

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESTADO NUTRICIONAL EN UN GRUPO DE ADULTOS
MAYORES CON DEMENCIA.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A:

**ROSALES ROSAS DANIELA LILIANA.
Número de cuenta
406030810.**

M. C. E. Araceli Jiménez Mendoza

Directora de Tesis

México, D.F.2013





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

1.-INTRODUCCIÓN	3
2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
3.-PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
4.-OBJETIVOS	9
5.-JUSTIFICACIÓN	10
6.-MARCO TEÓRICO	12
6.1.-El envejecimiento	12
6.1.2.-Envejecimiento en el mundo y en México	14
6.1.3.-Envejecimiento fisiológico y patológico	17
6.1.4.-Cambios fisiológicos del adulto mayor	17
6.2.-La demencia	25
6.2.1.-Diagnóstico de demencia	26
6.2.2.-Tipos de demencia	31
6.3.-La nutrición y la alimentación en el adulto mayor	38
6.3.1.-Ingesta recomendada de nutrientes	39
6.3.2.-Ingesta de líquidos	43
6.3.3.-Factores de desnutrición en los adultos mayores	48
6.3.4.-Disfagia, principal trastorno de la alimentación	52
6.4.-La enfermería y su cuerpo de conocimientos	57
6.4.1.-La enfermería geronto-geriátrica	60
6.4.2.-Gestión del cuidado en los adultos mayores con demencia	62
7.-METODOLOGÍA	65
8.-RESULTADOS	83
9.-CONCLUSIÓN	110
BIBLIOGRAFÍA	112
ANEXOS	116

1.-INTRODUCCIÓN

El incremento en la población adulta mayor que se está manifestando en todo el mundo, tanto a finales del siglo pasado, como a principios de este siglo, es de gran importancia para el personal de salud, debido a que este grupo de personas son más susceptibles a la malnutrición por las características propias del envejecimiento además de las enfermedades crónico-degenerativas por ejemplo las demencias que la mayoría de ellos poseen, son uno de los principales problemas de nuestra sociedad, puesto que en conjunto son condicionantes para alcanzar una mejor calidad de vida en la vejez.

El trabajo de investigación que se presenta a continuación tiene como propósito evaluar el estado nutricional del adulto mayor para después dar a conocer una Guía Alimentaria y solucionar los problemas que se presenten en los adultos mayores con demencia.

Esta investigación se realizó en la “Fundación Alzheimer, alguien con quien contar” y en la “Asociación Alzheimer IAP” que se encuentran en el Distrito Federal.

Por tal forma el trabajo se divide en 9 capítulos, en los cuatro primeros se explica el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos y la justificación, en el siguiente capítulo se encuentra el marco teórico en el cual se abordan temas como el envejecimiento, en el mundo y en México, el envejecimiento fisiológico y el patológico y los cambios fisiológicos del adulto mayor, después se habla de la demencia y de los tipos de esta, enseguida se expone la nutrición en el adulto mayor, la ingesta recomendadas de nutrientes, tales como las proteínas, los carbohidratos, fibra dietética, lípidos, vitaminas y minerales, después se explica la ingesta de líquidos, para después exponerlos factores de desnutrición en los adultos mayores, al último de este apartado se explican la disfagia como principal trastorno de la alimentación, después tenemos la gestión del cuidado enfermero en los adultos mayores con demencia.

En los siguientes capítulos se describe la metodología del estudio que se realizó en las instituciones antes mencionadas, la recolección de los datos los criterios de inclusión y exclusión, los resultados de estos con sus respectivas gráficas, después se exponen las conclusiones y por último esta la propuesta que se presentó a las instituciones y a los familiares de las personas que se encontraban ahí para el mejoramiento del manejo alimentario en los adultos mayores con demencia.

2.- Planteamiento del problema

El envejecimiento de la población mundial avanza en una proporción de 2% cada año. Se calcula que en el planeta viven 600 millones de personas mayores de 60 años y se proyecta que en el año 2025 se duplicará y en el 2050 ascenderá a 2000 millones de personas.¹

En México el grupo de adultos mayores va en aumento, el total demográfico según INEGI (2010) “adultos mayores de 60 años y mas es de 6 948 457”, la distribución de edad de la población tenía en 1970 forma piramidal, es decir, una base amplia y una cúspide angosta y 50% de la población era menor de 15 años.²

En el año 2000 se observa una pirámide abultada en el centro que refleja un aumento de las personas en edades medias y una disminución de los menores de cinco años. Se calcula que en el 2050 habrá una mayor proporción de población adulta mayor debido a la disminución de las tasas de natalidad y un aumento de la esperanza de vida.³

Si bien el envejecimiento de la población se presenta en todo el mundo, la diferencia entre países radica en la planeación y preparación para afrontar este cambio.

La causa más común de demencia en los adultos mayores es Demencia tipo Alzheimer (DA) según el Alzheimer Disease 2005. , este padecimiento es irreversible hasta ahora, y en el mundo existen entre 15 y 20 millones de

¹United Nations.Department of Economic and Social Affairs, Population Division.Worldpopulationageing 1950-2050. New York: UN, 2002.

² Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de Edad, INEGI, disponible en www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/edad04.pdf

³ Zúñiga E, Vega D. Envejecimiento de la población de México, reto del siglo XXI. México: Consejo Nacional de Población, 2004.

habitantes con este tipo de padecimiento. Por lo tanto, es necesario identificar los factores protectores que puedan utilizarse para retrasar el comienzo de la demencia. El papel de la alimentación en la demencia y la enfermedad de Alzheimer es un área prometedora de investigación,⁴ con mayor interés en el papel de los antioxidantes, puesto que el cerebro es susceptible al estrés oxidativo.

La desnutrición no es un trastorno inherente del proceso de envejecimiento, cuando las condiciones de salud o ambientales son inapropiadas, el adulto mayor llega rápidamente a un estado de desnutrición que es difícil de revertir.

Se ha estimado que la prevalencia de desnutrición es de alrededor de 15% en los ancianos que viven en la comunidad.⁵ En América Latina región caracterizada por grandes contrastes socioeconómicos, los valores de prevalencia varían entre 4,6% y 18%. La desnutrición está asociada con una elevada tasa de morbilidad, estancias hospitalarias prolongadas con frecuentes readmisiones y con una mayor mortalidad.⁶

En las personas con demencia, el deterioro del estado nutricional se presenta por las características propias de la enfermedad como son la agnosia, apraxia y afasia así como también la presencia de lesiones subcorticales hipotalámicas, las cuales pueden afectar los centros reguladores del apetito y los procesos metabólicos que se encargan de regular el peso y la composición corporal constante⁷, pueden también presentar períodos de hiperfagia, disfagia, anorexia, pérdida de las habilidades de masticación y deglución, además de su capacidad para obtener el alimento, prepararlo y llevarlo a la boca.

⁴ Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento. Madrid: Organización de las Naciones Unidas, 2002.

⁵WHO.Population Aging 1999. Geneva: WHO, 1999.

⁶Enzi G. Clinical aspects of malnutrition. Journal Nutrition Health Aging 2001; 5:284-7.

⁷Luchsinger J, Mayeux R. Dietary factors and Alzheimer's disease. Lancet Neurol 2004;3:579-87.

