoria, eliminarán las leyes y prácticas que establecen una discriminación hacia estas personas y las tendrán en cuenta en la aprobación de nuevos programas o nuevas políticas.

Se tratará también de prestar servicios, proporcionar bienes y crear infraestructuras accesibles a las personas con discapacidad.

Dependencia

Se la define como **un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.**



Quedan planteados tres factores para poder hablar de una situación de dependencia:

- **Existencia de una limitación** física, psíquica o intelectual que disminuye determinadas capacidades de la persona.
- **Incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria.**
- **Necesidad de asistencia o cuidados** por parte de un tercero.

La dependencia puede entenderse como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente.

Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria.

Grados de dependencia y su valoración

Grado I: Dependencia moderada

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

Grado II: Dependencia severa

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

Grado III: Gran dependencia

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día y por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Programas de promoción

Los programas de promoción, protección de la salud y prevención de la dependencia para afrontar situaciones de riesgo de dependencia durante todo el ciclo vital, se pueden dividir en los programas para la población en general, y para los adultos mayores.

Para la población general:

- **Promoción de hábitos saludables:** ejercicio físico, alimentación, descanso, utilización de medicamentos, etc.
- **Medidas preventivas para evitar el consumo del tabaco, alcoholismo y otras dependencias.**
- **Detección precoz, control y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular:** hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes.

- **Prevención de enfermedades infectocontagiosas, vacunaciones.**
- **Detección precoz de procesos neoplásicos.**
- **Prevención de accidentes.**
- **Identificación precoz de personas con situaciones de riesgo de exclusión social, violencia doméstica y conductas de riesgo.**

Para los adultos mayores (además de lo anterior)

- **Prevención de caídas**, mediante la práctica del ejercicio físico, mediante el entrenamiento del equilibrio y el fortalecimiento muscular, y la revisión del estado de salud, de la medicación psicotrópica y del entorno.
- **Detección de la demencia**, estando alerta ante síntomas de alarma como la pérdida de la memoria, deterioro funcional, o trastornos del comportamiento referidos por el paciente o la familia.
- **Prevención de la mala nutrición.**
- **Detección precoz de alteraciones visuales** (con especial énfasis en pacientes con presión intraocular elevada y diabéticos) **y auditivas.**
- **Detección de incontinencia urinaria y alteraciones del ritmo intestinal.**
- **Prevención del uso inadecuado de medicación.**

Fragilidad

Entendemos por fragilidad aquello que puede deteriorarse con facilidad.

Podríamos decir también que la fragilidad de los adultos mayores es un equilibrio inestable entre componentes biomédicos y psicosociales, que aumenta el riesgo de institucionalización o muerte.

Distinguimos entonces entre un anciano sano y uno frágil:

- **Anciano sano** es una persona mayor de 65 años que vive en su casa, independiente, sin limitaciones en la marcha o deambulaci3n.
- **Anciano fr3gil** es una persona mayor de 65 a1os, dependiente para varias funciones incluyendo las AVD (actividades de la vida diaria) y frecuentemente institucionalizado.

Características del adulto mayor fr3gil

- Mayor de 75-80 a1os.
- Poli patolog3a.
- Patolog3a invalidante.
- Polifarmacia.
- Viudez reciente.
- Presencia de alteraciones cognitivo emocionales.
- Hospitalizaci3n reciente.
- Necesidades b3sicas insatisfechas.
- Aislamiento social.
- Abuso de alcohol o drogas.

Es importante comprender que discapacidad y fragilidad son conceptos diferentes.

La discapacidad en una persona puede mantenerse estable durante a1os, no as3 la fragilidad, que a medida que avanza la edad y las situaciones psicosociales se vuelven adversas, va progresando.

La fragilidad puede encontrarse en personas mayores que no presentan ning3n tipo de discapacidad.

Las ayudas técnicas

Conjunto de productos, instrumentos, equipamientos o sistemas técnicos cuyo objetivo es tratar de evitar compensar, mitigar, o neutralizar las limitaciones para realizar las diferentes actividades de la vida diaria y mejorar la autonomía personal. Mejoran la calidad de vida de todas las personas, en especial de las personas con discapacidad y de los adultos mayores.

A medida que avanza la edad y las situaciones psicosociales se vuelven adversas, la fragilidad va progresando.

Podemos hablar entonces de un amplio desarrollo de la tecnología en las últimas décadas con el objetivo de facilitar el proceso rehabilitador, mejorar y sostener la autonomía, y facilitar la asistencia y cuidados de las personas.

Las ayudas técnicas permiten también el desarrollo de actividades con menor gasto de energía en condiciones de mayor seguridad.

Se definen tradicionalmente como **todas las ayudas que se utilizan para proteger asistir o suplir una función**, como por ejemplo:

- Ayudas técnicas para cuidados posturales: camas, colchones, almohadones.
- Ayudas técnicas para la deambulación y/o el desplazamiento: silla de ruedas, bastones, andadores, muletas.
- **Ortesis**, férulas, lentes, audífonos.
- Prótesis: prótesis oculares, prótesis para miembros, prótesis dentales.
- Ayudas para las tareas domésticas, platos, cubiertos adaptados.
- Ayudas para la comunicación, información y señalización.
- Ayudas para el ocio y tiempo libre.



Rehabilitación

Rehabilitar para una vida independiente significa abordar los déficits como parte de intervenciones más globales y ambiciosas, que buscan primordialmente el desarrollo personal y de las competencias sociales del sujeto con discapacidades, al igual que el protagonismo en su propia vida.

Esta concepción exige:

- Un **enfoque multidisciplinario** que garantice una actuación integral y personalizada;
- un **sistema intersectorial de rehabilitación** que articule las distintas intervenciones sectoriales (educativas, socio-laborales y de servicios sociales);
- un **mayor protagonismo individual y colectivo** de las personas con discapacidad en los procesos rehabilitadores.

Niveles de prevención y medidas de atención

La medicina moderna debe tener a la rehabilitación conceptualmente presente en los siguientes momentos:

- desde la prevención para evitar la discapacidad,
- en las primeras fases de la recuperación para disminuir la secuela,
- y en la secuela instalada para minimizar sus efectos.

PREVENCIÓN	PROPÓSITO	MEDIDAS DE ATENCIÓN
Primer nivel	Evitar la aparición de las deficiencias o disminuir su incidencia	Prevención primaria de la salud

Segundo nivel	Evitar que se agraven las deficiencias una vez producidas	Rehabilitación
Tercer nivel	Evitar consecuencias posteriores (desventaja)	Equiparación de oportunidades

Rehabilitación médico - funcional

La intervención de la rehabilitación médico funcional tiene como finalidad prevenir, eliminar o reducir las deficiencias, las discapacidades y sus consecuencias.

El tratamiento de rehabilitación debe tener un enfoque interdisciplinario. El equipo básico se conforma con:



- Médico especialista en rehabilitación.
- Kinesiólogo, terapeuta físico o fisioterapeuta.
- Terapeuta ocupacional.
- Psicólogo.
- Fonoaudiólogo.
- Trabajador social.
- Técnico **protésista ortésista**.
- Enfermera especializada.

La conformación del equipo, su funcionamiento y su articulación intersectorial dependerá de la población, del tipo de deficiencias y discapacidades a atender y de los recursos existentes.

Las acciones a desarrollar serán:

- **Valoración diagnóstica y admisión.** Se realizará el diagnóstico funcional cuali y cuantitativo.

- **Trabajo del equipo interdisciplinario.** Como aporte conjunto de varias disciplinas que desde su especificidad, definirán el plan de atención según el diagnóstico funcional, planteará objetivos que deberán respetar los intereses del paciente y la familia, como protagonistas en el proceso.
- **Asesoramiento y contención familiar.**
- **Indicación de ayudas técnicas.**

Modalidades de atención

La rehabilitación médico funcional se lleva a cabo en hospitales generales con servicio de rehabilitación, institutos de rehabilitación de alta complejidad, como atención domiciliaria, y rehabilitación basada en la comunidad.

Rol del cuidador

Durante el proceso rehabilitador en el medio habitual del adulto mayor o la persona con discapacidad, el cuidador puede aportar información valiosa al equipo de profesionales.

Por un lado, intentará prevenir situaciones de vulnerabilidad que incrementen el riesgo de dependencia mediante:


- El fomento de hábitos saludables con respecto a la higiene y a la alimentación.
- La prevención de caídas o accidentes en el hogar mediante acondicionamientos de la vivienda.
- El refuerzo de los vínculos familiares y sociales.
- El apoyo para recuperar capacidades funcionales perdidas mediante entrenamiento de habilidades para las actividades de la vida diaria, tales como

vestirse, asearse, hacer las tareas domésticas, comer, acudir al baño, bañarse, ir al médico, comunicarse con el exterior y realizar actividades recreativas.

- La interpretación y el respeto por las indicaciones del equipo de rehabilitación, así como la supervisión y asistencia en el uso adecuado de las ayudas técnicas.
- El apoyo para que la persona continúe viviendo en su casa el mayor tiempo posible en condiciones aceptables de dignidad personal.

Servicios sociales asistenciales

Los servicios asistenciales tienen por finalidad dar cobertura a los requerimientos básicos esenciales de las personas con discapacidad (hábitat, alimentación, atención especializada):

<p>Centro de día</p>	<p>Es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.</p>
<p>Residencia</p>	<p>Se entiende por residencia al recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.</p> 

Pequeños hogares	Se entiende por pequeño hogar al recurso institucional a cargo de un grupo familiar y destinado a un número limitado de menores, que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes con discapacidad, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.
Hogares	Se entiende por hogar al recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. El hogar estará dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descritos, y requieran un mayor grado de asistencia y protección.

Autora:

María Cecilia Terzaghi:

Médica Especialista en Rehabilitación.

Titular del Equipo Técnico de CIAPAT de la OISS, Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Docente Titular de la Cátedra de Discapacidad, Fragilidad y Vejez. Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Responsable Regional del Programa de Mejoras de la Accesibilidad en Hospitales, Región Sanitaria XI, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires.

Bibliografía:

CONADIS, en <http://www.cndisc.gov.ar>.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

IMSERSO (2004), *Libro Blanco de la Dependencia*, en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentación/documentos/libro-blanco-dependencia.html>.

Ley nacional 22.431, Comentario disponible en http://www.cndisc.gov.ar/doc_publicar/fram_sup.html.

OMS: *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (2001)*, Ginebra.

Pantano, L., *La discapacidad en cifras. Latinoamerica en la mira: cuantificación y discapacidad, hoy. La importancia de producir parámetros fiables*, Cap. I, en Dell Anno, Amelia, Corbacho, Mario E. y Serrat, Mario (2004), *Alternativas de la diversidad social: las personas con discapacidad*, Espacio, Buenos Aires, Argentina.





CAPÍTULO 4:



Cómo mejorar la vida cotidiana





Introducción

Las ocupaciones dan sentido a nuestra vida, ordenan nuestra vida cotidiana. Todos los seres humanos somos seres ocupacionales, por lo que tendemos naturalmente a explorar y dominar el ambiente. Esto es lo que hace que nos pongamos en movimiento, que desarrollemos actividades.

La capacidad de desempeñarnos en la vida es la resultante del funcionamiento de varias áreas: la salud física y mental, y los factores socioeconómicos y ambientales.

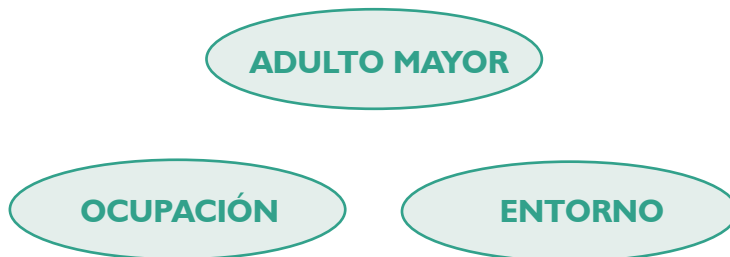
Se denomina salud funcional a la capacidad de cada persona para desempeñarse en la vida diaria, independientemente de la presencia o no de una patología.

Debemos tener presente que mejorar la vida cotidiana de los adultos mayores implica trabajar para:

- favorecer la independencia y la autonomía personal,
- prevenir disfunciones,
- promover y mantener la salud, apuntando al logro de una mejor calidad de vida.

Las variables de la capacidad funcional

Las tres variables que interjuegan y determinan la capacidad funcional son:



1. El adulto mayor

El adulto mayor aparece como el primer componente de esta tríada.

Debemos poner atención a sus intereses e inquietudes, sus valores, su historia. Es importante relevar la mayor cantidad de información acerca de sus hábitos y costumbres, tener en cuenta sus patrones de desempeño.

Es necesario identificar cuáles son sus actividades significativas, a las que le da especial importancia, las que jerarquiza. Además de su estilo de vida, es importante conocer las expectativas y necesidades que identifica él mismo en la organización de la vida diaria.

2. La esfera ocupacional

Esta esfera se divide en tres grandes áreas ocupacionales: automantenimiento o actividades de la vida diaria, de producción, y esparcimiento o tiempo libre.

Nos ocuparemos de las **actividades de automantenimiento, o de la vida diaria**.

Las actividades de la vida diaria (AVD), se clasifican en:

- Actividades básicas (ABVD).
- Actividades instrumentales (AIVD).
- Actividades avanzadas.

Las **actividades básicas (ABVD)** son todas las actividades funcionales esenciales para el autocuidado: vestirse, bañarse o ducharse, asearse, deambular y alimentarse y la continencia de esfínteres.

Las **actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**, son las que una persona necesita desempeñar, más allá de las destrezas básicas en los cuidados personales, para funcionar independientemente en el hogar y la comunidad.

Finalmente, las **actividades avanzadas** de la vida diaria son las que presentan un mayor grado de complejidad y están relacionadas a la participación social, como organizar una fiesta realizar salidas, viajes, pueden ser ejemplos de actividades avanzadas.

Nos detendremos a continuación en las actividades instrumentales.

Las actividades instrumentales

Estas son actividades más complejas que las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) y su desempeño exitoso requiere un nivel de organización neuropsicológico más alto que el requerido para el desempeño de las actividades básicas.

Las actividades instrumentales son, por ejemplo: usar el teléfono, el transporte, manejar el dinero, administrar la medicación, realizar las tareas de la casa, lavar la ropa, hacer las compras, preparar los alimentos. Estas actividades son complejas porque contienen numerosas subtareas, es decir, pasos necesarios para desempeñar la tarea final.

Veamos un ejemplo de subtareas de una AIVD, la preparación de comida:



1. Planificar la comida.
2. Abrir y cerrar frascos, alacenas y cajones.
3. Utilizar los utensilios y productos de cocina.
4. Preparar los alimentos.
5. Limpiarlos si es necesario.
6. Cocinarlos.
7. Y almacenar comida.

El fracaso en una subtarea muchas veces determina una disfunción ocupacional, ya que el adulto mayor deja de llevar a cabo esa actividad. Por ejemplo, si no puede abrir y cerrar frascos, evitará la preparación de una tarea que contenga esta subtarea.



Es importante entonces detectar en qué subtarea necesita asistencia o supervisión, y en cuáles se puede desempeñar de modo independiente.

3. El ambiente

Un ambiente seguro y confiable posibilita llevar a cabo las actividades de la vida diaria en forma independiente.

Debemos tener en cuenta que la distribución de los objetos en el espacio estimula o no a la acción. Si queremos estimular a una adulta mayor a que teja, por ejemplo, no guardemos su tejido en un lugar inalcanzable y poco visible. Recordemos que la presencia de los objetos nos invita a llevar a cabo la actividad.

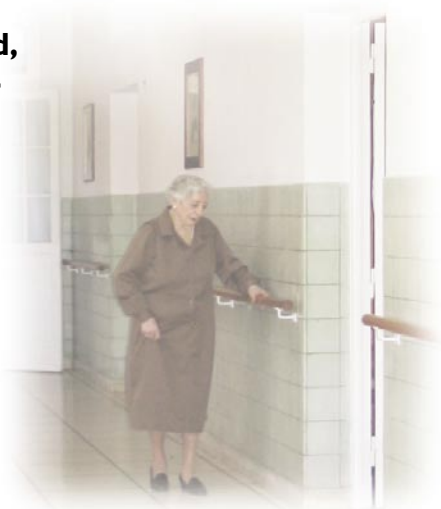
Es importante considerar que **cualquier intervención ambiental debe ser consensuada con “el dueño de casa”**. El refrán cada casa es un mundo nos da cuenta de esta realidad.

El ambiente debe proveer una situación segura, lo que exige minimizar los factores de riesgo, dar seguridad tanto desde lo psicológico como desde lo físico. El sujeto tiene que percibir que en ese ambiente se pueden satisfacer sus necesidades.

También hay que contemplar la **accesibilidad, o sea la no existencia de barreras arquitectónicas, que el ambiente sea accesible y transitable.**

Y, por último, que el ambiente sea comprensible y previsible para el individuo. Estos atributos del entorno guardan directa relación con la posibilidad de desempeñarse en él.

Para favorecer la seguridad en el ambiente debemos tener en cuenta:



- Disponer una buena iluminación que evite contrastes lumínicos.
- Retirar obstáculos de los recorridos habituales en la casa, por ejemplo cables u objetos.
- Ubicar los objetos que se utilizan habitualmente a una altura fácilmente accesible.
- El suelo debe ser antideslizante, evitando pisos encerados. Es ideal evitar desniveles. Si hay alfombras, asegurarse de que estén adheridas o clavadas al suelo para evitar caídas.
- Las sillas deben ser firmes, con apoyabrazos y soporte para la espalda. Los sillones deben ser altos para que la persona pueda sentarse y levantarse sin mayores esfuerzos.

En el baño

- Usar alfombras antideslizantes, tanto dentro de la bañera como afuera. Si es necesario incorporar una silla de baño y duchador.

En la cocina

- Las alacenas deben estar colocadas a menor altura. O colocar los utensilios y vajillas que se utilizan frecuentemente en la parte más accesible de la cocina.

En el dormitorio

- Aumentar la altura de la cama si es necesario.
- Incorporar una luz vigía, es decir una luz tenue que permita orientarse si despierta en medio de la noche.

La calidad de vida de las personas adultas mayores, está altamente relacionada con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que le permite cuidar de sí misma y participar en la vida familiar y social en forma independiente.

Tener en cuentas estas condiciones contribuirá a mejorarla.



La adaptación del entorno

El nivel funcional está determinado por la motivación y la oportunidad. A veces los mismos adultos mayores, motivados por la posibilidad de manejarse en forma independiente, adaptan las actividades frente a la presencia de limitaciones. Tomando las palabras de Maltinskis “la adaptación es realizada con el ingenio movido por el deseo de independencia”.

Llamamos adaptación a toda modificación del medio ambiente y del modo de realizar una actividad para permitir desarrollarla del modo más independiente y seguro posible y con menor gasto de energía.

Podemos adaptar el hábitat (intervenciones ambientales), el modo de desarrollar una tarea, o implementar modificaciones en los utensilios utilizados para una actividad.

Algunas adaptaciones son simples, como engrosar el mango de los cubiertos cuando aparecen limitaciones en la prensión para facilitar la alimentación, o usar un teléfono con numeración grande para usarlo en forma independiente.

En ocasiones es necesaria la consulta con un profesional, ya que algunas adaptaciones requieren de la prescripción y entrenamiento de un terapeuta ocupacional.

Estrategias para el cuidador

En el vestido

- Las prendas que se abren por delante son más fáciles de colocar. Reemplazando botones por cierres o “velcro” se facilita la tarea de cerrar una prenda de vestir.
- Los botones de los puños pueden ser reemplazados por elásticos lo que permitirá atravesar la manga sin necesidad de abotonar.
- Los cordones de los zapatos se pueden reemplazar por cordones elásticos.

En la higiene personal

- Utilizar una esponja en forma de guante facilita la prensión. Se le puede agregar un bolsillo para la pastilla de jabón.
- La pastilla de jabón puede estar sujeta al grifo con un cordón para evitar que se caiga.
- Engrosar el mango del cepillo de dientes o alargar el mango del cepillo para el cabello.

Para adultos mayores con deterioro cognitivo

Cuando trabajamos con personas que presentan deterioro cognitivo, para favorecer la competencia en la realización de AVD y evitar accidentes debemos tener en cuenta:

- Mantener las rutinas, proponerle actividades conocidas que pueda seguir realizando.
- Proporcionarle una tarjeta o medalla con su identificación.
- Simplificar los pasos de cada actividad. Mantener el ambiente ordenado y organizado.

- Para **favorecer la orientación temporal** es necesario que el ambiente cuente con calendario día por día actualizado y reloj visible y en hora.

Para evitar accidentes

- Controlar el manejo de la medicación.
- Al momento del baño regular la temperatura del agua.
- Controlar las llaves de las cerraduras, por ejemplo del baño.
- Controlar el uso del gas.

Con relación a la alimentación

- Evitar las comidas a deshoras.
- Simplificar la mesa, colocar en ella lo necesario.
- Es muy importante controlar la hidratación.

Con relación a la higiene personal

- Relevar hábitos de higiene personal.
- Simplificar las decisiones sin privarlo de su independencia.
- Sostener una rutina regular para el baño.

Con relación al vestido

- Ordenar el armario de acuerdo a la combinación de colores.
- Sacar lo que no usa o está fuera de temporada.
- Ofrecerle la ropa de acuerdo al orden en el que se viste.

Para **evitar la incontinencia** invitar al adulto mayor al baño en forma regular.

Autonomía e independencia

A los efectos de contribuir a la mejora de la vida cotidiana del adulto mayor, es fundamental distinguir los conceptos de **autonomía e independencia**.

La autonomía es la capacidad de una persona de tomar decisiones por su cuenta. Está relacionado con el control sobre la propia vida.

La independencia es la capacidad de una persona de realizar acciones por su propia cuenta, sin necesidad de ayuda de terceros.

Por lo tanto, ofrecerle a un sujeto que estamos asistiendo la oportunidad de elegir y decidir será brindarle la oportunidad de ejercer su autonomía. Podemos ayudar a alguien a vestirse, pero debe seguir eligiendo la ropa que se pondrá.

Tipos de dependencia

Se pueden describir tres tipos de dependencia:

1. Dependencia por verdadera incompetencia física y mental.
2. Dependencia por una optimización selectiva: el adulto mayor selecciona las actividades que le resultan significativas en las que prefiere “usar su energía” para desarrollarlas en forma independiente, y decide ser dependiente en un área determinada de la vida diaria (como vestirse).
3. Dependencia por **estereotipificación** social y subestimación de la competencia. Esta dependencia surge generalmente en respuesta a prejuicios imperantes que suponen que el adulto mayor no es capaz de desempeñarse en forma independiente, por lo que se le brinda ayuda exagerada, asistiéndolo en pasos de una actividad que podría realizar de modo independiente.

Autora:

Lic. Susana Rubinstein:

Terapista Ocupacional Programa Hogares de Día para Tercera Edad Ministerio de Desarrollo Social Subsecretaría de Tercera Edad. GCBA.

Docente titular Cátedra Terapia Ocupacional en Gerontología. Instituto Universitario del Gran Rosario.

Tutora regional de la Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación- Universidad Nacional de Mar del Plata.

Bibliografía:

Corrales, D.; Palomo, L.; Magariño Bravo, MJ.; Alonso, G.; Torrico, P.; Barroso, A. y Merchan, V., *Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres*, Atención Primaria, volumen 33, N° 08, pp. 426 a 433.

Hilko Culler, Katheleen, *Manejo del Hogar y la Familia*, Terapia Ocupacional, Willard / Spackman Editorial Panamericana, 8ª edición, Cap. 8, sección 2A.

Hill, Judy, *Actividades de la Vida Diaria*, Terapia Ocupacional, Willard/ Spackman Editorial Panamericana, 8ª edición, Cap. 8, sección 1.

Kielhofner, G. (2006), *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*, Editorial Médica Panamericana, 3º Edición.

Lawton, M.P. y Brody, E. (1969), *Assessment of older people: Self - maintaining and Instrumental Activities of Daily Living*, The Gerontologist, Cap. 9, pp. 179 a 186.

Mace, N. y Rabins, P. (1990), *Cuando el día tiene 36 horas*, Una guía para cuidar a enfermos con pérdida de memoria demencia senil y Alzheimer, Editorial Pax México.

Maltinskis, K. y Roberti, F. (1979), *Rehabilitación. Recuperación funcional del lisiado*, Ediciones Científico - Técnicas Americanas, Argentina.

Risiga, Magalí; Rubinstein, Susana y Spierer, Viviana (1997), *GERONTOLOGÍA: Certezas, desafíos e interrogantes. Un acercamiento al rol del T.O.*, Revista Materia Prima, Primera revista Independiente de T.O. en la Argentina.

Smith, Hellen D., *Evaluación total y evaluación específica en Terapia Ocupacional: Consideraciones generales*, Terapia Ocupacional, Willard / Spackman Editorial Panamericana , 8ª edición, Cap 7.





CAPÍTULO 5:



Rehabilitación en geriatría





Introducción

En este capítulo está pensado como una guía para que el cuidador domiciliario tenga un primer acercamiento a las patologías descritas, y sea utilizado como un disparador para profundizar e investigar en estos temas. Nos referiremos principalmente a algunas situaciones cuyas consecuencias pueden requerir rehabilitación en los adultos mayores:

- ▶▶ • El accidente cerebro vascular (ACV).
- La marcha patológica.
- La fractura de cadera.

Accidente cerebro-vascular

El signo más visible de un ACV (accidente cerebro-vascular) es la parálisis de un lado del cuerpo. A esa parálisis en un lado del cuerpo se la conoce como **hemiplejía**.

La ubicación de la lesión en el cerebro determina qué lado del cuerpo es el afectado. Si la lesión es en el hemisferio derecho del cerebro, la parte izquierda del cuerpo es la afectada. Si la lesión es en el hemisferio izquierdo, la parte derecha del cuerpo es la afectada por el ACV.

Se pueden presentar otras dificultades físicas o cognitivas dependiendo de la ubicación del ACV: déficits en la memoria, dificultades en la deglución, y falta de atención.

El signo más visible del daño es la parálisis o el debilitamiento del lado izquierdo del cuerpo.



Otras características comunes en personas con parálisis

- Pueden tener **problemas para hablar, para comprender** o ambas dificultades, pueden padecer **problemas para tragar** la comida.
- Pueden tener una **pérdida profunda de la percepción espacio-temporal**, la capacidad de juzgar distancias, posiciones, formas etc.
- No son capaces de pasar con una silla de ruedas a través de una puerta porque **no pueden calcular el marco**.
- Pueden **confundir el derecho y revés de su ropa, la derecha de la izquierda** o no darse cuenta cuán lejos se encuentra un objeto.
- **No son capaces de leer el diario o agregar una columna de números** porque pierden su ubicación en el papel.
- Pueden tener **serios problemas de equilibrio** tanto al pararse como al sentarse a raíz de la pérdida de percepción vertical; pueden sentir que están parados derechos cuando en realidad se encuentran inclinados en 45 grados hacia algún costado. Si son asistidos para mantenerse erguidos, tienden a asustarse porque sienten que están siendo obligados.
- Pueden llegar a **no reconocer sus propios brazos o piernas como partes de su cuerpo**; pueden llegar a ver sus propios brazos y piernas cuando están recostados en la cama y enojarse por pensar que alguien se encuentra junto a ellos.
- Pueden **ignorar a alguien que les esté hablando desde su lado afectado**.
- Si la cama que utiliza la persona con parálisis del lado izquierdo está mirando hacia una ventana, el resto de la habitación deja de existir para ella. **En la noche, sin panorama que observar, estos pacientes quedan completamente aislados.**

- El lado no afectado del individuo debe estar orientado de tal forma que él pueda responder a las actividades que se desarrollen en la habitación.

Deficiencias en la memoria

Se pueden esperar algunos problemas en la memoria en las personas que han sufrido un ACV. Cuando se trabaja con deficiencias en la memoria, los cuidadores domiciliarios pueden colaborar diariamente de la siguiente manera:

- Estableciendo una rutina fija en cualquier momento posible.
- Dándole mensajes cortos para que logre una mayor retención.
- Presentándole nueva información pasó a paso.
- Utilizando ayuda memoria como agendas, escribiendo notas etc.
- Utilizando objetos familiares y asociaciones antiguas para enseñar nuevos patrones.

Labilidad emocional

También las personas que han tenido un ACV pueden mostrar una **pérdida parcial del control emocional**. Pueden pasar de la carcajada al llanto sin ninguna razón aparente. A veces las personas que han tenido un ACV lloran porque están deprimidas.

Esta pérdida de control emocional a causa de un daño orgánico en el cerebro es conocida como **labilidad emocional**. Está caracterizada por la escasa relación entre el comienzo de la expresión emocional y lo que está sucediendo alrededor de la persona.

Las personas que dejan de llorar cuando su cuidador dice su nombre probablemente sufra labilidad orgánica emocional en lugar de depresión. El llanto causado por la depresión no es fácil de interrumpir.



De igual manera, las personas que se ríen no necesariamente están contentas, ni tampoco las personas hostiles pueden estar enojadas.

Recomendaciones para las actividades de la vida diaria

Vestido: siempre se debe empezar por la extremidad afectada. Para aquellos pacientes con déficits motores importantes se recomienda la utilización de ropa cómoda y de fácil colocación, como calzado cerrado, “velcro” en lugar de botones, etc.

Movilización: la movilización dependerá de las posibilidades de cada paciente. Se recomienda realizar movimientos activos en los miembros sanos.

En los pacientes con trastornos importantes de deambulación, se recomienda realizar cambios posturales cada 4 horas. Es recomendable la sedestación (posición de sentado) durante el día, así como la utilización de almohadas para proteger las zonas de roce.

En caso de que pueda caminar con ayuda se recomienda la realización de paseos cortos y frecuentes, al menos dos veces por día, todo esto bajo la supervisión e indicación del kinesiólogo.

En aquellos pacientes que tengan una afasia de expresión (dificultad o imposibilidad de comunicarse a través de la palabra como secuela), se recomienda:

- Hablarle al enfermo como un adulto, sin infantilismos.
- Hablar lentamente, utilizando palabras fáciles y frases cortas ayudándose incluso con gestos.
- No gritar, esto no ayuda a la comprensión.
- En aquellos pacientes que conserven la capacidad de escribir, se les estimulará para que se comuniquen a través de la escritura.

Alertas para el cuidador

El cuidador que se encuentra diariamente con el adulto mayor, puede reconocer algunos síntomas, por ejemplo:

- Un repentino debilitamiento y entumecimiento de la cara, brazo, pierna o cierto lado del cuerpo.
- Un repentino cambio o pérdida de la visión, especialmente en un solo ojo.
- Pérdida del habla, o problemas para hablar y entender el lenguaje.
- Dolores de cabeza severos sin motivos aparentes.
- Pérdidas de equilibrio y caídas inexplicables.