Entre los factores predictivos de un envejecimiento satisfactorio, la nutrición aparece como uno de los factores más determinantes y la malnutrición se considera como uno de los grandes síndromes geriátricos.⁸

Existen factores de riesgo para la desnutrición en los adultos mayores pues la desnutrición está más frecuentemente asociada con las enfermedades infecciosas, los problemas en la circulación y con el sistema digestivo. La disminución de la incidencia de desnutrición en el anciano por la prevención primaria se pretende realizar a través del control de sus factores de riesgo. Ellos son la ingesta inadecuada por: depresión, aislamiento social, ignorancia nutricional y pobreza, que tienen una influencia determinante en el estado nutricional, las anomalías sensoriales (visión, gusto, olfato, etcétera), deficiencias nutricionales, enfermedades gastrointestinales (disfagia, dolor abdominal, etcétera), deficiencias motoras (artritis, ictus, insuficiencia respiratoria o cardíaca, etcétera), alteraciones mentales (demencia), dificultad para la masticación, anorexia debida a la edad (modificada por fármacos, aumento de la saciedad, cáncer o EPOC, absorción o utilización inadecuada).⁹

En los centros de día a los que asistí a hacer mi pasantía pude observar que las personas que estaban a cargo de los adultos mayores no tenían la información adecuada para poder brindarle una adecuada alimentación estas personas, además cuando se realizaban las platicas informativas con los familiares ellos tenían dudas acerca de la alimentación en sus adultos mayores, pues este es un tema que puede parecer fácil , sin embargo muchas de las personas que asistían a estos centros se notaban con facies de cansancio, palidez de tegumentos,

⁸United Nations.Department of Economic and Social Affairs, Population Division.Worldpopulationageing 1950-2050. New York: UN, 2002. .

⁹Cereceda Fernández C, González González I, Antolín Juárez FM, García Figueiras P , TarrazoEspineira R , Suárez Cuesta B . et al. Detection of malnutritiononadmission to hospital. NutrHosp. 2003;18(2):95-100.

delgados, encorvados etc., pues estos datos corresponden a una mala alimentación.

Podemos decir ahora que una buena alimentación en los adultos mayores con demencia los llevará a una mejor calidad de vida pues ellos son muy susceptibles a muchas enfermedades, Por eso es importante que la persona que se encuentren al cuidado de ellos, tenga la suficiente información acerca de la alimentación que debe brindarle a su familiar para disminuir los riesgos de contraer otras enfermedades.

3.- PREGUNTA

Cuál es el estado nutricional del adulto mayor con demencia en la “Fundación Alzheimer” y la “Asociación Alzheimer IAP”?

4.- OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar el estado nutricional del adulto mayor con demencia en la Fundación Alzheimer y la “Asociación Alzheimer IAP”.

Proponer una “Guía Alimentaria para adultos mayores con Demencia”.

Objetivos específicos:

4.1.- Valorar la pérdida de peso en los últimos 3 meses en los adultos mayores con Demencia.

4.2.- Identificar cuantas comidas completas toman al día los adultos mayores con demencia.

4.3.- Identificar si consumen fruta y verduras diariamente los adultos mayores con demencia.

4.4.- Elaborar una Guía Alimentaria para adultos mayores con Demencia.

4.5.- Capacitar a los familiares de los adultos mayores con Demencia sobre los puntos claves en el cuidado nutricional.

5. JUSTIFICACIÓN

Los adultos mayores con cualquier tipo de demencia son vulnerables a encontrarse en un riesgo o incluso a tener malnutrición, ya que pierden diferentes capacidades cognitivas, por eso es muy importante poner énfasis en su alimentación, pues ellos ya no tienen la capacidad de autocuidado y es necesario que sus familiares cuenten con la información precisa para proporcionarles una alimentación adecuada, pues el envejecimiento y la propia enfermedad los hace perder su autonomía, y si consideramos una dieta adecuada podremos brindarles una mejor calidad de vida además de que los Adultos mayores con algún tipo de demencia no tendrán problemas de malnutrición.

Se ha identificado, que este es un problema a nivel mundial porque en todos los países desarrollados y subdesarrollados el grupo de personas adultas mayores va en incremento se ha visto que las enfermedades crónicas también están presentes en los adultos mayores, y aunado a estas encontramos la demencia en la que acontece una pérdida progresiva de la función cerebral; no es considerada una enfermedad en si misma, sino un grupo de padecimientos que involucra problemas de memoria, comportamiento, aprendizaje y comunicación. En general, la mayoría de las demencias se presentan en personas mayores de 60 años y su riesgo se incrementa a medida que ocurre el envejecimiento.

Por otra parte, en el deterioro cognitivo hay desorientación, dificultad en el lenguaje y en la adquisición de nueva información, aunque en general las funciones cognitivas esenciales suelen estar preservadas, el anciano manifiesta quejas subjetivas acerca de su memoria, problemas con el razonamiento lógico y dificultad para realizar tareas complejas, como lo son la de ingerir una buena alimentación, debido a que ya no tienen esa percepción para tomar los alimentos

necesarios y adecuados, además de que en el envejecimiento normal hay una disminución del apetito y se van perdiendo paulatinamente la capacidad olfatoria y la del gusto además si existe la demencia se agudizan mas rápido estas perdidas.

Con base en lo expuesto anteriormente, es imprescindible que la persona que este a cargo de estos adultos mayores tenga un optimo conocimiento tanto de la enfermedad (demencia) como del cuidado que deben brindarles, en esos cuidados la nutrición es la mas importante pues si no hay una buena alimentación, estas personas se deterioraran con mayor rapidez tanto física como mentalmente, pues un adulto mayor con demencia bien alimentado tendrá una mejor calidad de vida.

Es importante orientar a los familiares de estos adultos mayores para que ellos puedan brindarles una buena alimentación pues así mantendremos a nuestros adultos mayores con demencia libres de otras enfermedades, entre ellas tenemos la malnutrición que esta es la falta de nutriente que necesita una persona para que su cuerpo funcione en optimas condiciones.

Si se logra que los familiares de los adultos mayores con demencia conozcan los riesgos en los que se encuentran sus familiares al no obtener una buena alimentación, y lo importante que es tener una calidad de vida mejor que la que les están dando, ellos pondrán mayor interés en el cuidado de la alimentación, así como también les podrán brindar los alimentos adecuados para que ellos se encuentren con un estado nutricional normal.

6.- MARCO TEÓRICO

6.1.- El envejecimiento.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el envejecimiento activo como el proceso *"por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez"*.¹⁰

También podemos definir el envejecimiento como un *proceso* continuo, universal e irreversible que determina una *pérdida progresiva de la capacidad de adaptación*. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional. A medida que envejecemos ocurren dos fenómenos paralelos, una declinación fisiológica normal y un aumento en la prevalencia de ciertas enfermedades.¹¹

Otra forma de definir la vejez, es decir que empieza en la edad convencional de jubilarse (60 ó 65 años). Pero los aparatos y sistemas de los individuos envejecen a un ritmo diferente y muchas personas de edad viven más allá de los 80 años. Así, los términos comúnmente aceptados son: los viejos jóvenes (60 a 74 años), los viejos (75 a 84 años) y los viejos más viejos (85 en adelante).¹²

El envejecimiento se asocia con pérdida de habilidades, demencia y depresión. Muchas personas creen que la vejez es ir hacia abajo. Los pensamientos acerca

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS); 2002, Envejecimiento activo: un marco político. Rev. Esp. Geriatric, Gerontol 37(52).Pp 74-105

¹¹Allevato M, Gaviria J, Act. TerapDermatol 2008; 31: 154

¹²Allevato M y Gaviria J, Act. TerapDermatol 2008; 31: 154

de la vejez son pesimistas, y ello conlleva a actitudes negativas que obstaculizan un envejecimiento sano.