Si observa alguna de estas señales, se las debe comunicar al médico.

Rehabilitación integral

Un programa de rehabilitación integral que focalice lo físico, psicológico y social es el más eficiente a la hora de ayudar a que una persona logre la mayor independencia posible después de haber sufrido un ACV.

Los miembros de los equipos de rehabilitación que trabajan con el paciente y la familia diseñan un programa integral para asistir al paciente en la recuperación y a la adaptación de los efectos del ACV. El objetivo del programa es que el paciente desarrolle su máximo potencial en todas las áreas.

Es importante estimularle a realizar todas las actividades que pueda hacer, aunque le lleve más tiempo, como vestirse, comer, asearse, realizar pequeños trabajos

caseros de la forma como se les ha enseñado en los servicios de rehabilitación, así como realizar las adaptaciones domiciliarias que precisen.

Hay varios estudios que demuestran que el paciente, una vez dado de alta de tratamiento, mantiene sus habilidades adquiridas durante al menos el primer año, excepto en las AVD (actividades de la vida diaria), ya que generalmente, los familiares los sobreprotegen y le ayudan en todas las tareas.

La marcha patológica

La marcha normal es un intercambio continuo de estabilidad y movilidad. Para ello, los elementos básicos son **una buena movilidad articular y una buena acción muscular**. Cualquier alteración que limite la movilidad articular necesaria para la marcha o bien que altere el tiempo o la intensidad de la acción muscular dará lugar a una alteración de la marcha.

La marcha en el adulto mayor está sujeta a dos influencias: los efectos de la edad y los efectos de los condicionantes patológicos. Si excluimos las condiciones patológicas, los efectos de la edad suponen únicamente un enlentecimiento de la marcha, observándose disminución de la longitud del paso y de la cadencia, aumento de la base de sustentación y disminución de la velocidad.

El objetivo de estos cambios es la mejoría de la seguridad y del equilibrio durante la marcha. Tanto el hecho de disminuir la longitud del paso como aumentar la base de sustentación hacen más fácil mantener el equilibrio mientras se anda.

Causas de la marcha patológica

Las causas generales de la marcha patológica se pueden agrupar de la siguiente forma:

- I- Anormalidades frecuentes:** acortamiento de miembro inferior, rigidez o limitación de la amplitud y/o movilidad articular, inestabilidad articular o marcha antiálgica (para evitar el dolor).

2- Déficits neurológicos de origen central: hemiplejía, espasticidad, ataxia, parkinsonismo.

3- Lesiones neurológicas periféricas: parálisis de grupos musculares de la cadera, o de la pierna, flexores dorsales del pie o de la pantorrilla.

La **reeducción general** de la marcha, independientemente de la patología de la que se trate, cuenta con las siguientes fases:

1. Puesta en carga: consiste en reeducar al cuerpo y particularmente la musculatura del tronco y de los miembros inferiores en posición vertical.

2. Equilibrio: será reeducado en sedestación (posición sentado) en una primera fase, y posteriormente en bipedestación (de pie) donde se realizará:

- a. Desaparición progresiva de los apoyos manuales en el siguiente orden: dos ayudas, una ayuda, paralelas, barra simple, trípodas, bastones, un bastón y, finalmente, sin bastón.
- b. Desplazamientos del centro de gravedad.
- c. Disminución de la base de sustentación.
- d. Estimulación del equilibrio: equilibrio en un plano móvil, resistir empujones y reencontrar equilibrio tras cada empujón.

Tipos de marcha patológica

Acortamiento de miembro inferior

Si la diferencia es inferior a 2 cm, en la fase de apoyo del lado acortado se produce un descenso del hombro del mismo lado por caída de la pelvis. Se observa un aumento de la flexión de la cadera, rodilla y tobillo del lado opuesto en la fase de balanceo.

Si la diferencia es mayor de 2 cm, el paciente caminará con apoyo del antepié del lado afectado

Rigidez o limitación de la amplitud articular

Cualquier alteración a nivel de la cadera da lugar a un movimiento compensatorio de la columna lumbar. Los pacientes con flexión de cadera aumentan la curvatura de la columna lumbar para mantener el tronco erecto durante la marcha.

La **rodilla en flexión** acorta la extremidad y aparecen los trastornos a velocidades rápidas cuando la flexión es menor de 30°.

La **rodilla en extensión** alarga el miembro inferior y por ello la fase de balanceo del lado afectado hace necesaria una elevación de la pelvis y una circunducción de todo el miembro inferior. En la fase de apoyo el choque del talón es violento por la falta de amortiguación que proporciona la flexión de la rodilla.

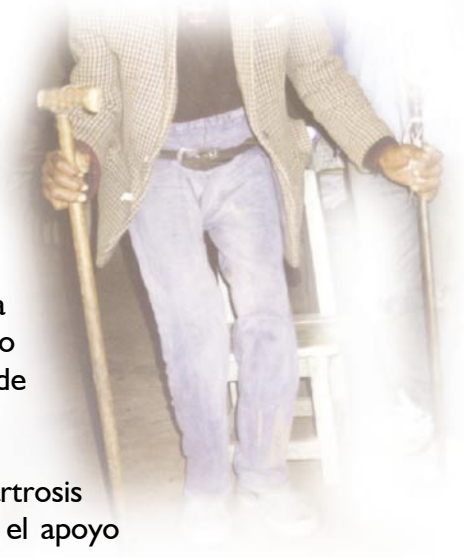
El **pie equino** alarga la extremidad y obliga a una flexión excesiva de la cadera y la rodilla durante el balanceo. La fase de apoyo está alterada y el despegue del talón es inefectivo.

Marcha antiálgica

Se caracteriza por evitar el soporte de peso para reducir el dolor que se produce durante la marcha.

En **lesiones centrales de la columna** la marcha se hace lenta y simétrica, a pasos cortos, intentando limitar la fase de doble apoyo y la movilización de la columna.

En **algias del miembro inferior** (por ejemplo artrosis de cadera), para reducir la carga se disminuye el apoyo



sobre el lado afectado; se suele acortar la longitud del paso para permitir el desplazamiento del peso hacia la pierna sana lo antes posible.

En todas estas marchas por anomalías frecuentes, es preciso intentar corregir esta anomalía a través de cirugía, plantillas, etc., y una vez corregida intentar corregir la marcha a través de la rehabilitación kinesiológica.

Marcha patológica por déficits neurológicos de origen central

Marcha espástica

Cuando ambas extremidades inferiores están espásticas, hay una marcha en tijera. Las extremidades se mueven hacia delante en sacudidas rígidas, frecuentemente acompañadas de movimientos compensadores del tronco y de los miembros superiores. La deambulación la realizará por medio de movimientos de inclinación pélvica, oscilación hacia delante, al principio en paralelas y después con muletas de brazo o codo.

Marcha cerebelosa

Presenta movimientos incordiados con aumento de la base de sustentación y marcha en zig-zag o de ebrio. Es la llamada *ataxia cerebelosa*.

Para intentar mejorar esta marcha, potenciaremos la musculatura de los miembros en descarga y también en carga en distintas posiciones; ejercicios de marcha colocando pesas en los tobillos de 1 a 3 Kg. pues ayudan a aumentar la estabilidad, también en paralelas con suelo marcado para realizar marcha hacia delante y atrás, a un lado y a otro, reduciendo base de sustentación etc.

También es importante que el paciente camine delante del espejo y oiga el golpe del pie en el suelo, pues facilita el aprendizaje y la corrección de la marcha.

Marcha parkinsoniana

Los trastornos de la marcha van unidos al trastorno postural. En los estadios iniciales, se hace evidente una ligera inclinación hacia delante y una pérdida del movimiento de los brazos. En estadios avanzados, el inicio de la marcha es lento, seguido de un aceleramiento de los pasos, como si el paciente corriese tras su centro de gravedad. Los ejercicios irán encaminados a mejorar la coordinación y velocidad en la ejecución de movimientos. Para ello es útil la bicicleta estática con dispositivo de remo.

Marcha patológica por lesiones neurológicas periféricas

Parálisis de los **extensores de cadera**: Típico de la distrofia muscular, determina una marcha con aumento de la curvatura lumbar que utiliza la gravedad para mantener la extensión de la cadera, inclinando el tronco hacia el lado del miembro apoyado.

Parálisis del **cuádriceps**: La debilidad o parálisis del cuádriceps tiende a flexionar la rodilla, este déficit puede ser compensado utilizando los extensores de cadera y los flexores plantares del pie, colocando el pie apoyado en rotación externa, inclinando el tronco hacia delante, permitiendo al peso estabilizar la rodilla o empujando el muslo del miembro afectado hacia atrás.

Parálisis de los **isquiotibiales**: Juegan un papel importante tras el apoyo del talón, ayudando al glúteo mayor en la extensión de la cadera. Su debilidad requiere mayor esfuerzo por parte del glúteo mayor para evitar la flexión de la cadera en esta fase. Se recomienda caminar despacio, con pasos cortos.

Ayudas técnicas a la marcha

Las ayudas técnicas para la deambulación incluyen los útiles y dispositivos con las que las personas que padecen una discapacidad tienen la posibilidad de realizar actividades cotidianas o profesionales.

Los objetivos de estas ayudas son: **equilibrio**: permitiendo aumentar la base de sustentación para dar una mayor sensación de seguridad; **descarga**: en los

miembros superiores del peso corporal, reduciendo la demanda mecánica sobre las extremidades inferiores; y la **propulsión**: ayudando a compensar un déficit motor que afecta a la progresión.

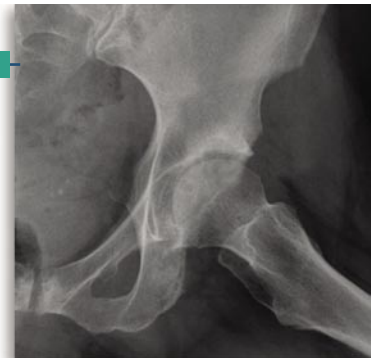
Los **tipos de ayuda** a la marcha que encontramos son:

- Ayudas fijas: barras paralelas y barra fija.
- Ayudas autoestables: Andadores, bastones multipodales (trípodes), que son el paso intermedio a la barra paralela o bastón sencillo.
- Bastones: simples (para utilizarlos se necesita que la muñeca sea estable para poder hacer buen apoyo y equilibrio), muletas de apoyo en antebrazo (bastón inglés), muletas de apoyo en brazo (muleta canadiense) y muletas axilares.
- Otros accesorios para la marcha: generalmente **ortesis** tipo tutores anti equino o férulas.

Fractura de cadera

Una fractura de cadera es cuando uno de los huesos de la cadera -cerca de la parte superior de la pierna- se rompe. Esto puede ocurrir a cualquier edad, pero es más común en las personas de 65 años o mayores.

Las fracturas de cadera por lo general son por causa de una caída. Si se fractura la cadera la persona va a sentir un dolor fuerte en la misma y puede no ser capaz de caminar. Se le pueden formar moretones o se le puede hinchar la cadera. La pierna se le puede ver más corta de lo normal y el pie se le puede desviar hacia fuera.



En cualquier momento en que una persona se caiga y no pueda pararse hay que llamar al médico enseguida. La mayoría de las personas que tienen fracturas de cadera van a necesitar cirugía con el objeto de asegurar que la pierna sane de la manera adecuada.

Luego de la cirugía va a entrar en la etapa de rehabilitación; de acuerdo al tratamiento quirúrgico que recibió, será el tratamiento quinesico.

Si en la cirugía le colocaron una prótesis hay cuidados posturales a tener en cuenta para proteger la prótesis y evitar la luxación:

La pierna operada no se puede flexionar la cadera más de 90 grados, como así tampoco juntar ambas rodillas, ni tampoco cruzarse de piernas. Por eso se coloca una almohada entre las rodillas para evitar estos movimientos de forma involuntaria.

Debemos suplementar el inodoro con un eleva inodoro y también la cama si ésta fuese baja.

El kinesiólogo será quien dará las pautas y los ejercicios que podrá realizar el paciente, asistido por el cuidador. La movilidad precoz es fundamental para la buena recuperación y evitar complicaciones, sentarse, pararse, el desplazamiento dentro del domicilio ya sea con la utilización de ayudas técnicas, como andadores o bastones y la realización de las actividades de la vida diaria.

Cómo prevenir una fractura de cadera

- Hacer ejercicio con regularidad para mantener los huesos y los músculos fuertes.
- Si el médico indica usar un bastón o un andador para ayudarse a caminar, por favor úselo. Esto le dará estabilidad adicional cuando camina y le ayudara a evitar una mala caída.
- Visitar al médico de los ojos una vez al año. Si hay dificultad en la vista porque

tiene cataratas u otras enfermedades en los ojos esto puede predisponer a sufrir caídas.

- Haga que su casa sea segura.
 - o Asegúrese de tener buena iluminación dentro de su casa. Esto le ayudará a no tropezarse con objetos que no son fáciles de ver.
 - o Coloque lamparitas para ver en la noche en su cuarto, en los corredores y en los baños. Asegúrese que las escaleras estén bien iluminadas.
 - o Las alfombras deben estar bien adheridas al piso o tener un refuerzo antideslizante.
 - o Los cables eléctricos no deben estar sueltos sobre el piso en las áreas donde se camina.
 - o Coloque barandas para las manos en su bañera para tomarse un baño, en su lavatorio y en el inodoro.
 - o Ponga barandas a ambos lados de las escaleras para que pueda apoyarse.

Tratamiento postural del paciente postrado

Decúbito supino (acostado boca arriba): cabeza alineada, almohada casi plana bajo el cuello, tronco recto, cinturas bien equilibradas, caderas y rodillas en extensión, tobillo a 90 grados y apoyado, brazos a 45 grados separados del cuerpo, codos alternando 90 grados de flexión con extensión completa, antebrazos alternando pronación con supinación. Muñeca y mano en posición funcional.

Decúbito lateral (acostado de costado): cabeza alineada, almohada bajo el cuello, tronco recto, cinturas bien equilibradas, cadera y rodilla en contacto con la cama en extensión, tobillo en flexión de 90 grados, hombro hacia adelante, codo en ligera flexión y antebrazo en supinación; la otra cadera y rodilla en flexión de 90 grados con una almohada entre ambas piernas hombros hacia adelante, codo ligera flexión, muñeca y mano funcional.

Decúbito prono (acostado boca abajo): no suele ser bien tolerado, se consigue extensión de cadera, controla bien el estado de la región sacra y los talones, donde muchas veces hay escaras (lesiones por apoyo). Rodillos bajo los hombros, cara lateralizada, codos extendidos, rodillos en las manos; miembros inferiores en extensión de caderas y rodillas con tobillos a 90 grados.

-Frecuencia de los cambios posturales: cada dos horas, por la noche cada 3-4 hs.

-Material necesario: almohadas, rodillos, cojines, sacos de arena, cuñas, dispositivos **antiequino**, colchones consistentes.

Autor:

Gustavo Spampinato:

Licenciado kinesiólogo Fisiatra, Director de la Residencia para Adultos Mayores Hogar “Pedro A. Benvenuto” dependiente de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos mayores (2010).

Especializando de la carrera de posgrado “Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional”.

Bibliografía:

Flórez García, M.T. (2000), *Intervenciones para mejorar la función motora en el paciente con ictus*, Rehabilitación, 34: pp. 5 a 11.

S.S. Rao, M.D. y M.A., Cherukuri, M.D. (junio 15, 2006), *Management of Hip Fracture The Family Physician’s Role* (Manejo de una fractura de cadera: el papel que juega el médico de familia), American Family Physician, <http://www.aafp.org/afp/20060615/2195.html>.

Miralles Marrero, R. y Miralles Rull, I. (2006), *Biomecánica Clínica de las Patologías del Aparato Locomotor*, Ed. Masson.

Vázquez Gallego, J. y León Marcano, S. (1995), *Patología neurológica. Manual de Rehabilitación en geriatría*, Mandala, Madrid, España.





CAPÍTULO 6:



Accesibilidad al medio físico para los adultos mayores





Accesibilidad. Concepto

Las personas adultas mayores pueden estar expuestos a riesgos existentes en los espacios en los que se desenvuelven: viviendas, espacios públicos y medios de transporte.

Los riesgos de accidentes, caídas y desorientación, entre otros, provienen de la presencia de las denominadas **barreras físicas**.



Las barreras físicas son todos aquellos elementos y situaciones que dificultan, o no permiten acceder, estar, o circular por la vivienda o por el espacio público, usar un medio de transporte, y comprender señales y comunicaciones visuales o auditivas en condiciones libres de riesgo o de todo tipo de impedimento.

Estas barreras están aún hoy presentes en todos estos espacios mencionados.


Para que no existan las barreras físicas debe existir lo que denominamos **accesibilidad al medio físico**.

La accesibilidad es la condición que reúne un espacio, un medio de transporte o un sistema de comunicación visual o auditivo, donde se han eliminado todas las barreras físicas, y que sirve a todas las personas, sin que importe su edad ni su condición física o mental.



Barreras físicas

Las barreras físicas pueden clasificarse en:

- 
- **arquitectónicas,**
 - **urbanísticas,**
 - **en el transporte, y**
 - **en la comunicación visual o auditiva.**

Las barreras arquitectónicas

Estas barreras son las que **existen en las construcciones**, y que por sus formas, dimensiones y ubicación en el espacio dificultan o impiden circular o estar en condiciones de seguridad y confort a los adultos mayores.

Entre las barreras arquitectónicas encontramos, por ejemplo los pisos rotos, resbaladizos o con desniveles mayores a 2 cm; las alfombras sueltas; las escaleras y pasillos sin pasamanos adecuados en ambos lados; la falta de rampas u otros medios de elevación (ascensores, sillas montaescaleras, plataformas elevadoras para sillas de ruedas) como complemento o reemplazo de las escaleras; las malas iluminaciones y ventilaciones de los locales; los baños inadecuados; los muebles sueltos que dificultan la circulación; el mobiliario inconveniente, cables sueltos, calzado inapropiado, etc.

Recomendaciones para evitar las barreras arquitectónicas

Nos referiremos aquí a las recomendaciones para evitar barreras de este tipo en los siguientes espacios y elementos:



1. Pisos
2. Escaleras y pasillos
3. Baños
4. Cocinas y lavaderos
5. Muebles
6. Calzado

I. Pisos

Pisos: serán **lisos y sin desniveles mayores a 2 cm. y antideslizantes**, tanto estando secos como mojados. No debe aplicarse cera en ningún caso. No habrá cables sueltos sobre ellos.

Alfombras: en principio **no son aconsejables**, porque pueden alojar parásitos (ácaros) que producen alergias, y a la vez son antihigiénicas cuando hay ancianos incontinentes. Sin embargo, **en caso de que existan, deben estar siempre pegadas o clavadas, e irán de pared a pared**. En ningún caso tendrán bordes levantados ni flecos, y su espesor no será superior a 2 cm. No debe haber alfombras sueltas (especialmente al pie de la cama).

2. Escaleras y pasillos

Las escaleras y los pasillos también tendrán pisos lisos, sin desniveles, y no serán resbaladizos. Las escaleras no deben tener caminos o alfombras; si se colocan en los pasillos, irán pegadas o clavadas de pared a pared.

Los pasamanos estarán en ambos lados y serán de sección circular o anatómica, de entre 3,5 a 5 cm de diámetro. Serán continuos, sin sujeciones horizontales, para que el agarre de la mano no se interrumpa a lo largo del recorrido. Deben estar separados de las paredes entre 4 y 5 cm.



En las escaleras, los **escalones** deben tener siempre la parte vertical (la *alzada*) por seguridad, ya que de lo contrario, el adulto mayor podría enganchar en el espacio entre los escalones la puntera del calzado al subir, o el talón al bajar.

El encuentro de la *alzada* y la *pedada* (el plano horizontal) se denomina *nariz*, y debe estar resaltada con contraste de color.

De existir **descansos** en una escalera, y si el espacio lo permite, se recomienda colocar un asiento rebatible.

Para ancianos con trastornos mentales y dificultades en la marcha, hay que colocar puertas de 1,50 m de altura al comienzo y al final de la escalera es una excelente medida de seguridad.

3. Baños

El piso del baño será antideslizante, tanto seco como mojado (también en la ducha), y no habrá alfombras sueltas ni cables eléctricos sobre el piso.

La ventilación y la iluminación del baño deben ser muy buenas.

Tienen que colocarse barras de apoyo (fijas y móviles) a los costados de todos los artefactos y espacios de uso.

Las griferías convienen que sean en forma de cruz o monocomando.

Es muy conveniente que en el baño haya timbres u otros elementos de alarma.

La altura del inodoro puede elevarse con un zócalo de entre 8 a 10 cm de altura; también hay inodoros de mayor altura, o puede usarse una silla ortopédica adaptada al uso.

Para las personas en silla de ruedas

Siempre contando con la aprobación del, o los usuarios, y tras la evaluación geriátrica, **es conveniente retirar el bidet y la bañera**. El retiro del bidet permite acercar la silla de ruedas para hacer la transferencia lateral al inodoro y a la vez disponer mayor espacio para el trabajo del cuidador. Retirado el bidet, su función puede ser reemplazada por un duchador manual, que si es de manguera larga, puede utilizarse también para un posible espacio de duchado.

De no retirarse el bidet, pueden tomarse, en cuanto a su altura, iguales consideraciones que para el inodoro. **Se recomienda no colocar artefactos móviles (que cumplen con la función del bidet)** y que se ocultan en el borde interior del inodoro por **resultar antihigiénicos**.

El retiro de la bañera y la transformación de ese espacio en uno para el duchado (con un asiento abatible), **disminuye los riesgos** para el usuario y ayuda el trabajo del cuidador. Los espacios ganados por el retiro del bidet y de la bañera facilitan los movimientos de las sillas de ruedas.

Para ayudar **al uso del lavatorio** por usuarios de sillas de ruedas, **conviene sacarle el pie de apoyo (o pedestal)**, porque dificulta la aproximación necesaria. Un refuerzo debajo del lavatorio, previene su caída y rotura, ante la gran presión que un usuario pueda realizar, por sobrepeso o caída. El espejo sobre el lavatorio debe estar levemente inclinado (no más de 10°) para usuarios de sillas de ruedas.

La puerta de acceso debe tener una medida tal que, abierta, pueda pasar una silla de ruedas: nunca menos de 80 cm. Procurar que la puerta abra hacia afuera o que sea corrediza, para poder entrar en el caso que por una caída del usuario, su cuerpo esté contra la puerta. Se puede también ejecutar, sobre la puerta existente, un portín bajo, de 50 x 50 cm, que abra hacia fuera.



4. Cocinas y lavaderos

Los pisos serán antideslizantes, tanto secos como mojados. Nunca deben estar encerados y los derrames de aceite deben ser eliminados de inmediato.

Las alacenas se bajarán hasta unos 35 a 40 cm sobre la mesada de trabajo. Si el adulto mayor está en silla de ruedas, y desea seguir haciendo las tareas propias de esos locales, se retirará una parte del bajo mesada para que permita la aproximación de la silla de ruedas.

Las griferías, igual que en el baño, serán en forma de cruz o monocomando.

Durante el uso de la cocina, se debe evitar que sobresalgan manijas, empuñaduras o asas de ollas y sartenes, cuidando de no tener contacto directo con el fuego de brazos y manos o de la ropa (especialmente las mangas largas).

Habrà **buena ventilación e iluminación suficiente.** Es conveniente que existan rejillas de ventilación de 20 x 20 cm, que den al exterior y colocadas, una a no menos de 1,80 m de altura y otra a no más de 40 cm del piso.

Si es posible, se pueden colocar alarmas de humo y de pérdidas de gas. Tener un pequeño matafuegos no está demás.

5. Muebles

Eliminar los muebles que impiden una circulación segura.

Las sillas y sillones deben tener apoyabrazos, con nivel de asiento entre 45 a 50 cm de altura.

Las mesas conviene que tengan 4 patas, y si son con una sola pata en el centro, que ésta sea suficientemente pesada como para impedir un vuelco.



El nivel superior del colchón de la cama estará entre 45 a 50 cm de altura.

Para **adultos mayores con sobrepeso**, conviene colocar una pata central bajo el elástico de la cama.

6. Calzado

Debe ser cómodo, con suelas no resbaladizas, con buen agarre en todo el pie (con velcro o cordones) y en buen estado. Las pantuflas o chancletas no deben usarse.

Las barreras urbanísticas

Estas son las barreras que **existen en el espacio público**: en la vereda, en su cruce con calles y avenidas, en parques, plazas, en áreas turísticas e históricas, y que **por sus formas, dimensiones y ubicación en el espacio, dificultan o impiden circular o estar, en condiciones de seguridad y confort a los adultos mayores, con o sin discapacidad.**

Entre las barreras urbanísticas encontramos, por ejemplo, las veredas muy angostas, rotas, resbaladizas o con desniveles de más de 2 cm; tapas de desagües y rejillas mal colocadas; arbustos y ramas que sobresalen en los recorridos peatonales, sean en veredas, parques o plazas; los elementos que sobresalen del frente de los edificios (cajones, heladeras, teléfonos públicos, toldos muy bajos, etc.) y que pueden causar accidentes o dificultar la marcha de muchos adultos mayores con discapacidad visual.

También son barreras urbanísticas la falta de rampas de esquina; carencia de refugios intermedios en avenidas muy anchas; inexistencia de semáforos que indiquen el tiempo restante para el cambio de la luz verde y sin señales acústicas para adultos mayores con discapacidad visual.

Son barreras urbanísticas además la falta de estacionamientos para vehículos de transporte de adultos mayores con movilidad reducida; falta de rampas y escaleras adecuadas con los pasamanos necesarios en ellas. Lo son también las paradas de transporte sin protección climática, ni asientos con apoya brazos, ni iluminación adecuada y sin información accesible sobre frecuencias y recorridos, con lectura en idioma Braille.

Cómo evitar las barreras urbanísticas

Algunas de estas barreras pueden eliminarse teniendo en cuenta las siguientes condiciones:

- 1.- Veredas y senderos de parques y plazas:** serán de materiales firmes, duraderos y no resbaladizos, tanto secos como mojados.

No tendrán desniveles ni huecos superiores a los 2 cm. Sobre veredas y senderos no podrá sobresalir nada que esté a menos de 2 m de altura y a no menos de 90 cm de la línea de edificación o borde de un sendero de plaza.

Las veredas tendrán anchos mayores de 1,50 m para que puedan pasar simultáneamente 2 sillas de ruedas.

- 2.- Rampas de esquina:** deben realizarse siempre en coincidencia con los cruces peatonales, con su borde de encuentro con el pavimento no superior a los 2 cm y con pendientes suaves.

Estarán rodeadas de solados de advertencia (balosas amarillas con pequeños conos truncados) que avisan de la existencia de la rampa de esquina a los adultos mayores con discapacidad visual.



Se debe impedir que el agua (de cualquier origen que sea) invada las rampas de esquina.

3.- Mobiliario urbano accesible: los equipamientos que permiten estar y circular en el espacio público, facilitando recibir información y utilizar elementos y servicios (paradas de transporte, cabinas telefónicas, centros de información turística, kioscos de distintos tipos, bebederos, baños públicos, asientos en plazas y veredas, cestos de basura, etc.) deben ser accesibles para todas las personas con o sin discapacidad, y especialmente para las personas adultas mayores.

Las barreras en el transporte

Son los obstáculos o impedimentos que se presentan en los medios de transporte colectivos o individuales de corta, media y larga distancia, (ya sean terrestres, subterráneos, aéreos, fluviales o marítimos), y que impiden el acceso, transporte y egreso de los adultos mayores y personas con discapacidad.

Comprenden también los centros de transferencia, las paradas de transporte público y la falta de estacionamientos accesibles para vehículos que conducen o transportan adultos mayores con discapacidad.

Se consideran además barreras de este tipo a la falta de ómnibus de piso bajo, con pasamanos adecuados a bajas estaturas y rampas para sillas de ruedas; falta de expendedoras de boletos con baja altura; falta de ascensores en muchas estaciones de subterráneos; falta de baños accesibles y de señalización visual, acústica y en Braille en las estaciones terminales.



La eliminación de estas barreras permitiría que los adultos mayores puedan ir a cualquier lugar que ellos deseen sin impedimentos o dificultades, ni para ellos ni para sus cuidadores.

Las barreras en la comunicación

Son los obstáculos o impedimentos que se presentan en todos los espacios y en los medios de comunicación, verbales o no verbales, que impiden la comprensión de mensajes o informaciones necesarias para los adultos mayores con discapacidad acústica o visual.

Entre las barreras en la comunicación podemos señalar, por ejemplo, los ruidos, el sonido y la iluminación deficiente, la velocidad de emisión de las palabras, letras y números inadecuados en tamaño y sin contraste con el fondo, la falta de señalizaciones en idioma Braille (incluso en las botoneras de los ascensores), y las fallas en los medios utilizados para la transmisión de los mensajes: teléfonos con números chicos, altoparlantes con mal sonido, carteles luminosos inadecuados, etc.

En las viviendas de los adultos mayores es conveniente **colocar luces de encendido intermitente, en paralelo con los timbres**: esto ayuda a los que tienen discapacidad acústica.

La eliminación de estas barreras es importante para asegurar la comprensión de los mensajes que se refieren a circulaciones peatonales y vehiculares sin riesgos para los adultos mayores, favoreciendo así su presencia permanente y sin exclusión en el espacio público y en los medios de transporte.

La vivienda de las personas adultas mayores con demencias

Se debe ayudar el máximo posible a los adultos mayores con demencias, así como a sus cuidadores, sean estos familiares o no, para que el desarrollo de la vida de todos ellos sea confortable, disminuyendo los riesgos.

Es preciso producir adecuaciones y tomar medidas de seguridad, eliminando todas las barreras arquitectónicas, anticipándose si fuera posible, al desarrollo de la enfermedad.

Se recomienda entonces:

- **Señalizar con gráficos, textos o fotos** bien iluminados en paredes, puertas y pisos, el baño, la cocina y el dormitorio.
- **Colocar luces vigías nocturnas** en dormitorios, pasillos y escaleras: ayudan a orientarse a los que tienen necesidad de ir al baño durante la noche.
- **Colocar puertas en pasillos y escaleras**, así como rejas en ventanas (deben ser fáciles de sacar en caso de incendio).
- **Los medicamentos y elementos tóxicos estarán siempre bajo llave**; igualmente las heladeras, *freezers*, cocinas, alacenas y bajo mesadas. Se colocarán disyuntores eléctricos y llaves térmicas, en un tablero no accesible a las personas con demencia.
- **Cocinas, hornos, calefones, termotanques, calderas, estufas, planchas, etc. estarán fuera del alcance** de los enfermos. Radiadores, cañerías y conexiones de agua caliente deben estar protegidos o con aislación térmica, dado que muchos enfermos pierden sensibilidad en la piel y conciencia del riesgo de quemaduras.
- **Placares o roperos pueden no tener puerta y los cajones pueden ser de rejilla o frentes transparentes**, que permitan ver la ropa fácilmente; lo

mismo la ropa que va en perchas, para lo que el barral de colgar se colocará de frente. La ropa, (no más de 2 juegos) estará ordenada en la secuencia de colocación.