La población de adultos mayores se ha incrementado a una tasa de 2,8% por año en todo el mundo y, paralelamente, se ha notado una reducción de la fecundidad y el crecimiento demográfico general que ha sido menor a 1,6% por año. En 1980 los países en desarrollo concentraban a más de la mitad de todas las personas de edad; ahora la cifra se está acercando a dos tercios. Se estima que para el año 2030 la mayoría de los países del mundo tendrán una composición similar por edades. Las razones principales del envejecimiento de la sociedad son socioeconómicas, pero también una mejora en los servicios de salud ha incrementado la supervivencia para enfermedades específicas.¹³

En la actualidad el período de vida del ser humano se cuantifica con un máximo de 100 años, siempre y cuando el individuo se desarrolle en un medio ambiente adecuado y tenga estilos de vida saludables como lo son una buena alimentación, ejercitarse, no fumar, no consumir bebidas embriagantes etc.

Desde un punto de vista biológico, no hay organismos viejos ni envejecidos, ya que esta terminología tiene el significado estático de un proceso ya llevado a cabo, en tanto que el envejecimiento es un proceso que finaliza cuando sucede la muerte,

El punto clave es reconocer y hacer saber al mundo que el organismo que envejece no necesariamente está enfermo; el envejecimiento sano es posible. Muchos problemas pueden aliviarse o revertirse.

¹³AllevatoM ,Gaviria J, Act. Terap Dermatol 2008; 31: 154

6.1.2.- Envejecimiento en México y en el Mundo

En la actualidad se han propuesto diferentes definiciones acerca del envejecimiento una de las más aceptadas en términos generales es la Biner y Bourlier (2000), la cual dice que es el “Conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.” (Anzola 1995).

Esto se entiende que el envejecimiento es un proceso natural e individual por el cual un ser humano cursa de distinta manera que otro en razón de la biología de cada sujeto, considerando como etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 60 años, y que finaliza con la muerte; y esta a su vez guarda una relación con los factores biogenéticos potencia mente dominantes y con ciertos factores indeterminados, que dependen del proceso histórico-cultural, manifestándose como una pérdida progresiva y uniforme del estado de salud y la autonomía.

Por lo tanto la vejez también puede definirse como la acumulación progresiva de cambios tanto físicos como psicológicos en el tiempo, que son responsables del aumento de la probabilidad de enfermar y de morir de cada individuo. Por lo anterior se señalan una serie de conceptos que tratan de definir y expresar la respuesta ante el paso de los años:

- Edad cronológica, determinada en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento, medido por los patrones al uso. (años, meses, días).
- Edad biológica, corresponde al estado funcional de los órganos de nuestra economía comparados con patrones estándar establecidos para cada edad o grupo de edades.
- Edad funcional, expresa la capacidad de mantener los roles personales y la integración social del individuo en la comunidad.

Uno de los grandes problemas que enfrenta en la actualidad el mundo desde el punto de vista demográfico es el envejecimiento poblacional y la repercusión en todos los ámbitos de la sociedad en relación con este grupo de la población.

Dicha población es de gran interés para las Naciones Unidas, especialmente por las implicaciones de salud y derechos humanos que se vinculan al tema. En los

últimos años se ha dado mayor énfasis al tratamiento de las personas de edad avanzada, debido al aumento de la expectativa de vida y al incremento de enfermedades crónico-degenerativas en los últimos 20 años.

Esto da lugar a una mayor cantidad de personas adultas mayores en todo el mundo en proporción. La población alcanza ya los 6500 millones de personas adultas mayores en el 2005, a pesar de la baja fertilidad en países desarrollados y la alta mortalidad en los países en desarrollo. La cifra marca un crecimiento de más de mil millones desde 1993 pese a que la tasa de crecimiento se ha reducido al 1.2%, ocho puntos menos que en los años sesenta. Una de cada diez personas adultas tienen 60 años o más; la población de personas mayores tendrá 60 años o más; y en el 2015, uno de cada tres personas tendrá 60 años o más.¹⁴

En la última mitad del siglo pasado, se sumaron 20 años más al promedio de vida, llevando la esperanza de vida mundial a su nivel actual de 66 años. Sin embargo, existen grandes diferencias entre un país y otro, por lo tanto como marco referencial el envejecimiento en el mundo, en México se ha presentado un cambio acelerado en los aspectos demográficos y epidemiológicos durante los últimos 40 años. Estos cambios demográficos han determinado no solo el crecimiento de la población, sino también cambios en la composición por edades. El aumento de la esperanza de vida de las personas es consecuencia de la disminución en la mortalidad y por ende un número mayor de personas logran vivir hasta edades mayores.

La reducción de la población en edades tempranas se debe al decremento en la fecundidad, a medida que este proceso se desarrolla el número de nacimientos anuales desciende. Estos cambios demográficos conducen a un gradual proceso de envejecimiento de la población, es decir el aumento tanto en números absolutos como relativos de la población mayor de 65 años.

¹⁴ Organización de las Naciones Unidas, población mundial alcanza 6500 millones, centros de información <http://www.cinu.org.mx/prensa/resumen/2007/sem0507.htm>.

El envejecimiento tiene implicaciones para las familias, instituciones y la sociedad en su conjunto, los problemas afectan la situación económica, los patrones culturales, aspectos demográficos y epidemiológicos.

El envejecimiento esta determinado por el comportamiento de la fecundidad, esperanza de vida al nacimiento, la mortalidad y la migración. De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una población puede considerarse envejecida, si más del 5% de sus miembros tienen más de 65 años, o si más del 10% tiene 60 años o más.¹⁵

En la actualidad, existen en el mundo más de 416 millones de ancianos. Para el año 2025, los adultos mayores de 60 años serán el 12 % de la población en el mundo. De éste total de adultos mayores, el 72% vivirá en los países en desarrollo, se espera que la esperanza de vida en Latinoamérica, se incremente de los 64.1 años que se tuvieron durante 1985, a 71.8 años para el año 2025.¹⁶

A pesar de la diferencia en el proceso evolutivo de la población, el grupo de 60 años y más, ha tenido incrementos importantes con relación a otros grupos de edad. Respecto a lo anterior uno de los factores que lleva al envejecimiento es el incremento de la esperanza de vida de la población, por ejemplo una persona que nació en 1950 la probabilidad que tiene de llegar a los 65 años es de 41 % entre los hombres y 48 % entre las mujeres, sin embargo la probabilidad de que una persona nacida en el 2004 alcance los 65 años es muy superior, 75 % para los hombres y 856% en mujeres.¹⁷

¹⁵ Organización de las Naciones Unidas, población mundial alcanza 6500 millones, centros de información, <http://www.cinu.org.mx/prensa/resumen2007/sem0507.htm>.