- **La iluminación natural como la artificial no debe producir brillos ni reflejos**, porque aumentan la desorientación. Deben evitarse las sombras y los contrastes. Lo mejor es la luz difusa.
- Se recomienda **utilizar colores mates en las paredes**, contrastando con llaves de luz y marcos y hojas de puertas y ventanas.

La domótica

La domótica es el conjunto de mecanismos automáticos que se pueden integrar en los edificios (de vivienda, trabajo, etc.) y que proveen confort, seguridad, comunicaciones y ahorro de energía.

El origen de la palabra proviene del latín “domos” que significa vivienda y “tica”, que procede de las palabras “informática” y “electrónica”.

Una instalación domótica es una red de comunicaciones que permite interconectar una serie de equipos a través de los cuales se obtiene información sobre los entornos de un edificio (tanto interiores como exteriores), permitiendo a sus ocupantes realizar acciones sobre los mismos, tanto desde el propio edificio como a distancia del mismo.

Funciones de la domótica

- **Control de accesos** con señales y alarmas ante presencias e intrusiones.

- **Control automático de climatización**, temperatura del agua caliente, encendido y apagado de luces así como el control de su intensidad según la luz exterior.
- **Accionamiento a distancia** o automáticamente mediante programas de: puertas, ventanas, persianas, cortinas de todo tipo, portones, rejas, toldos, etc.
- **Detección de incendios, inundaciones, pérdidas de gas**, etc., y realización de llamadas automáticas de emergencia, a quien corresponda.
- **Seguridad mediante un sistema telefónico** para acceder a servicios de emergencias médicas, policía, bomberos, familiares o amigos a los adultos mayores.

Autor:

Arq. Eduardo Schmunis:

Director del Centro de Investigación y Asesoramiento sobre el Hábitat Gerontológico (CIAHG) de la Sociedad Central de Arquitectos.

Dicta cursos desde 1996 sobre “Accesibilidad al Medio Físico para los Adultos mayores” para la Administración Pública Nacional y local y en Universidades públicas y privadas de la Argentina.

Bibliografía:

Manual de Accesibilidad (1994), Instituto Nacional de Servicios Sociales - Ministerio de Asuntos Sociales, España.

Bettyann, Raschko (1991), *Housing interiores for the Disabled & Elderly*, Editorial Van Nostrand Reinhold, New York, Estado Unidos.

Drs. Norton, Sayeg; Marín, Pedro y Nibaldo, Inestrosa (1995), *Enfermedad de Alzheimer – Guía para el cuidador*, Lemos Editorial, San Pablo, Brasil.

Arqtos. Di Vérolí, Débora y Schmunis, Eduardo (2008), *Arquitectura y Envejecimiento – Hacia un Hábitat inclusivo*, Editorial Nobuko, Buenos Aires, Argentina.

Ley Nacional N°24.314 / 94, de *Accesibilidad de Personas con Movilidad Reducida* y su Decreto Reglamentario 914 / 97.



CAPÍTULO 7:



Nutrición





Introducción

La alimentación es el factor primario de la nutrición, y tiene una doble función: físico/nutricional y afectivo-gratificador. **Está comprobado que una correcta alimentación es la base del desarrollo y de la salud, como así también de la mejor recuperación frente a las enfermedades.**

Para arribar a una buena nutrición son varias las acciones a seguir, pues nutrirse comprende: pensar, elegir, adquirir, transportar, almacenar, elaborar, cocinar, servir, masticar, ingerir y absorber.

La alimentación en la tercera edad

Las distintas etapas del ciclo vital tienen necesidades energéticas y plásticas propias para cada momento biológico. Las necesidades energéticas se reducen a medida que la edad avanza.

En la tercera edad la cantidad de calorías debe ser suficiente para mantener al anciano dentro de un peso razonable, y con una sensación de bienestar y vigor físico que le permitan una vida plena, en relación con sus años.

El total de calorías se repartirá en forma equilibrada entre los **hidratos de carbono, proteínas y grasas.**

Los hidratos de carbono (HDT) deberán cubrir entre el 55 al 60 % del Valor Calórico Total (VCT), dándose preferencia a aquellos alimentos en los que predominen los HDT complejos, también conocidos como polisacáridos, almidones y féculas. Se encuentran en los alimentos elaborados con cereales, como el pan, las galletas saladas o crackers, la pasta y el arroz.

También será conveniente, teniendo en cuenta la constipación como trastorno bastante frecuente en el anciano, **incrementar la cantidad de fibra en la alimentación**. A pesar de no ser un verdadero nutriente, la fibra es conveniente en la alimentación del anciano por varios motivos: estimula la función intestinal, mantiene una flora colónica útil y favorece la evacuación de las heces. Con ella se evita muchas veces el uso abusivo de laxantes.

Es importante también un **adecuado aporte de proteínas**, que cubra entre el 15 y el 20 % del VCT, siempre que algún proceso patológico agregado, sobre todo renal, no obligue a su reducción. **Es aconsejable que el 40 o 50 % de las proteínas de la dieta del anciano sean de origen animal, en base a alimentos como la leche, carnes, queso y huevo**. Con ello aseguramos el aporte de proteínas con alto valor biológico, calcio, hierro, y vitaminas del complejo B.

Las grasas son necesarias en la alimentación del anciano porque proveen energía, ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles; confieren sabor a la dieta y tienen un índice de saciedad mayor, lo cual resulta beneficioso en aquellas personas con apetito aumentado y exceso de peso. **Su proporción variará entre el 25 y el 35 % del valor total de la dieta**. Se dará preferencia a aquellos alimentos que contengan mayor proporción de ácidos grasos insaturados (pescados, carnes blancas, aceites vegetales).



*Comer variado es bueno
para vivir con salud.*

De los **minerales** interesan sobre todo **el calcio y el hierro** por los múltiples factores que influyen en su aprovechamiento, y además porque se encuentran en alimentos que muchas veces el anciano no consume en cantidades suficientes.

El calcio, cuyas fuentes fundamentales son la leche y sus derivados, es el mineral al cual se le presta mayor atención. Encuestas realizadas en distintos países han demostrado que un gran número de personas de 65 años de edad no cubren en su alimentación las cantidades diarias recomendadas de calcio.

La **osteoporosis** tan frecuente observada en los ancianos puede verse agravada por esta deficiencia de calcio. Se debe tener presente que el metabolismo cálcico

está íntimamente relacionado con la vitamina D, cuyas necesidades no alcanzan a cubrir muchos ancianos por distintos motivos. A este respecto, recordemos que el consumo de verduras y frutas asegura el aporte de minerales y vitaminas.

Si bien la capacidad de absorción **de hierro** no se compromete en el anciano, las anemias son frecuentes en esta etapa de la vida, causadas en general por una menor ingesta de alimentos que contienen hierro, o por carencia de vitaminas (B 12, ácido fólico), que participan en su metabolismo.

Las enfermedades crónicas obligan al anciano a tomar distintas medicaciones (antihipertensivos, hipolipemiantes, antidiabéticos orales, antimicrobianos), que muchas veces interfieren con el aprovechamiento de minerales y vitaminas y en otros casos aumentan su excreción, como los diuréticos.

Es necesario administrar al anciano una **buena cantidad de agua** que le asegure una buena diuresis, y la eliminación de **catabolitos** o desechos proteicos y otros residuos metabólicos.

La **cantidad de cloruro de sodio (sal)** será normal, salvo en aquellos ancianos que presenten problemas que obliguen a su disminución. La mayor parte del sodio se incorpora por alimentos procesados.

Alimentos	% Valor calórico total	Observaciones
Hidratos de carbono	55- 60	Preferentemente los complejos.
Proteínas	15- 20	De este porcentaje, el 40-50% de origen animal.
Grasas	25-30	Preferentemente las provenientes de pescados, carnes blancas y aceites vegetales.
Fibras		Incrementar su ingesta.

Minerales		Calcio y hierro.
Sal (cloruro de sodio)		Cantidad normal, excepto que esté contraindicada.

La fibra en la dieta

Fibra es el término médico que se usa para denominar al forraje de los alimentos que es difícil de digerir.

Las investigaciones modernas realizadas en diferentes partes del mundo han demostrado que la fibra se encuentra presente en muchos más alimentos de los que se pensó anteriormente, y que el consumo de los mismos le da al ser humano muchos más beneficios que sólo el de prevenir la constipación.

¿Cómo actúa?

La fibra es una mezcla de sustancias, la mayor parte de las cuales **pasa por el aparato digestivo sin sufrir cambios ni ser absorbidas**, pero realiza varias acciones en el aparato digestivo que se encuentran comprobadas científicamente:

- **Ablanda la materia fecal** de modo tal que facilita la evacuación, previniendo así la constipación.
- **Aumenta el volumen del residuo alimentario que pasa por el intestino**, actuando como una esponja, reteniendo líquido a medida que va pasando. De este modo, le da al intestino más cantidad de materia blanda, lo que significa que no se tendrá que realizar tanta fuerza en el acto de defecar. Así se alivian los síntomas en las personas que presentan divertículos colónicos.
- **Contiene generalmente menos calorías y más tamaño** que una cantidad equivalente de alimento con baja proporción de fibra (alimento refinado), por lo

que requiere más masticación. Esto **contribuye a la sensación de saciedad** reduciéndose así la ingesta de comidas que engordan.

- Reduce la cantidad de energía que es absorbida de las comidas, ya que la dieta con alto contenido en fibra es menos engordante que aquella refinada.
- **Aumenta el contenido de bacterias en el intestino.** Las bacterias normales del intestino se desarrollan mejor cuando se mantiene una dieta con elevada proporción de fibra; se sabe actualmente que estas bacterias son protectoras, y es muy probable que contribuyan a reducir la absorción de sustancias tóxicas del intestino.

¿Para qué necesitamos la fibra en el intestino?

La necesitamos para:

- Prevenir la constipación.
- Contribuir en la prevención de los síntomas de la enfermedad diverticular.
- Reducir nuestras chances de padecer apendicitis, várices.
- Reducir nuestras chances de contraer cálculos biliares.
- Ayudarnos a adelgazar como parte de una dieta de calorías controladas.

Cantidad de fibra según alimento

ALIMENTOS	GRAMOS DE FIBRA / 100 GR DE ALIMENTO
Salvado de trigo	44
Porotos	25
Coco	13.6
Harina integral	9.6
Maníes	8.1

Arvejas	7.8
Pasas de uva	6.8
Espinaca	6.3
Granos de choclo	5.7
Arroz integral	5.5
Pan negro	5.1
Lentejas	3.7
Banana	3.4
Zanahoria	3.1
Repollo	2.5

Caracteres físicos y químicos de la alimentación

Llamamos caracteres físicos y químicos de los alimentos a la consistencia, la temperatura, el volumen, el aroma y el sabor.

La consistencia de los alimentos está condicionada a la capacidad del anciano de masticar o deglutir normalmente la comida: el proceso masticatorio se ve muchas veces comprometido por la falta de piezas dentarias, prótesis inadecuadas, o enfermedad periodontal. En estos casos la alimentación será de consistencia blanda y en ocasiones semilíquidas.

La temperatura será la habitual, combinando alimentos fríos, tibios y calientes.

El número de papilas gustativas disminuye con la edad.

El volumen estará en relación con el apetito del anciano y su peso. La inapetencia obliga a reducir el volumen. La selección de alimentos es en este último caso de suma importancia, utilizando aquellos con densidad calórica alta. En casos de *hiperorexia* (aumento de apetito) deberá fraccionarse la alimentación en 4 comidas y 2 colaciones para evitar recargas digestivas.

Dentro de los caracteres químicos interesan el **aroma y el sabor** de los alimentos, y las preparaciones, tratando de preservarlos al máximo, o realzarlos usando saborizantes.

Este detalle es muy importante ya que está demostrado que el número de papilas gustativas disminuye con la edad.

Los grupos básicos de alimentos

Para lograr una alimentación normal, es necesario conocer los nutrientes que aportan los distintos alimentos. De acuerdo a ello, los alimentos se pueden clasificar en distintos grupos, según su aporte a la alimentación normal. Esos grupos son:



- Lácteos, carnes y huevos.
- Vegetales y frutas.
- Legumbres, cereales y tubérculos.
- Aceite, manteca y margarina.
- Azúcar y dulces.

Lácteos carnes y huevos

Los lácteos, las carnes y los huevos son ricos en sustancias llamadas **proteínas completas**. Estas proteínas están formadas por **aminoácidos**. Las proteínas, junto a los minerales como el calcio de los lácteos, el hierro de la carne y huevos, las vitaminas A D y B, cumplen las siguientes funciones principales:

- Hacen posible un crecimiento normal.
- Permiten la reparación de los tejidos.
- Favorecen la formación de sangre y músculos.
- Mantienen los huesos y dientes.

Para que estas funciones se cumplan bien, se necesitan otras sustancias (vitaminas y minerales) que se encuentran en otros grupos de alimentos.

Siempre se debe enfatizar la ingesta de agua.

Vegetales y frutas

Se les llama **alimentos reguladores**. Poseen fibra, vitaminas como la C, y sales minerales como el potasio, magnesio y zinc. Podemos encontrar de todos los colores y variedades.



Son necesarias entre otras cosas para:

- El buen funcionamiento del organismo.
- Favorecen la salud y la belleza de la piel de los ojos.
- Conservan sanos los cabellos, uñas, dientes y encías.
- Utilizar bien los nutrientes o sustancias de otros grupos de alimentos.

Legumbres, cereales, y tubérculos

Legumbres: arvejas, lentejas, garbanzos, porotos y sus harinas.

Cereales: arroz, trigo, maíz, harinas, pan, pastas.

Tubérculos: papa, batata, mandioca.

Este grupo de alimentos ofrece el calor y la energía que necesita el organismo para moverse, sostener una actividad, y mantener el calor del cuerpo. Recibiendo de

estos alimentos el mayor aporte calórico, permite que nuestro cuerpo use bien los nutrientes que aportan los otros grupos de alimentos.

También contienen vitaminas, minerales y proteínas de buen valor, especialmente legumbres y cereales, los cuales combinados nos ofrecen proteínas completas.

Otro elemento importante que aportan es fibra, más aun si los cereales se consumen integrales. Las proteínas más completas y fuertes son las animales.

Para que las proteínas vegetales resulten tan fuertes y completas como aquellas, debemos mezclarlas entre sí, o con un poquito de cualquier proteína animal, por ejemplo:



Cereal y lácteo	Pan con queso
Cereal y legumbre	Fideos con garbanzo
Cereal y legumbre	Guiso de arroz y lentejas
Cereal y lácteo	Arroz con leche
Cereal y lácteo	Polenta con queso
Cereal y carnes	Arroz con atún
Legumbre y huevo	Tortilla de arvejas
Legumbre y carne	Guiso de lentejas y carne
Cereal y lácteo	Fideos con salsa blanca

Aceite, manteca y margarina

Este grupo de alimentos aporta al organismo los ácidos grasos indispensables que necesita para mantener su estado saludable. Además hay vitaminas que sólo se usan si cuentan con grasas A, D, E. La manteca es un buen aporte de vitaminas A y D.

Las cantidades necesarias e indispensables diarias son pequeñas: 2 cucharadas de aceite y una cucharadita de manteca.

También ofrecen muy buena calidad de grasas las frutas secas como los maníes, nueces, y almendras, y las semillas oleaginosas como las del girasol.

Azúcar y dulces

Las sustancias que poseen estos alimentos son carbohidratos muy simples que se absorben muy rápidamente. Constituyen un aporte de energía. Por ser agradables al gusto nos gratifican, sin embargo deben consumirse en pequeñas cantidades.

Todos estos grupos de alimentos deben estar presentes en nuestra comida diaria, en la proporción que nos muestra la pirámide nutricional.

Pirámide nutricional



Cantidades diarias de porciones de alimentos sugeridas para la tercera edad

ALIMENTO	Cantidad diaria sugerida	Una porción es igual a
Cereal, harinas, pan, pastas y hortalizas “C”	De 6 a 7 porciones	1/2 taza tipo té de arroz, fideos o polenta.
		2 tapas de canelones tipo panqueques.
		1 porción de masa de tarta o pizza.
		1 miñón o 1 rebanada de pan de molde.
		4 galletitas bajas en grasas.
		1/2 taza de cereales para desayuno.
Hortalizas	2-3 porciones	1 plato de verduras crudas.
		1 plato de verduras crudas.
		1 taza tipo té de hortalizas cocidas.
Frutas	2-3 porciones	1 fruta mediana.
		1 vaso de frutas naturales.
Carnes y huevos	1 porción	1 trozo de carne pequeño.
		1/4 de pollo sin piel.
		1 filet mediano de pescado.
		3/4 lata chica de atún, caballa o sardinas al natural.

ALIMENTO	Cantidad diaria sugerida	Una porción es igual a
Lácteos	3 porciones	1 vaso de leche o yogurt preferentemente descremados.
		1 trozo chico de queso.
		1 vaso de flan o postre de leche.
		3 cucharadas de queso untable o descremado.
		1 vaso de licuado.
Aceites y azúcares	1 ó 2 porciones	1 cucharada tipo postre de aceite.
		4 nueces
		1 y 1/2 cucharada tipo postre de mayonesa sin colesterol o margarina vegetal.
		10 aceitunas.
		4 cucharaditas tipo té de azúcar, mermelada, dulce o miel.

Recomendaciones para una alimentación saludable



1. Comer con moderación e incluir alimentos variados en todas las comidas.
2. Consumir diariamente leche, yogures o quesos.



3. Comer diariamente frutas y verduras de todo tipo y color.
4. Comer una amplia variedad de carnes rojas y blancas retirando la grasa visible.
5. Preparar sus comidas con aceite preferentemente crudo.
6. Disminuir el consumo de azúcar y sal.
7. Aumentar el consumo variado de panes, cereales, pastas, harinas, legumbres.
8. Disminuir el consumo de bebidas alcohólicas.
9. Tomar abundante cantidad de agua potable durante todo el día.
10. Aprovechar los momentos de las comidas para el encuentro y el diálogo con los otros.

Las *Guías Alimentarias para la Población Argentina* fueron editadas y publicadas en el año 2000 por la *Asociación Argentina de Nutricionistas*. Los mensajes de estas guías alimentarias para la población argentina “son adecuados para todos los ancianos y fueron validados por ellos en todas las provincias del país”.

La alimentación en el anciano sano

La ancianidad es un estado biológico, al igual que la niñez, la adolescencia etc.

El anciano tiene disminuido el movimiento, el olfato, el gusto, la visión, la masticación, las secreciones (saliva), los jugos gástricos, la absorción de nutrientes, la compañía, la voluntad.

Por lo tanto, para lograr que el anciano realice una

alimentación suficiente, completa y variada, **debemos adecuar las preparaciones para contrarrestar las disminuciones antes mencionadas.**



Debemos estimular su apetito, su deseo y disfrute para comer, hacer sabrosas las preparaciones y usar formas de cocción que colaboren con la masticación y deglución. La presentación del plato de comida, su temperatura, son muy importantes como así también los modales con que ofrecemos esa comida.

Debemos estimular en la persona mayor su apetito, su deseo y el disfrute para comer.

Los ancianos tienen necesidades similares a las de los adultos en algunos nutrientes, y aumentados con respecto a otros, como así también las necesidades de afecto.

Se recomienda como promedio diario las siguientes cantidades netas de alimentos (sin cáscara ni desperdicios):

Alimentos	Cantidad neta diaria
Frutas (todas)	1 grande o dos chicas
Pastas y cereales variados	1 taza cocidos
Legumbres variadas cocidas	1 cucharada
Pan (todos)	4 unidades chicas
Aceite (todos)	3 cucharadas
Manteca	1 cucharadita
Dulces variados	2 cucharaditas de postre
Azúcar	6 cucharaditas de café
Líquidos (agua, jugos, etc.)	1 1/2 litros
Sal común	1/2 cucharadita

La alimentación frente a los problemas más frecuentes en el adulto mayor

Los problemas más frecuentes que se presentan en los ancianos son: la constipación, la hipertensión, las cardiopatías, el adelgazamiento, la desnutrición, la diabetes, la deshidratación etc. En todas estas situaciones se aumentan o se restringen las cantidades diarias de alimentos según necesidad, y las formas de preparación se modifican.

Cuando se presenta alguna alteración en el funcionamiento del organismo, o frente a una enfermedad, la alimentación colabora en el tratamiento, y la llamamos *dietoterapia*.

Hipertensión

Una situación que se presenta muy habitualmente en los ancianos es la alta presión y/o alteraciones cardiacas. En estos casos es posible que requieran una alimentación sin agregado de sal común, o con muy poca cantidad. Se deben cocinar los alimentos sin sal y agregarle luego una pizca.

El modo de cocinar los alimentos es fundamental para que mantengan su sabor, por lo tanto se aconseja:

- Elegir las verduras que posean sabor propio fuerte, como las berenjenas y la coliflor.
- Hervir todas las verduras con cáscara y a fuego fuerte, colocando las verduras cuando el agua está hirviendo, luego de lavarlas en poco agua.
- También podemos cocinar al vapor, y condimentar con ajo, cebolla, perejil, y otros condimentos como el limón.



Diabetes

La diabetes es la dificultad para procesar los azúcares. Si el anciano usa **insulina** deberá seguir una dieta paso a paso con su nutricionista.

Si no usa insulina, se debe reducir casi totalmente el azúcar, las mermeladas, la miel, los dulces y los postres. En cambio sí podemos darle todas las verduras, incluidas la remolacha y las frutas, el arroz y las pastas cocidas al dente, pan en cantidades moderadas, legumbres en pequeñas cantidades, carnes sin grasas y huevo en cantidad indicada para el régimen normal, salvo indicación especial.

Constipación

Cuando los ancianos tienden a la constipación (función intestinal lenta) debemos estimular esta función con compotas por las mañanas, el uso de cereales integrales (pan, arroz), y ofreciendo verduras crudas bien cortadas.

También podrá agregarse a las mezclas de carne picada y verduras, avena y salvado crudo. Es indispensable el consumo de abundante cantidad de agua.

Adelgazamiento. Desnutrición

Cuando un anciano, por soledad o por negación, come menos de lo necesario y adelgaza, puede deshidratarse y también tener falta de nutrientes. Para mejorar esta situación se le debe ofrecer cada 2 horas pequeñas cantidades de comida.

En la primera etapa, comidas líquidas y blandas de sabor agradable, por ejemplo sopa licuada, fruta licuada con leche, flan, purés con huevo.

Luego se van incorporando alimentos sólidos bien cortados, como pescado con mayonesa o salsa blanca, guisitos, sopas con huevos, ensalada de frutas, postres de leche, pastas con pollo picado.

Un vaso de leche líquida se puede enriquecer con dos cucharadas de leche en polvo. La polenta se podrá cocinar con leche. A las sopas se les agregará huevos y quesos.

Discapacidades

Distinguimos aquí las discapacidades mecánicas y de conducta.

Mecánicas: dificultades en el manejo de brazos manos masticación y deglución.

De conducta: negativismo, inapetencia rechazo al cuidador.

Para ofrecer la alimentación a personas discapacitadas, el cuidador domiciliario deberá no sólo respetar las indicaciones en relación a su dieta, sino poner énfasis en la autonomía con la finalidad de estimular a la persona cuidada para que siga alimentándose por sí misma.

Para ello tendrá en cuenta la consistencia de las preparaciones, el corte de las carnes y otros alimentos, colaborando así también en la masticación y en la deglución.

Para las personas inapetentes es recomendable ofrecer porciones pequeñas cada dos o tres horas con los alimentos enriquecidos en su preparación. Por ejemplo, cocinar harina de maíz con leche, agregar leche en polvo a la leche líquida, agregar huevo y leche a los purés, hacer sopas espesas con verduras y cereales, condimentar bien las preparaciones para estimular el apetito.

Deberán usarse correctamente los métodos de cocción de verduras a fin de resguardar las pérdidas de nutrientes. Asimismo tener en cuenta el enriquecimiento de las preparaciones con leche y huevo. Los jugos y licuados de frutas con leche son un excelente medio para ofrecer vitaminas y minerales indispensables.

La alimentación debe ser completa y se deberá adecuar su consistencia según las dificultades que se presentan en las encías y mucosas bucales.

La enfermedad de Alzheimer

Es un tipo de demencia que produce una paulatina pérdida de la memoria y alteración de las capacidades intelectuales de la persona. Se desconocen las causas de esta enfermedad.

Debido a los cambios que se producen a lo largo de la enfermedad, (distracción, confusión de horarios, hiperactividad, dificultad para masticar y tragar), estas personas son candidatas a una alimentación inadecuada. Para evitarlo se recomienda:

- Realizar comidas frecuentes, muy nutritivas y poco abundantes.
- Comer sentado en la mesa en un ambiente tranquilo para evitar distracciones.
- Cuidar la presentación de los platos. Un plato bien preparado y colorido y con buen aroma vale más que un plato muy lleno.
- En caso de que sea necesario, modificar y adaptar la consistencia de los alimentos, lograr texturas suaves y homogéneas (no mezclar diferentes consistencias).
- Preparar alimentos que se puedan comer con las manos.
- Beber un litro y medio de líquido por día. En caso de dificultades para tragar se puede usar espesante.
- Incluir la máxima cantidad de alimentos para evitar déficits nutricionales.
- Mantener una buena higiene bucal.
- Si el enfermo tiene riesgo de lastimarse, usar utensilios de plástico o inofensivos.
- Seguir los consejos del médico.

La elaboración de las comidas

- Elaborar platos en forma de puré o triturado de textura suave, con una amplia gama de colores y formas (se pueden usar moldes o dar forma con manga pastelera).
- Evitar la presencia de huesos, grumos, espinas o filamentos.
- Triturar y pasar por la procesadora los alimentos preparados para obtener texturas homogéneas.
- Preparar comidas que se pueden comer con las manos: croquetas buñuelos, etc.

Menú diario

Desayuno y merienda

Opción 1: un vaso de leche con azúcar 8 galletitas.

Opción 2: una fruta, un yogurt, pan o bizcochos con un quesito.

Opción 3: una papilla hecha con leche.

Almuerzo y cena

Opción 1:

Pasta o sémola de arroz /trigo o maíz.

Carne con guarnición de verduras.

Pan-Una fruta.

Opción 2 :

Verduras con legumbres o papas.

Pescado o 2 huevos con guarnición de arroz.

Pan -Un yogurt o postre lácteo.

Opción3:

Sopa crema.

Puré o papilla (de carne o pollo o pescado o huevo).

Compota de frutas.

Alimentos aconsejados

- Cereales y derivados triturados. Lácteos: leche, quesos frescos y cremosos, flanes y cremas. Carnes trituradas, purés, gelatina, croquetas, buñuelos.
- Verduras todas, las cocidas, en forma de purés y tamizadas.
- Legumbres y frutas todas, en puré o tamizadas.

- Aceites según tolerancia individual.
- Azúcares y dulces, helados y gelatinas. Bebidas según tolerancia usar espesante.

Alimentos a evitar

- Quesos secos o de consistencia pastosa o dura.
- Carnes fibrosas pescados con espinas estofados y otras cocciones en doble textura.
- Verduras todas crudas. Frutos secos (nueces almendras maníes).
- Tortas chocolates dulces que se adhieran al paladar.
- Bebidas alcohólicas.

Cuidados higiénicos sanitarios



- Siempre deberán lavarse muy bien las manos y uñas con cepillo, agua, y jabón luego de ir al baño, y antes de cocinar u ofrecer la comida.
- Higiene al cocinar.
- Lavarse siempre las manos.
- No barrer mientras se cocina.
- No usar trapos sucios.
- Controlar el tacho de basura.
- No toser o estornudar sobre los alimentos.
- No dejar cubiertos sucios o restos de comida.
- Lavar bien las verduras y las frutas con agua segura.
- No usar a la vez la misma tabla o cuchillo para alimentos crudos o cocidos.
- Cocinar sin destruir las vitaminas.

Agua segura

Si no hay agua segura, se la debe hervir durante 5 minutos en olla tapada y dejar enfriar ahí mismo, **sin pasar a otro recipiente.**

Si no se usa en todo el día hay que tirarla.

Por cada litro de agua, poner 3 gotas de lavandina, o en un balde de 10 litros de agua el volumen de lavandina que entra en una cucharadita de café bien colmada. Deje reposar una hora antes de usar.

Las vitaminas

Comer mucho no significa comer bien, y comer de todo un poco pero en menor cantidad, tampoco. Los especialistas en nutrición han probado hasta el hartazgo que **se debe comer lo justo.**

Para ello es necesario respetar una proporción exacta entre los alimentos, lo cual implica conocer qué tipo de nutrientes posee cada uno de ellos, como ya se mencionó.

Las vitaminas forman parte del grupo de elementos imprescindibles en una dieta saludable. Se las define como sustancias necesarias para la vida, y trabajan en nuestro organismo en distintas formas. Algunas participan transformando en energía a los hidratos de carbono las grasas y las proteínas. Otras, en cambio poseen amplias funciones fisiológicas, como absorber el calcio o el hierro para reforzar el sistema inmunitario.

Pero a pesar que no todas funcionan de la misma manera, lo que tienen en común es que **son sustancias orgánicas sin ningún rol energético, es decir que no aportan calorías, pero sí cumplen una tarea fundamental en las reacciones bioquímicas del organismo y lo protegen y previenen de distinto tipo de enfermedades.**

El problema es que no basta con consumir frutas y verduras para incorporar todas las vitaminas que nuestro cuerpo necesita. La mayor parte de las veces no se aprovechan adecuadamente los nutrientes de cada alimento, se desperdician las sustancias más valiosas porque no se tienen en cuenta los métodos correctos para cocinarlos.

Es decir que para consumir calidad y cantidad de vitaminas no sólo hay que pensar qué comer sino cuando, como, dónde cocinar y conservar los alimentos crudos o cocidos.

ACCION DE LA TEMPERATURA SOBRE LAS BACTERIAS

Zona de seguridad alimentos calientes		
100°	Mueren las bacterias.	Cocción.
72° a 60°	No se multiplican las bacterias.	Conservación caliente para servir.
Zona de peligro		
De 60° a 7°	Las bacterias se multiplican.	Tratar de que el alimento no esté en estos límites de temperatura.
Zona de seguridad alimentos fríos		
De 7 ° a 0°	Las bacterias pueden multiplicarse con lentitud.	Enfriamiento de alimentos.
De 0° a -18°	Las bacterias no se multiplican pero sobrevivirán.	Congelado de alimentos.