¹⁶ Programa de Acción: Atención al envejecimiento, Secretaría de Salud, México D.F. Primera edición 2001 disponible en: www.salud.gob.mx

¹⁷ La salud en México: 2006/2012: Visión de Funsalud, Fundación Mexicana para la salud, Primera edición disponible en [www. Funsalud. Org.mx](http://www.Funsalud.Org.mx)

6.1.3.- Envejecimiento Fisiológico y Patológico

El envejecimiento fisiológico es considerado un hecho normal siempre que la persona disfrute de una buena calidad de vida, se adapte a las diferentes situaciones funcionales y orgánicas que acontecen a lo largo de su vida, y cuando se presenta una o varias enfermedades en el proceso fisiológico del envejecimiento y estas modifican el curso del mismo, se habla entonces de envejecimiento patológico.

Problemas derivados del Envejecimiento:

- De índole sanitaria: aumento de enfermedades cronológicas y demandas de hospitalización.
- Económicos: disminución de la población económicamente activa y mayores cargas para los Sistemas de Seguridad Social.
- Psicológicas: reacciones de tipo emocional, de origen psicológico en lugar de físico en los ancianos y sus familias.
- Políticos: tendencia a ser conservadores, estilos de vida diferentes y llegar a presentar choques generacionales.

La consideración psicosocial de los adultos mayores nos lleva a plantear que los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas.

- Biológica; cambios orgánicos que afectan a sus capacidades físicas.
- Psicológicas; cambios en el comportamiento, autopercepción, valores y creencias.
- Social; cambios del rol del anciano en la comunidad.

6.1.4.- Cambios fisiológicos del adulto mayor

Los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento es un fenómeno prácticamente universal, que varía entre los diferentes órganos y aparatos. Las modificaciones morfológicas que se presentan al envejecer tienen gran variabilidad con respecto a la edad de comienzo, al sexo del individuo y a su

estilo de vida. En algunas personas pueden manifestarse en forma más temprana que en otras, sin embargo están estrechamente asociados a edad cronológica.

Desde el punto de vista clínico los cambios más sobresalientes del envejecimiento se registran en los órganos y sistemas más importantes:

Sistema neurológico y de los sentidos, sistema cardiovascular, sistema respiratorio, sistema gastrointestinal, sistema musculo esquelético y sistema genitourinario.¹⁸

Sistema Nervioso y de los Órganos de los Sentidos

Los cambios funcionales que el envejecimiento determina en el Sistema Nervioso Central se traducen en modificaciones a diferentes niveles como sensitivo, motor, de capacidad intelectual y de comportamiento que son producidos por las siguientes modificaciones:

- Las células del sistema nervioso se pueden reproducir y con la edad disminuye su número.
- El cerebro pierde tamaño y peso, se pierde tono al perder neuronas y existe un enlentecimiento de los movimientos (tiempo de reacción).
- La velocidad de la conducción nerviosa puede disminuir.
- Cambios de personalidad, parecen estar relacionados con el riego sanguíneo al cerebro y cambios en el sistema nervioso: pérdida de interés, resistencia a aceptar nuevas ideas, pesimismo, falta de adaptabilidad, confusión mental.
- A nivel funcional hay una disminución generalizada de la sensibilidad (gustativa, dolorosa, etc.)

En los órganos de los sentidos el envejecimiento produce una disminución:

En la vista;

- La agudeza y la amplitud del campo visual disminuyen con la edad. La secreción lacrimal disminuye en cantidad y calidad.

¹⁸ Langaricas, S.R. (2000), Gerontología y Geriátría, Ed. Interamericana, 1ª Ed, Pág. 45-76.

- Existe una disminución de las células de la conjuntiva que producen mucina (lubricante para el movimiento del ojo), esto causa la queratoconjuntivitis seca.
- En la esclerótica se depositan sales de calcio y colesterol, esto se denomina arco senil.
- Con la edad la pupila tiende a hacerse más pequeña, reacciona de forma más perezosa a la luz y se dilata más lentamente en la oscuridad y experimentan dificultades.
- La conjuntiva manifiesta hiperplasia, que conduce a la acumulación de líquido en el espacio de unión entre la esclerótica y la córnea.
- Hay un agrandamiento del cristalino con la consecuente pérdida de acomodación para el enfoque de los objetos cercanos (presbiopía).

El Oído

- Existe una pérdida de la agudeza auditiva como consecuencia de la degeneración del nervio auditivo (presbiacusia).
- Anatómicamente existe un aumento del tamaño del pabellón de la oreja por crecimiento del cartílago. La membrana timpánica está engrosada. Hay un acumulo del cerumen.

El Gusto y El Olfato

- La capacidad para recibir los cuatro sabores (dulce, salado, amargo y agrio) suele estar disminuida por la reducción de papilas gustativas, hay atrofia de la lengua.
- El nervio olfativo se degenera.

El Tacto

- Se disminuye, sobre todo la sensibilidad térmica y dolorosa profunda.

Sistema Respiratorio

Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y la distribución de los gases se deben a alteraciones de la distensibilidad de la pares torácica, como la pulmonar.

- Con la edad la fuerza de los músculos respiratorios es menor. También existen rigidez, pérdida de peso y volumen y eso produce un llenado parcial.
- Disminución del número de alvéolos y eso provoca dilatación en los bronquios y conductos alveolares.
- Hay alteraciones en el parénquima debido a la pérdida del número y del calibre de los capilares inter alveolares con una disminución del PO₂, afectando a la ventilación pulmonar y difusión alveolo capilar.
- La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales, el incremento del diámetro anteroposterior del tórax, la cifosis y el aplastamiento vertebral.
- Las respuestas a la hipoxia y a la hipercapnia disminuyen con la edad, por este motivo los adultos mayores son más vulnerables a la reducción de los niveles de oxígeno.
- Existe una pérdida del reflejo tusígeno eficaz, esto contribuye a un alto riesgo de presentarse un cuadro de neumonía.

Sistema Gastrointestinal

Los dientes sufren numerosos cambios con la edad: se oscurece el esmalte, hay una formación lenta de dentina secundaria que reduce el tamaño de la cavidad pulpar, aumenta el tejido fibroso y disminuye el número de vasos sanguíneos, las encías se retraen y existe una reabsorción del hueso alveolar (atrofia senil).

- Existe una disminución de la cantidad de saliva secretada, como consecuencia de la atrofia senil de las glándulas salivares. Las secreciones se hacen más alcalinas.

- La mucosa oral, incluida la que recubre la lengua, pierde la elasticidad y se hace fina y seca, se desgasta fácilmente y su reparación es más lenta.
- Tanto las glándulas, mucosas como las pépticas del estómago se atrofian con la edad. Disminuye la secreción de jugo digestivo.
- Hay un enlentecimiento de la motilidad gástrica y el vaciado del estómago.
- Se atrofia la mucosa, la submucosa y el tejido muscular de las paredes del intestino delgado. Disminuye las enzimas digestivas.
- El hígado disminuye de tamaño en relación con el peso corporal, disminuye su aporte sanguíneo. Disminuye la concentración de enzimas hepáticas.
- Las paredes de la vesícula biliar sufren reducción atrófica, esclerosis y engrosamiento, la bilis tiene colesterol y es más viscosa. La incidencia de cálculos biliares aumenta con la edad.

Sistema Cardiovascular

El corazón disminuye de peso y volumen, puede sufrir atrofia moderada o importante, presenta una coloración marrón, debido al depósito de una elevada cantidad de lipofusina, un pigmento insoluble e inerte cuyos niveles aumentan con la edad.