Factores que contribuyen a las enfermedades transmitidas por los alimentos



- 1- Mala higiene personal.
- 2- Contaminación cruzada (alimentos contaminados que contaminan a otros por manipulación inadecuada).
- 3- Manipulación inadecuada de los alimentos.
- 4- Equipo sucio.
- 5- Temperaturas de conservación inadecuadas que facilitan la proliferación bacteriana.
- 6- Utilización de alimentos insanos, no comestibles o inadecuados.
- 7- Operarios infectados.
- 8- Insectos y roedores.
- 9- Productos químicos en los alimentos.
- 10- Coccción o recalentamiento inadecuados.

Autora:

Lic. Rosa Elena Reizels:

Nutricionista - Dietista, Facultad de medicina.

Psicología Social, Escuela de Psicología Social “Enrique Pichón-Riviere” 1989

Psicóloga Social.

Bibliografía:

Dr. Carmuega, Esteban; Dr. Duran, Pablo; Dr. Schapira, Moises; Dra. Soifer, Graciela y Dra. Carrera, Mabel, *Nutrición Tercera Edad*.

Nutricionista, Delpietro, Susana y Lic. Braña, Marta (2001).

Lema, Silvia; Longo, Elsa N. y Lopresti, Alicia (2003), *Guías alimentarias: manual de multiplicadores*, I^a. ed., I^a reimp., Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas, Buenos Aires, Argentina.

Longo, Elsa N. y Lopresti, Alicia, *Guía Alimentaria*, Argentina.

Rey, Ana María y Silvestre, Alejandro (2000), *Comer sin riesgos*, Argentina.

Hitzig, Juan F. (2002), *Cincuenta y tantos*.

Salinas, Rolando (2004), *Alimentos y Nutrición*.

Sola, J. Espejo, *Manual de Dietoterapia de las Enfermedades del Adulto*.



CAPÍTULO 8:



Fonoaudiología

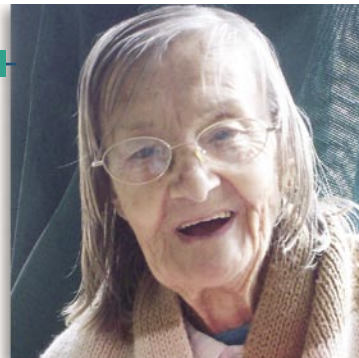




Concepto de fonoaudiología

La fonoaudiología es el área de la salud encargada de los procesos de prevención, promoción, intervención y rehabilitación **en las áreas de la audición, de la voz y el lenguaje**.

El profesional especialista encargado del estudio de la capacidad comunicativa de las personas es el/la fonoaudiólogo/a. Cuando detecta alguna patología en dichas áreas, aplica métodos de rehabilitación o elección de prótesis para devolver al individuo su capacidad comunicativa dentro de los límites de la ciencia.



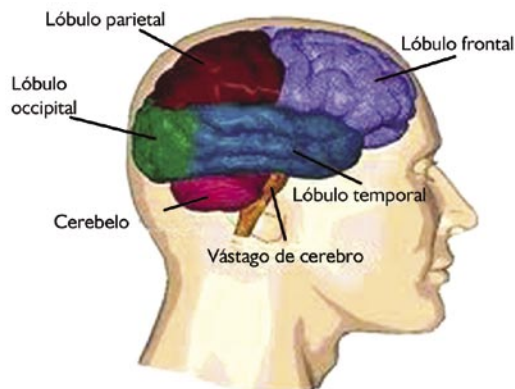
Patologías prevalentes

Para entender y conocer las patologías más frecuentes en fonoudiologia vamos a dividir las por cada una de sus ramas: las que se producen en el lenguaje, en la audición, la voz y la **deglución**.

Lenguaje

El cerebro está formado por dos hemisferios unidos entre sí por el cuerpo caloso, y cada hemisferio está dividido en lóbulos:

- Lóbulo frontal
- Lóbulo parietal
- Lóbulo occipital
- Lóbulo temporal



Los lóbulos tienen surcos, estructuras internas, y están irrigados por diferentes arterias. Según donde se haya provocado la lesión, tendremos los diferentes síndromes, ya que **cada área del cerebro se ocupa de una función específica.**

Las patologías más comunes

Dentro de las patologías más comunes encontramos las afasias.

Hay dos tipos principales de afasias:

- **Afasia expresiva.** Afecta al lenguaje hablado (articulación).
- **Afasia receptiva.** Afecta a la interpretación y memoria del lenguaje (comprensión).

Las afasias son producidas, generalmente, por accidentes cerebrovasculares (ACV) los que en la actualidad constituyen el 75 por ciento de los casos de afasia.

La aparición de la afasia es, por lo general, brusca y es la consecuencia de un accidente cerebrovascular (ACV) o de un traumatismo craneano. Se producen por **embolias** o **trombosis** que lesionan alguna de las áreas cerebrales.

También son causales de afasia los tumores cerebrales y los traumatismos craneales, así como pueden causarlas enfermedades degenerativas demenciales como Alzheimer, o Pick, e infecciones, como la meningoencefalitis.

Para diagnosticar correctamente el alcance del daño cerebral producido, y la gravedad de la afasia, es necesario tomar en cuenta diversas características de la producción del habla, y evaluar la comunicación verbal del paciente en aspectos tales como: la línea melódica, (que es la modalidad de entonación), el volumen, la expresión, la longitud de la frase, la forma gramatical en cuanto a la conformación de oraciones, la cantidad de palabras, su coordinación, la repetición, la capacidad para encontrar palabras, la comprensión auditiva, etc.

La **afasia expresiva (o de Brocca)** es la que se manifiesta con mayor frecuencia.

En este tipo de afasia, al producirse el accidente cerebrovascular, el paciente queda sin la facultad del habla, pero **no sufre ningún tipo de alteración en cuanto a su capacidad de comprensión.**

Puede caracterizarse por la limitación de todo el lenguaje a una sola palabra o a una vocal. De esta forma, el enfermo, por más que lo intenta, no puede comunicarse mediante la palabra, haciéndolo generalmente a través de gestos, que no siempre resultan fáciles de descifrar.

También, en este caso, se debe tener en cuenta la dificultad en la articulación motora al expresarse, por lo que pueden existir problemas para articular la lengua, o bien presentarse dificultades en la escritura, así como hemiplejías con parálisis facial.

En cuanto a la **afasia receptiva o sensorial**, relacionada científicamente como la lesión ubicada en la zona de Wernicke, los cuadros clínicos son diferentes, produciéndose la **pérdida de la comprensión del lenguaje hablado y/o escrito.** En este caso el enfermo puede hablar, pero no coordina las palabras o los sonidos, oye pero no entiende, ve las letras pero no es capaz de leer y escribir.

Con la afasia receptiva las palabras pierden su significación simbólica, sin la existencia de ningún trastorno motor, ni en la voz, como tampoco en la articulación del lenguaje.

Un ejemplo de esta deficiencia es confundir objetos entre sí, así como sus utilidades, un peine lo confunde con un cepillo de dientes, o no reconocer a una persona por sus facciones y sí al escuchar su voz.

Otra posibilidad de manifestación es la denominada **afasia mixta**, en la que se presentan en un mismo paciente tanto la afasia expresiva como la receptiva. Como en todo proceso de rehabilitación, resulta casi tan importante como el apoyo médico el sostén afectivo de quienes rodean al paciente afásico.



La real comprensión de las limitaciones del enfermo, la colaboración, la estimulación y el acompañamiento continuo son factores que influirán notoriamente en el proceso evolutivo para recuperar las capacidades del paciente.

Consejos para ayudar a un paciente con afasia

- Siempre que el paciente intente hablar, anímelo a que lo haga.
- Intente comprender lo que trata de decir el paciente, aunque use palabras inventadas.
- Hable despacio y con claridad.
- Hable en frases simples, exponiendo una sola idea o acción a la vez.
- Haga preguntas que puedan contestarse con un “sí” o un “no”.
- Dele tiempo al paciente para asimilar la pregunta y responder.
- No hable por el paciente, a menos que sea necesario.
- Mantenga al paciente informado y hágalo participar. No le hable como si no estuviera presente.

Audición

A pesar de que existen muchas personas que llegan a la tercera y cuarta edad con un aceptable sentido del oído, lo común es que esta capacidad vaya declinando con el tiempo. En algunos ancianos esta declinación, denominada *presbiacusia*, es muy marcada, y puede originarse en distintos problemas.

La pérdida de la capacidad de audición puede iniciarse a partir de los 40 años en algunas personas hereditariamente predispuestas. En general, avanza lenta pero progresivamente, hasta manifestarse con claridad hacia los 60 años. Finalmente, en los ancianos que integran la llamada cuarta edad, llega a un nivel de sordera.

El anciano también puede presentar, aparte de la pérdida auditiva, *acúfenos* (una especie de ruido o zumbido constante y desagradable). Los acúfenos traen consecuencias psicológicas (insomnio, nerviosismo durante el día), y representa

uno de los motivos de consulta al otorrinolaringológico más frecuente y difícil de resolver.

Las causas pueden ser el tabaco o el alcohol, pero también puede ser ocasionado por el colesterol, el exceso de ruido, las dietas mal equilibradas y poco controladas e, indefectiblemente, los factores hereditarios.

La mayoría de las veces se trata de problemas de fácil o viable solución, siempre que se detecten a tiempo y se utilicen las ayudas auditivas adecuadas. En general, las soluciones son los audífonos, prescritos en la mayoría de los casos, y la intervención quirúrgica, que puede ser una opción para otros.

Entre las muchas pérdidas que puede sufrir una persona con el avance de los años, la presbiacusia le propone un problema de doble riesgo: no sólo tendrá dificultades auditivas, sino que esto le planteará un difícil obstáculo para la comunicación, poniéndola en riesgo de perder contactos, compañías, y el riesgo mayor, el de la soledad y la depresión.

Recuperar audición es reconquistar la calidad de vida. Gracias a los audífonos es posible que la persona anciana vuelva a participar activamente en su círculo familiar.

Para los casos en que resulta muy difícil la recuperación, y aun imposible, la imaginación hará surgir nuevos recursos de comunicación, apelando a otros sentidos, como la vista y el tacto.



Voz

En la edad avanzada se va afectando la capacidad de fonación del individuo. La fonación depende de la función pulmonar, laríngea y de la capacidad oral, tanto anatómica como fisiológica. Por ello, cuando se va envejeciendo, la persona va perdiendo el sistema pulmonar, disminuye la capacidad vital y se limita la fuerza espiratoria que se usa en la **fonación**.

También disminuye la capacidad de mantener la presión intraoral durante la fonación y por ende, la capacidad de producir sonidos como las vocales. Así mismo cambia el tono de voz; en el hombre se pone la voz más aguda, y en la mujer la voz será más grave. Estos cambios laríngeos llevan a las personas a lo que se denomina “voz senil”.

Con relación al tratamiento, muchas veces basta con reafirmar al paciente que los cambios en su voz sólo obedecen a cambios fisiológicos y no representan una amenaza para su salud y para su vida.

Cuando sea necesaria, la foniatría se concentra, por medio de terapia de relajación muscular, en ayudar al paciente a reducir el mal uso muscular que hace, para tratar de compensar los cambios fisiológicos, y muchas veces en ayudar a aceptar los nuevos tonos de voz, especialmente en el caso de las pacientes mujeres.



Origen de las patologías vocales

Las patologías pueden tener distintos orígenes. Pueden ser:

De origen funcional: en los que se afecta alguna o varias funciones del sistema fonatorio, dando origen a diferentes lesiones como **pólipos, nódulos, hiatus, edemas**, fonación de bandas ventriculares, etc.

De origen orgánico: en las que hay un daño estructural de la laringe, como laringitis, tumores, enfermedades neurológicas o endocrinas.

Todas deben ser tratadas con ejercicios foniátricos para mejorar la función muscular respiratoria y fonatoria.

Deglución

Los trastornos neurológicos relacionados con problemas vasculares o enfermedades degenerativas son más frecuentes en los ancianos, pudiendo por ende, presentar una variada gama de alteraciones de **deglución**, y por ende en la aspiración. La aspiración crónica se presenta por la inhabilidad neuromuscular o mecánica de deglutir mientras se protege la vía aérea.

La terapia está a cargo de foniatras entrenados en los trastornos de deglución.

También se pueden usar medicamentos que modifiquen la **motilidad** esofágica cuando el caso lo requiere. Se debe tener presente que una buena prótesis dental, bien ajustada, puede ayudar en los trastornos durante la deglución.

Una parte importante del tratamiento es ayudar a lograr una nutrición adecuada, y proteger de complicaciones como la neumonía, evitando la penetración de líquidos y alimentos en el pulmón. Esto requiere de una dieta especial, que será indicada por el médico o la nutricionista de acuerdo a cada necesidad.

En algunos casos, es el líquido lo difícil de deglutir, por lo cual se debe espesar con preparaciones espesantes. En la mayoría de esos casos el médico consultado indicará la reeducación y el empleo de diversas maniobras y técnicas deglutorias para lograr la deglución adecuada.

El terapeuta de la deglución podrá indicar técnicas y maniobras para mejorar el vaciamiento de la faringe y prevenir la aspiración a la vía aérea.

Autora:

Lic. María Agustina Crosta:

Licenciada Fonoaudióloga.

Bibliografía:

Verbal; Perez; Manero; Berta; Peña Casanova, *Rehabilitación de los trastornos de la expresión.*

Aguado, Gerardo, *Trastornos específicos del Lenguaje.*

Rosa, Ana y Clemente, Estevan, *Desarrollo del lenguaje.*

Pasik, Audioprótesis, Enfoque médico, fonoaudiológico y electroacústico.

Portman, Audiometría Clínica.

Menaldi, J., *La voz normal*, Ed. Panamericana.

Mc Callion, M., *El libro de la voz*, Ed Urano.

Canuyt, G., *La voz*, Librería Hachette S.A., Buenos Aires, Argentina.



CAPÍTULO 9:



El cuidado de la boca del adulto mayor





Anatomía de la boca

La boca es la porción facial del tubo digestivo, donde se realizan importantes funciones tales como la masticación y la salivación, además de participar en la articulación de la palabra.

Por delante comunica con el exterior por el orificio bucal que generalmente permanece cerrado y que está formado por los labios. Por detrás se abre a la faringe por el istmo de las fauces.



Los arcos dentarios dividen a la cavidad bucal en dos porciones, una situada por fuera de los arcos dentarios, entre ellos y los labios y las mejillas: es el vestíbulo de la boca. Otra parte situada por dentro es la boca propiamente dicha. Ambas partes están comunicadas por los espacios interdentarios y el espacio retromolar.

La cavidad bucal tiene forma de herradura y existen estructuras que limitan y se representan en numerosas regiones:



- *Por delante de los labios: región labial.*
- *Lateralmente, las mejillas: región geniana.*
- *Arriba: región palatina.*
- *Abajo: lengua y región sublingual.*
- *Atrás: región amigdalina o tonsilar.*
- *Arriba y debajo de las encías y los dientes: región gingivoalveolar.*

La dentición del adulto está compuesta por 32 piezas permanentes, 16 por arcada (superior e inferior), contando con 2 incisivos centrales 2 incisivos laterales 2 caninos 4 premolares y 6 molares por cada arcada.