- Las paredes de los vasos arteriales se vuelven más rígidas dando lugar a la esclerosis y la aorta se dilata, ellos se debe a cambios en la cantidad y naturaleza de la elastina y el colágeno, así como el depósito de calcio.
- Aparece rigidez valvular debido al engrosamiento y pérdida de la elasticidad.
- La hemodinámica esta alterada, debido al aumento de las resistencias periféricas provocadas por la esclerosis y la disminución de la red vascular, provocando un aumento de la frecuencia en cuanto a ritmo, fuerza y un aumento de la presión arterial.
- El desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la disminución de la tensión venosa y de la velocidad de circulación.
- El gasto cardiaco esta disminuido y el tiempo de recuperación tras un esfuerzo aumenta.

- Existen pocos cambios en la composición de la sangre, sólo aparecen pequeñas alteraciones del número de hematíes, también la respuesta leucocitaria frente a la infección e inflamación está disminuida.

Sistema Musculo Esquelético

- Hay una pérdida de masa ósea por la desmineralización de los huesos, la mujer suele perder un 25 % y el hombre un 12%, este proceso se denomina osteoporosis primaria, se produce por falta de movimientos, absorción deficiente o ingesta inadecuada de calcio y la pérdida por trastornos endócrinos. Esto principia las fracturas en los adultos mayores.
- Se produce cierto grado de colapso de los huesos de la columna vertebral, lo que ocasiona una disminución de altura en el adulto mayor, es posible que se produzca un encorvamiento de la columna (cifosis) y esto puede dar lugar a una modificación del centro de gravedad.
- En los miembros inferiores los puntos articulares presentan desgastes y se desplaza el triangulo de sustentación corporal, propicia la aparición de callosidades y altera el equilibrio, la alineación corporal y la marcha.
- La pérdida progresiva de masa muscular y de fibras musculares son sustituidas por grasa y colágeno.
- Las superficies articulares con el paso del tiempo se deterioran y las superficies de las articulaciones entran en contacto, aparece el dolor, la crepitación y la limitación de movimientos sobre todo en las articulaciones que soportan peso como la columna vertebral, caderas y rodillas, apareciendo la artrosis.
- La pérdida de fuerza es la principal causa del envejecimiento, hay un descenso de la masa muscular, pero no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y de tejido adiposo.
- Hay una disminución de la actividad, la tensión muscular y el periodo de relajación muscular es mayor que el de contracción.
- Los ligamentos pierden elasticidad y debido a ellos las articulaciones se hacen menos estables.

Sistema Genitourinario.

- El aumento de la edad produce una pérdida de masa renal y el peso del riñón disminuye desde el valor normal de 250-270 gr. A 180-200 gr.
- Existen alteraciones esclerosas de las paredes de los vasos renales grandes, estas son intensas en la hipertensión. Los vasos pequeños no aparecen afectados.
- El flujo sanguíneo renal disminuye, pasando de los 1200 ml/min. a 800 ml/min., debido a modificaciones anatómicas.
- Hay una pérdida de volumen del riñón y de la capacidad de concentrar la orina.
- Se produce un debilitamiento del esfínter de la uretra, la vejiga pierde tono y se pierde la capacidad de la micción completa, quedando orina residual.

Sistema Inmunitario

- Las enfermedades infecciosas en individuos de edad avanzada tienen mayor gravedad, debido a que el sistema inmunitario es menos sensible y más susceptible a la infección.
- Existe una notable pérdida de la capacidad funcional de la inmunidad celular, que se pone de manifiesto por un descenso de reacción de hipersensibilidad tardía. La cantidad de linfocitos T y B en sangre se modifica.
- Existe una disminución de la producción de los anticuerpos.

Sistema Endócrino

- La secreción hormonal disminuye con la edad por dos motivos: el descenso de la producción hormonal y la falta de respuesta de los órganos a las hormonas.
- Hay una disminución a la tolerancia de la glucosa.
- En la mujer hay una pérdida de estrógenos y progesterona.

Sistema Reproductor

- En la mujer se presenta la menopausia: los senos disminuyen de taño, se vuelven flácidos a consecuencia de atrofia de los tejidos musculares y la falta de secreción hormonal. Hay una pérdida del vello púbico, se atrofian

los labios mayores, el cuello y la vagina, con una disminución del útero, trompas y ovarios, la flora vaginal cambia, el PH se torna alcalino, lo que predispone a vaginitis dispaurenia, etc.

- En el hombre se presenta la andropausia: Hay un descenso de tamaño y peso de los testículos, pérdida de vello púbico y un aumento del tamaño de la próstata; los túbulos seminíferos se alteran, la túnica testicular externa sufre esclerosis con aumento del tejido de colágeno y degeneración de las fibras elásticas, baja la tasa de testosterona y se reduce la producción de espermatozoides, desciende el volumen y viscosidad de líquido seminal.

Piel y Anexos Cutáneos

- Disminución de la respuesta inmunológica (reacciones inflamatorias de la piel).
- Dificultad en el proceso de cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización.
- Percepción sensorial disminuida.
- La piel pierde fuerza, elasticidad y aumenta su sequedad.
- En la dermis, disminuye el contenido de grasa y agua, cambia el contenido del colágeno, siendo responsables de la aparición de arrugas y laxitud de la piel.
- Las glándulas sudoríparas se atrofian, razón por la cual disminuye la sudoración.
- El pelo se hace cada vez más escaso y se vuelve de color grisáceo.
- La disminución en el contenido de pigmento suele iniciarse a finales de la tercera década de edad y principios de la cuarta, comenzando en la región de las sienes.
- Las uñas se hacen más rígidas, opacas, adoptan un color amarillento y grisáceo; disminuye su velocidad de crecimiento, que tienden a disgregarse en capas.

6.2. La Demencia

En nuestra sociedad se sigue estigmatizando a los adultos mayores que sufren de demencia por el simple hecho de no tener el conocimiento de lo que es esta enfermedad, debido a que el comportamiento en estas personas es muy difícil de comprender y de asimilar.

Diversos autores han explicado el significado de la enfermedad, muchos de ellos señalan solo sus síntomas, dejando de lado todo lo que conlleva la misma enfermedad tanto en el adulto mayor como en la familia.

Las primeras aportaciones sobre la demencia en la Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo americana Espasa Calpe, se describe a la demencia de la manera siguiente: “Estado de debilidad mental y desintegración de la personalidad consecutiva a las vesanias o bien a lesiones destructoras del encéfalo, que afectan a las zonas psicomotoras. La demencia puede afectar diversos grados, desde la simple debilidad a la negación absoluta de facultades que reducen al enfermo a una vida casi vegetativa. Se había creído antes en una sola forma de demencia común a todas las enfermedades mentales incurables pero hoy se entiende que cada una de estas imprime un sello particular a la demencia que trae consigo”.

Lishman, en 1978 describió la demencia¹⁹ como: “Un deterioro global adquirido del intelecto la memoria y la personalidad, pero sin menoscabo de la conciencia”²⁰.

Russell Brain en su tratado de Neurología en (1955) dice: “Demencia es el término aplicado a un trastorno difuso de las funciones mentales que se manifiestan en el pensamiento y en la memoria y secundariamente en los

¹⁹Lishman E. En: Gregory RL (ed) Diccionario Oxford de la mente. Alianza Editorial. Madrid, 1995; 284-285.

sentimientos y la conducta. Puede ser producida por un gran número de agentes patológicos y el cuadro clínico varía ligeramente de acuerdo con el temperamento previo del paciente, la edad en que comienza, la localización, la escala de evolución y la naturaleza de la causa”.²¹

Estos autores explican a la demencia por diversas etiologías, en todas ellas podemos encontrar características particulares que nos permiten considerar a la demencia como un síndrome, que en la actualidad no tiene criterios diagnósticos, por eso existen pruebas para determinar la enfermedad la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha establecido criterios diagnósticos para determinar la demencia.

6.2.1.- Diagnósticos de la Demencia (ICD)

1° Deterioro de la memoria:

- a) Alteración para registrar, almacenar y recuperar información nueva.
- b) Pérdida de contenidos de la memoria relativos a la familia o al pasado.

2° Deterioro del pensamiento y del razonamiento:

- a) Demencia es más que dismnesia.
- b) Reducción del flujo de ideas.
- c) Deterioro en el proceso de almacenar información: dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez y dificultad para cambiar el foco de atención.

3° Interferencia en la actividad cotidiana.

4° Conciencia clara. Posibilidad de superposición de delirium, demencia.

²¹ Brain Russell, Diseases of the Nervous System. 5a Edición, Oxford University Press. Londres New York y Toronto 1955.

5° Síntomas presentes al menos durante seis meses.²²

En 1970 se realizaron muchos estudios acerca de la clínica de los accidentes vasculares cerebrales y de las demencias, en ellos se demostró que la demencia no era producto de aterosclerosis cerebral, esto era en todos los casos un diagnóstico equivocado.

Un estudio neuropatológico de la demencia, realizado por Tomlinson, Blessed y Roth²³, demostró que el 90 % de las demencias podían ser tipificadas por sus características neuropatológicas. Las dos causas más frecuentes de demencia eran la enfermedad de Alzheimer y los infartos cerebro vasculares múltiples.

En otro estudio que realizaron Worn-Petersen y Pakkenberg²⁴ realizado en 108 casos con enfermos demente y no deteriorados, no demostró diferencias notables en las lesiones aterosclerosas de los vasos extra craneales de sus estudio concluyeron que la aterosclerosis no participa de manera especial en el deterioro mental de los ancianos.

También en los años 70 se han usado diferentes criterios clínicos para diagnosticar las demencias se resumen en diferentes test, sin embargo estos criterios no se basan en estudios que detallados con personas enfermas, todos ellos se basan solamente en los síntomas de la enfermedad.

Los criterios diagnósticos del Test DSM-IV-TR son los siguientes; la definición de demencia requiere signos focales neurológicos y síntomas o evidencia mediante pruebas complementarias de afectación neurológica compatible con la etiología y relacionada con la alteración del paciente. El curso del deterioro se caracteriza por

²²World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic Criteria for Research Geneva: World Health Organization, 1993.

²³Tomlinson BE, Blessed G. Observation on the Brains of Demented Old People. J NeurolSci 1970;11:205-242

²⁴Worm-Petersen J, Pakkenberg J. En: Hachinski VC, Lassen NA, Marshall J. Multi-Infarct Dementia. A Cause of Mental Deterioration in the Elderly: Lancet 1974; II:207-210.

una pérdida abrupta de las funciones cognitivas y las actividades funcionales del sujeto. Este criterio no requiere neuro imagen que justifique el déficit.²⁵

Criterios del DSM-IV:

- Síntomas y signos neurológicos focales (p. ej., reflejos musculares profundos exagerados musculares, síndrome de babinski, parálisis pseudobulbar, anormalidades en la marcha, debilidad de una extremidad, etc.),
- Evidencia en las pruebas complementarias de afectación neurológica focal.
- El déficit cognitivo causa una discapacidad en las actividades funcionales y sociales del individuo y representan un deterioro significativo en relación a un nivel previo de funcionamiento.
- Los signos neurológicos focales, los síntomas y la evidencia en las pruebas complementarias han de ser de etiología congruente y estar relacionadas con el déficit.
- El déficit no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- El curso del déficit se caracteriza por periodos sostenidos de estabilidad clínica interrumpidos por repentina y significativa pérdida de funciones cognitivas y actividades funcionales.
- Distribución desigual del déficit en funciones cognitivas con algunas funciones afectadas y otras relativamente preservadas. Por ejemplo, la memoria puede estar marcadamente afectada mientras el pensamiento abstracto, el razonamiento y el procesamiento de la información pueden estar preservados o una leve alteración.
- Hay evidencia de afectación cerebral focal manifestada al menos por alguno de los siguientes síntomas: debilidad espática unilateral de alguna

²⁵American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed revised Washington, DC: American Psychiatric Association 1994; Dsm-IV-Text Revision: id,2000. Traducción española: DSM-IV: Barcelona Masson S.A, 1995: DSM-IV-Texto Revisado: id,2002.

extremidad, reflejos musculares profundos incrementados unilateralmente, signo de babinski, parálisis pseudobulbar.

- Evidencia de historia, exámenes o tesis positivos de enfermedad cerebrovascular, la cual debe estar etiológicamente relacionada con la demencia (historia de enfermedad cerebrovascular evidencia de infarto cerebral).

Criterios del ICD-10

Los criterios ICD-10 se caracterizan por una distribución desigual, fragmentada, de déficit cognitivos (con algunas funciones afectadas y otras relativamente preservadas), signos neurológicos focales y una significativa patología cerebrovascular etiológicamente relacionada con la demencia.

Estos criterios tampoco requieren de neuroimagen cerebral. Las principales limitaciones que prestan a estos criterios son la falta de pautas detalladas, la falta de claves etiológicas y la heterogeneidad.

Criterios ADDTC

Estos criterios son exclusivos para la demencia de origen isquémico y requieren evidencia de dos o más infartos isquémicos en la historia clínica del paciente, presencia de signos neurológicos o en estudios de neuroimagen (tomografía computarizada, TC, o en secuencias T1 de Resonancia Magnética, RM). En el caso de tratarse de un único infarto cerebral debe haber una relación temporal claramente documentada (no se especifica en detalle) con los déficit, y evidencia neuroradiológica de al menos un infarto (excluyendo el de topografía cerebelosa). Las lesiones isquémicas de la sustancia blanca en TC o RM no se consideran

como evidencia neuroradiológica de probable infarto cerebral, pero pueden apoyar el diagnóstico de posible demencia isquémica (DV1).

Síntomas de la Demencia

Por lo general, el principio de la demencia es insidioso. La persona o la familia notan olvidos menores, intranquilidad o apatía, una tendencia incrementada a perder cosas pequeños, inconsistencias en algunos quehaceres cotidianos y conductas y palabras repetitivas.

Con el tiempo el proceso demencial se agrava y se van alterando las funciones cognitivas. Las personas dejan de trabajar, se llegan a perder en sus alrededores, dejan de reconocer a personas, revierten su ciclo de sueño también puede que tengan alucinaciones o conductas paranoides.

Algunas personas conservan su personalidad aun cuando el proceso de la enfermedad es muy avanzada, mientras que otras se comportan inadecuadamente o en la mayoría de los casos se vuelven antisociales.