La salud bucal

Los problemas y enfermedades de la boca se pueden dividir entre los que afectan a los dientes, y los que afectan las encías.

Las más frecuentes, debidas a una incorrecta o insuficiente higiene bucodental son:

Problemas y enfermedades dentales:

Desarrollo excesivo de placa bacteriana y formación de sarro.
Halitosis.
Caries.

Problemas y enfermedades periodontales:

Gingivitis.
Periodontitis.

El mejor modo de prevenirlas es con una buena higiene bucodental, y con revisiones periódicas al odontólogo o al estomatólogo.

También es relevante el control de la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que tienen un alto potencial **cariogénico: azúcares como la sacarosa o la glucosa.**

La higiene dental se debe realizar de la forma correcta y con las herramientas adecuadas.



Caries dental

La caries es una enfermedad infectocontagiosa causada por múltiples factores que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente. Esta desmineralización del diente es provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana. Las bacterias, en contacto con los restos de alimentos fabrican ácidos que lesionan el diente.

La destrucción química dental se asocia a la ingesta de azúcares y ácidos contenidos en bebidas y alimentos. La caries dental se asocia también a errores en las técnicas de higiene, así como a pastas dentales inadecuadas, y a una **causa** genética.

La placa bacteriana

Es una película incolora, pegajosa, compuesta por bacterias y azúcares, que se forma y adhiere constantemente sobre nuestros dientes, y que puede endurecerse y convertirse en sarro si no se retira diariamente.



La placa bacteriana es la principal causa de la caries y de la enfermedad de las encías.

Todos tenemos placa porque las bacterias se forman constantemente en nuestra boca. Para crecer y desarrollarse, las bacterias utilizan residuos provenientes de nuestra dieta y saliva.

La placa provoca caries cuando al producirse los ácidos, éstos atacan a los dientes después de comer. Los ataques ácidos repetidos destruyen el esmalte dental y originan caries.

Además, si la placa no se elimina correctamente, irrita las encías alrededor de los dientes y da origen a una gingivitis (encías sangrantes, inflamadas y enrojecidas), a enfermedades periodontales (enfermedad en los tejidos de soporte del diente) e incluso a pérdida de piezas dentales.



¿Cómo prevenir la formación de placa?

Con los cuidados adecuados, es fácil prevenir la formación de placa. Es importante respetar los siguientes cuidados:

- Cepillarse cuidadosamente, por lo menos dos veces al día, para retirar la placa adherida a la superficie de los dientes.
- Usar hilo dental diariamente para retirar la placa que se forma entre los dientes y debajo del borde de las encías, donde el cepillo dental no llega.
- Limitar el consumo de almidones y azúcares, especialmente alimentos pegajosos.
- Programar un calendario de visitas regulares al odontólogo para las limpiezas profesionales y los exámenes odontológicos.

¿Cómo podemos eliminar la placa bacteriana?

La eliminación diaria de la placa debe hacerse siguiendo una serie de pasos:

- **Limpieza de la lengua.** En la lengua se acumula gran cantidad de bacterias por lo que su limpieza es necesaria para mantener la salud bucal. Para limpiarla podemos frotarla con suavidad hacia delante usando el cepillo de dientes o bien usar un limpiador lingual.
- **Limpieza de los espacios entre los dientes.** La limpieza de los espacios entre los dientes (espacios interdentes) es distinta según cada situación. Si no hay apenas espacio entre los dientes (es la situación ideal) se usa la seda dental. Si entre los dientes hay suficiente espacio (por pérdidas o por movimientos dentarios), debe usarse un cepillo especial llamado cepillo interproximal.

- **Limpieza de los dientes.** Se realiza mediante el uso del cepillo dental y el dentífrico. Con el cepillado eliminaremos no sólo los restos de alimentos sino también la invisible placa bacteriana. Existen varias técnicas de cepillado, que van dirigidas a limpiar las caras internas, externas y las de la masticación.

La limpieza de los dientes

¿Cuándo se deben limpiar los dientes?

Lo ideal es cepillarse los dientes después de cada comida (desayuno, almuerzo y cena). Es imprescindible hacerlo a fondo al menos una vez al día.

La producción de saliva y los movimientos linguales contribuyen a remover la placa bacteriana de las superficies bucales durante la vigilia.

Durante el sueño disminuyen la producción de saliva y los movimientos linguales, por lo que se favorece la formación de placa bacteriana si no se ha realizado una buena higiene dental. Así, nunca podemos olvidarnos de lavar los dientes antes de acostarnos, y en caso de que sólo podamos limpiar los dientes una vez al día, en este momento será imprescindible.

¿Con qué se deben limpiar los dientes?

Para limpiar los dientes necesitamos:

El cepillo de dientes. Sus filamentos han de ser suaves y de puntas redondeadas para evitar lesiones en las encías. Si con el uso se desgastan o se tuercen no limpiarán bien, por lo que debemos sustituir este cepillo por uno nuevo. Se calcula que los cepillos duran unos tres meses en óptimas condiciones.

La pasta de dientes o dentífrico. Facilita la limpieza dental y deja una agradable sensación a limpio. Actualmente, y visto el papel tan claro que el flúor tiene en

la prevención de la caries dental, es deseable que los dentífricos incorporen flúor en su fórmula, ya que éste tiene una clara función en la protección frente a la caries.

La seda dental. Es un hilo de seda, en forma de cinta o cordoncillo, encerada o no, cuyo uso asegura la limpieza de las caras laterales de los dientes. Para usarla correctamente deben seguirse una serie de pasos para realizar una limpieza efectiva de los dientes y no dañar las encías.



El sarro

El sarro, a veces denominado cálculo o tártaro dental, es la placa bacteriana que se ha endurecido sobre los dientes, debido al depósito de minerales sobre la misma.

También se puede formar en el borde de las encías y debajo de ellas, y puede irritar los tejidos gingivales.

El sarro proporciona a la placa una superficie más extensa donde crecer y más pegajosa donde adherirse, lo cual deriva en afecciones más graves como caries y enfermedades de las encías. No sólo amenaza la salud de los dientes y encías, sino que también constituye un problema estético. Como es más poroso, absorbe las manchas con facilidad, por lo tanto, si el adulto mayor toma café o té, o fuma, es de especial importancia que evite la formación de sarro.

¿Cómo reconocer la formación de sarro?

A diferencia de la placa que es una película incolora, el sarro es una formación de

minerales fácilmente visible si se localiza por encima de la línea de las encías. El indicador de sarro más común es observar un color marrón o amarillento en los dientes o encías. El único modo cierto de detectar la presencia de sarro y de retirarlo es acudir al odontólogo.

¿Cómo prevenir la formación de sarro?

Para reducir la formación de sarro y reducir la placa, es importante realizar un correcto cepillado, especialmente con una crema dental para control de sarro, y además utilizar hilo dental.

Una vez que el sarro se ha depositado en los dientes, sólo el odontólogo o higienista podrán retirarlo. El proceso para retirar el sarro se denomina “raspado radicular”. Durante este procedimiento, el odontólogo o higienista utiliza instrumentos especiales con los que se retira el sarro que se encuentra a la vista sobre los dientes y el que se halla debajo de la línea de las encías.

Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal se manifiesta como una gingivitis (inflamación y sangrado de la encía sin afectar el hueso) o periodontitis, donde ocurre la destrucción del hueso que soporta el diente. Si no es tratada a tiempo puede ocasionar la pérdida de los dientes, siendo la causa más frecuente de extracción de piezas dentarias en los adultos mayores.

Al principio puede manifestarse por una ligera inflamación gingival, con sangrado discreto de las encías al cepillarse los dientes y un cierto grado de tumefacción y enrojecimiento de las encías. Puede provocar caries, mal aliento, dolor al masticar y sangrados abundantes.

Su diagnóstico precoz contribuye a un mejor pronóstico ya que es condición necesaria para frenar su evolución cuanto antes. No se contagia por dar un beso, por beber del mismo vaso o por medio de la saliva.

Un tratamiento periodontal puede abarcar desde la corrección de la técnica de higiene para el control de la placa bacteriana, hasta la eliminación de sus factores desencadenantes como los cálculos dentarios o sarro y las bolsas periodontales.

Consecuencias colaterales

Se ha observado que las bacterias presentes en este tipo de infecciones migran desde la boca hasta la circulación sanguínea, lo que produce un daño directo en el *endotelio* (componente principal de la pared arterial) con la consecuente formación de *ateromas* (engrosamiento de la pared arterial debido al depósito de colesterol) y trombos.

Prevención

Es muy importante consultar al odontólogo al menor síntoma o presencia de sarro ya que ahí fácilmente se pega la placa microbiana. Quitar el sarro es la manera correcta de tratar una enfermedad que termina por aflojar los dientes, aunque estén sanos.

Factores de riesgo de enfermedad periodontal

Entre los factores que pueden favorecer la aparición de esta enfermedad, señalaremos el tabaco, los cambios hormonales en las mujeres, la diabetes, el estrés, algunos medicamentos, algunas enfermedades y la genética.

El tabaco:

Fumar es uno de los factores de riesgo más significativos relacionados con el desarrollo de la periodontitis. Por otra parte, el hábito de fumar o usar productos de tabaco puede disminuir el efecto de algunos tratamientos.

Cambios hormonales en mujeres:

Estos cambios pueden hacer que las encías se tornen más sensibles y faciliten el desarrollo de la gingivitis.

Diabetes:

Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones, entre ellas la periodontitis.

Estrés:

La investigación revela que el estrés puede hacer que el cuerpo tenga más dificultad en luchar contra las infecciones, entre ellas la enfermedad de las encías.

Medicamentos:

Ciertos medicamentos, tales como los antidepresivos y algunos de los indicados para el corazón, pueden afectar la salud bucal porque disminuyen la producción de saliva. (La saliva ayuda a proteger los dientes y las encías).

Enfermedades:

Algunas enfermedades como el cáncer o el SIDA y sus tratamientos también pueden perjudicar la salud de las encías.

La genética:

Algunas personas son más propensas que otras a sufrir de la enfermedad periodontal severa.

Prótesis dentales

La prótesis dental es el procedimiento mediante el cual se repara artificialmente la falta de un diente o parte de él.

Las prótesis dentales facilitan la masticación de los alimentos, la fonación y la estética. Su correcto mantenimiento no sólo facilitará su uso, sino también su duración. Para ello se deben seguir criterios de higiene y limpieza.

Uso y mantenimiento de las prótesis dentales

Mantener una prótesis dental no requiere un esfuerzo excesivo, sólo unas normas básicas, principalmente limpiarla después de cada comida con un cepillo dental.

Se debe tener en cuenta que las prótesis dentales están confeccionadas con acrílicos, que son materiales porosos que retienen la placa bacteriana, por lo que un simple cepillado (limpieza mecánica), en todos los casos, no es suficiente.

Existen en el mercado productos de limpieza de prótesis de distintos tipos, como pastillas limpiadoras efervescentes que permiten una limpieza rápida y profunda para el caso de prótesis removibles. No debemos utilizar líquidos abrasivos.



Autor:

Ricardo Renato Lombardi:

Egresado Facultad de Odontología de la UBA en 1979.

Presidente del Círculo Odontológico de la localidad de 9 de Julio, Pcia. de Buenos Aires. Circunscripción Distrito Sanitario VII.

Organizador de cursos de postgrado.

Docente curso de formación de Asistentes dentales en el Círculo Odontológico de la localidad de 9 de Julio, Pcia. de Buenos Aires.

Odontología General y Cirujano Dental: práctica privada en consultorios de Capital Federal y 9 de Julio.

Bibliografía:

Cuenca Sala, E. y Baca, P. (2005), *Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones*, 3ª ed., Masson, Barcelona, España.

Splieth, C. y Meller, C. (2003), *Importancia de Medidas Preventivas en el Adulto Mayor*, Rev. Dent., 94:8-12, Chile.

Catanzaro, OL.; Calvo, Lauria L.; Dziubecki, D. y Rodríguez R.R., *Revista de la Asociación Odontológica Argentina. La diabetes mellitus experimental y las alteraciones de los tejidos blandos en periodoncia: efectos de la insulina y de un antagonista del receptor de cininas*, pp. 31.

Funosas, E. ; Feser, G.; Gulino, M., Soto, A.; Aromando, R.; Maestri, L. y Scozzarro, S., *Revista de la Asociación Odontológica Argentina. Relación entre el consumo de fármacos y la pérdida de inserción periodontal*, pp. 59.





Glosario

Agorafobia	En psiquiatría, sensación morbosa de angustia o miedo ante los espacios despejados, como las plazas y avenidas. ¹
Asilar	Albergar en un asilo.
Bioética	Aplicación de la ética a las ciencias de la vida.
Decúbito	Posición que toman las personas o los animales cuando se echan horizontalmente.
Dermis	Capa de piel situada bajo la epidermis y firmemente conectada a ella.
Edema	El edema (o hidropesía) es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial, además de en las cavidades del organismo.
Epidemiología	Estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en poblaciones humanas. ²
Epidermis	En los vertebrados, es la capa externa de la piel.
Eritema cutáneo	Inflamación superficial de la piel, caracterizada por manchas rojas.
Fabulación patognomónica	El fabular o mentir aparece como el síntoma característico.
Familia ensamblada	Ensamblada es una familia en la cual uno o ambos miembros de la actual pareja tiene/n hijo/s de uniones anteriores.

¹ http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=som%E1tico

² <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios4.htm>

Familia extensa	Está integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros, parientes o no parientes.
Familia nuclear	Está integrada por una pareja adulta, con o sin hijos o por uno de los miembros de la pareja y sus hijos.
Faneras	Estructuras complementarias y visibles sobre la piel o que sobresalen de ella. Son faneras las uñas y los pelos en los seres humanos y las plumas, pezuñas, escamas y cuernos en los animales.
Fascia	Envoltura de tejido conjuntivo que realiza un número importante de funciones, incluyendo la envoltura y el aislamiento de uno o más músculos.
Heterogénea	Compuesta de partes de diversa naturaleza.
Induración	Acción y efecto de endurecer.
Necrosis	Degeneración de un tejido por muerte de sus células.
Prevalentes	Que aparecen con mayor frecuencia.
Prono	Que está echado sobre el vientre.
Sepsis:	Término que en griego significa putrefacción. En medicina la septicemia refiere una afección generalizada producida por la presencia en la sangre de microorganismos patógenos o de sus toxinas. ³
Somático	Se dice del síntoma cuya naturaleza es eminentemente corpórea o material, para diferenciarlo del síntoma psíquico. ⁴

³ http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=sepsis

⁴ http://buscon.rae.es/drael/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=som%EI tico

Subcutáneo	Que está inmediatamente debajo de la piel.
Supino	Tendido sobre el dorso.
Trombo	Coágulo de sangre en el interior de un vaso sanguíneo.
Trombo embólicas	Situación clínico- patológica desencadenada por la obstrucción arterial pulmonar por causa de un trombo desarrollado <i>in situ</i> o de otro material procedente del sistema venoso. De ello resulta un defecto de oxígeno en los pulmones.
Tuberosidad isquiática	Abultamiento óseo del isquion, la parte inferior del hueso coxal.
Cualitativa	Que denota cualidad.
Asertiva	Que implica la acción de dar algo por cierto. Afirmar.
Estereotipo	Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.

Manual de Cuidados Domiciliarios

Cuadernillo N° 2



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación



**Secretaría Nacional
de Niñez, Adolescencia y Familia**
Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....



Facultad de Psicología
UNMDP