La demencia es un estado muy variable, la persona puede estar consciente o no de su demencia, puede ser progresiva como en las enfermedades degenerativas, o estático como en un estado de daño post-cerebral. Aun cuando sea progresiva, la duración del deterioro puede ser lenta o rápida y varía de unos cuantos meses hasta muchos años. Las manifestaciones varían de enfermedad a enfermedad y de paciente a paciente.

6.2.2.- Tipos de Demencia

Las demencias se distinguen por sus síntomas, nivel de avance, patrones hereditarios y edad en que se inicia. En la actualidad, algunas de las causas son irreversibles y otras son potencialmente reversibles. Las demencias son irreversibles cuando están originadas por una enfermedad cerebral degenerativa. Las más sobresalientes son la enfermedad de Alzheimer y la demencia multi infarto.

Las demencias potencialmente reversibles son aquellas provocadas por enfermedades metabólicas, reacciones a medicamentos, infecciones etc.

Los tipos más comunes son:

Degenerativas o Primarias:

- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad de Pick y otras demencias frontotemporales
- Demencia por Cuerpos de Lewy.
- Enfermedad de Parkinson.

Secundarias:

Demencia vascular o Demencia multiinfarto (antiguamente llamada demencia arteriosclerótica), incluyendo la enfermedad de Binswanger.

- Pseudodemencia depresiva
- Estados de confusión aguda o delirio

A continuación se explican los tipos de demencias más comunes en los adultos mayores:

Enfermedad de Alzheimer

Es conocida también como “Demencia Degenerativa Primaria”²⁶, es un daño en el funcionamiento del cerebro que ocasiona un deterioro lento pero continuo en las funciones de la memoria, la personalidad y el juicio, así como de las capacidades intelectuales, físicas y emocionales de la persona que la padece.

Actualmente se reconoce que la enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia que puede afectar del 5 al 15 % de los individuos de 65 años y del 20 al 30 % de las personas de más de 80 años. Sin embargo, se han presentado casos de personas más jóvenes (45 años)²⁷.

Todas las personas con Alzheimer tienen síntomas de pérdida de memoria y habilidades intelectuales, sin embargo estos no son idénticos en cada persona. El tiempo en que tardan los síntomas en empeorar o en aparecer otros nuevos varían también en cada persona. Independientemente del patrón se presentan la mayoría de los siguientes:

- Pérdida de la memoria, decremento de la capacidad de aprender y decremento de la atención.
- Pérdida de la capacidad de pensamiento, juicio y toma de decisiones.
- Pérdida de la habilidad para recordar la palabra o frase apropiada.
- Pérdida de la habilidad matemática.
- Desorientación: se pierden y no pueden encontrar el camino a casa.
- Pérdida de la coordinación física: incapacidad para ejecutar actos motores con destreza.

²⁶Krassoievitch, Miguel, Demencia Presenil y Senil, Salvar Mexicana de Ediciones

²⁷Vida Sana, op. Cit., p. 2.

- Cambios de personalidad: la persona extrovertida se puede volver introvertida, la persona cariñosa puede volverse huraña.
- Cambios de estado de ánimo, incluyendo agitación, depresión.

Enfermedad de Pick

Es otra demencia conocida y es irreversible, su inicio ocurre entre los 40 y 60 años, aunque se han presentado casos de personas más jóvenes. Su desarrollo ocurre en un lapso de seis a 12 años y afecta áreas cerebrales diferentes de la enfermedad de Alzheimer. En ésta enfermedad se ven afectados los lobulos temporales (comprensión y creación de lenguaje verbal, conocimiento de sensaciones olfatorias y acústicas, entre otros) y en especial el lóbulo frontal (creación del pensamiento abstracto, indiferencia, inestabilidad emocional, etc. La caracteriza el comportamiento antisocial y la desinhibición.

Su origen se desconoce, aunque se maneja la hipótesis de acumulación de zinc en el cerebro.

Enfermedad de Cuerpos de Lewy

Es una forma de demencia progresiva identificada por estructuras anormales en las neuronas llamadas Cuerpos de Lewy, distribuidas en diferentes áreas del cerebro, "Al análisis neuropatológico, estos casos muestran características típicas de tres enfermedades neurodegenerativas: de la enfermedad de Pick, atrofia lobar

o focal; de la enfermedad de Alzheimer, placas neuríticas difusas y de la enfermedad de Parkinson, degeneración neuronal e inclusión de cuerpos de Lewy en la sustancia nigra.

El problema aquí es diferente si se trata de una variante de las enfermedades anteriores o simplemente es la suma de ellas.

La enfermedad de Cuerpos de Lewy es más común que empiece a los 65 años, sin embargo, también puede afectar a personas jóvenes. Empieza de una manera suave, con un deterioro global de las funciones superiores: memoria, lenguaje, cálculos, toma de decisiones y habilidad visual espacial. Difiere de la enfermedad de Alzheimer en su avance y afecta con mayor rapidez en hombres que en mujeres

Frecuentemente en el curso de la enfermedad las personas muestran estados agudos de confusión, así mismo presentan alucinaciones visuales que suelen ser complejas, panorámicas llenas de colorido y, en la mayoría de los casos, se presenta al despertar.

Algunos síntomas pueden parecerse a los de la enfermedad de Parkinson, como rigidez en los músculos, temblores, postura encorvada y movimientos lentos arrastrando los pies. Presentan sensibilidad a algunos medicamentos, especialmente sedativos que pueden exagerar estos síntomas.

Algunos indicadores para un diagnóstico de Cuerpos de Lewy pueden ser las caídas frecuentes y una pérdida breve de conciencia.

Enfermedad de Parkinson

Se origina por la pérdida de células nerviosas (y del neurotransmisor Dopamina que las contiene) en la sustancia nigra (zona importante del centro del cerebro que controla la parte motora). Los síntomas característicos aparecen gradualmente y son temblor, rigidez de miembros y postura (en algunas personas la rigidez, está más marcada que el temblor). Además se observa lentitud en el movimiento, lenguaje y pensamiento. Estos síntomas también pueden ser ocasionados por otras condiciones, como la enfermedad de Alzheimer, o por los efectos colaterales de algún fármaco tranquilizante²⁸.

La severidad de los síntomas está considerablemente influenciada por factores emocionales, siendo agravados por tensión, ansiedad, tristeza, y es mínima cuando el paciente se encuentra en un estado mental estable.

Demencia Multi-infarto o Demencia Vascular

La segunda forma más común es la multi-infarto, estudios pos mortem realizados, han demostrado que representa de 15 a 20 % de los casos de demencias.²⁹

La demencia vascular o multi-infarto ocurre cuando una persona sufre una serie de ataques o infartos por oclusiones de arterias en el cerebro. A menudo los infartos son tan pequeños que no se observan cambios evidentes y las personas que los han sufrido no desarrollan necesariamente una demencia.

²⁸Harrisons Principles of International Medicine, 10ª.Cd., McGraw Hill, New York.p.2097.

²⁹Zarith, Steven H, Nancy K. y Judy M. Zarith, The Hidden Victims of Alzheimer Disease: Famielis on the Stress, New York University Press, Nueva York, 1985, p.18.

Las causas se desconocen, aunque se cree que los factores de riesgo son los mismos que los de las enfermedades del corazón: presión arterial elevada, dieta alta en colesterol, sobrepeso, tabaquismo y falta de ejercicio; sin embargo, no es claro porque alguien que tiene factores de riesgo desarrolla una demencia y otros no. Se ha postulado que la gravedad del daño podría ser el marcador del inicio de la demencia vascular.

Por otro lado, el tratamiento para otras enfermedades, como presión arterial alta, insuficiencia vascular cerebral o ateroscleróticos puede mitigar un deterioro posterior, especialmente en los casos que son detectados a tiempo. Al igual que en la Enfermedad de Alzheimer no existe cura que revierta el daño ocasionado por la demencia.

En algunas personas con demencia se ha encontrado el daño cerebral propio de ambas enfermedades, tanto de Alzheimer como de la Demencia Vascular, e investigaciones en autopsias han mostrado que de 10 a 15 % de todos los casos de demencia son de tipo mixto.³⁰

Seudo Demencia o Depresión

A menudo es difícil distinguir entre los ancianos la depresión de la demencia irreversible. Muchos síntomas de las personas deprimidas se parecen a los de las personas con demencia,

Presentan lentitud en sus respuestas físicas y mentales, poco o ningún interés en lo que los rodea, se alejan de sus actividades diarias, también se quejan de pérdida de memoria pero, en contraste con la demencia, los cambios en la memoria provocados por la depresión son moderados.

³⁰Zaritz, Steven H, Nancy K. y Judy M. Zaritz, *The Hidden Victims of Alzheimer Disease: Families on the Stress*, New York University Press, Nueva York, 1985, p.17.

La importancia de descartar la diferencia entre demencia y depresión es que las personas deprimidas mejoran con tratamiento, dependiendo del caso pueden ser eficaces diferentes tipos de terapia.

Los medicamentos antidepresivos también ayudan, ya que pueden mejorar el estado de ánimo, trastornos del sueño, apetito y concentración, estos medicamentos se toman en un lapso de seis a 12 semanas antes de que se muestren signos de avance y puede ser necesario que se continúen tomando durante seis meses o más después de que los síntomas han desaparecido.

Otra consideración es que la demencia y la depresión no se presentan por separado, a menudo la depresión se presenta en las primeras etapas de la enfermedad demencial, sin embargo un tratamiento adecuado de la depresión puede mejorar algunos aspectos del funcionamiento de la persona³¹

Como se ha podido observar los tipos más frecuentes de demencia son de tipo vascular y Demencia tipo Alzheimer.

³¹Zarith, Steven H, Nancy K. y Judy M. Zarith, *The Hidden Victims of Alzheimer Disease: Families on the Stress*, New York University Press, Nueva York, 1985, p.17.

6.3 La Nutrición y la Alimentación en el Adulto Mayor

Cuando envejecemos nuestro organismo experimenta modificaciones a través de tres grandes vías, diferentes, pero fundamentalmente implicadas entre sí. Por una parte los cambios fisiológicos inherentes al proceso mismo de envejecer, son modificaciones que ocurren de manera universal en todos los individuos y en los distintos componentes (órganos y aparatos) del mismo. Buena parte de estos cambios tiene una incidencia directa en la nutrición; especialmente en aquellos que afectan al aparato digestivo y al componente metabólico de cada individuo.³²

Un segundo grupo de cambios se deriva de la necesidad de irse adaptando a las secuelas de las sucesivas enfermedades, como puede ser una historia de gastrectomía, la presencia de demencias o de otras enfermedades crónicas, el consumo regular de fármacos, etc. Por último las modificaciones derivadas de los factores ambientales y del tipo de vida previa condicionan en gran medida los aspectos alimenticios. Son cambios determinantes de las interrelaciones entre las funciones fisiológicas implicadas en el proceso de la nutrición y lo que son las necesidades antes mencionadas, enseguida se enlistan estas interrelaciones:

- Menor requerimiento Energético: Pérdida de la masa muscular contra menor actividad física.
- Mayores requerimientos proteicos contra menor masa de síntesis proteica.
- Mayores necesidades de macronutrientes: mayor dificultad para la absorción de vitaminas y minerales, pérdida de la función inmunológica parcialmente corregible con antioxidantes, menor síntesis cutánea de vitamina D, peor utilización de los metabólicos de las vitaminas D Y B, tendencia a la gastritis atrófica con dificultad para la absorción de B-12, ácido fólico, hierro, calcio y zinc, pérdida de estrógenos en las mujeres con mayores necesidades de calcio y vitamina D.

³² Rivera Casado J. M. 1999, Alimentación, Nutrición, Salud y Envejecimiento, Interrelación y Problemas. Octava Edición. Madrid España Ed. Caballero Pág. 11-24.

- Mayores necesidades de fibra: derivada de las pérdidas de la función motora del tubo digestivo.
- Mayores necesidades de agua: por reducción en su cuantía a nivel intra y extracelular, por limitación progresiva del mecanismo de sed.
- Tendencia limitar la ingesta: Por pérdida en los sentidos del gusto y del olfato, por alteraciones en los neuropéptidos que controlan las sensaciones de apetito y saciedad, por alteraciones en la boca (dentición y saliva), por problemas sociales como adquirir alimentos prepararlos e ingerirlos.³³

6.3.1. Ingestas Recomendadas para Adultos Mayores

Cuanto más avanza la edad las requerimientos de nutriente y de energía se incrementan debido a las características propias del envejecimiento como ya se ha mencionado antes la cantidad de energía recomendable en los adultos mayores es la siguiente:

Las necesidades de energía disminuyen con la edad, un 5% por década (unas 300-600 kcal).³⁴ Dos tercios son atribuibles a la menor actividad física; principalmente por la disminución de la masa libre de grasa. Este menor gasto y la consecuente menor ingesta de energía son los factores más importantes que influyen en el estado nutricional. La adaptación a requerimientos de energía menores, manteniendo un adecuado aporte de nutrientes con una ingesta calórica baja, puede ser el mayor desafío en estas personas, por lo que es importante incluir alimentos con alta densidad de nutrientes.³⁵

Se han establecido una ingesta recomendable media de 30 kcal/kg de peso corporal. También pueden estimarse a partir de la tasa metabólica en reposo (TMR) multiplicando por distintos coeficientes según el tipo de actividad física desarrollada. La ingesta adecuada de energía debe ser aquella que permita

³³Genua 2009 Nutrición y valoración del estado nutricional del anciano. Disponible en <http://URL.www.matiatf.net/profesionales/articulos>.

³⁴Ausman LM y Russell RM: Nutrition in the elderly. Modern nutrition in health and disease. Shils ME, Olson JA, Shike M (eds.). Lea &Febiger, Filadelfia, 1994: 770-780.

³⁵ Yao M y Roberts SB: Dietary Energy Density and Weight Regulation. Nutr Rev, 2001, 59/8:247-258.

realizar una determinada actividad física y mantener el peso en los límites aconsejados ($\text{IMC} [\text{peso (kg)}/\text{talla}^2 \text{ (m)}] = 25 - 28$).³⁶

La ingesta recomendable de proteínas se estima en unos 0,8 g de proteína/kg de peso corporal al día. Algunos estudios indican que ingestas de 1 g/kg podrían favorecer un mejor balance nitrogenado, estimulando la formación de masa muscular.³⁷ Esta mayor síntesis proteica en respuesta a un mayor suministro de aminoácidos indicaría que la pérdida de músculo no es el resultado de una menor capacidad para usar eficazmente los aminoácidos, sino la consecuencia de una menor ingesta de proteína, de aminoácidos y de energía.³⁸ La deficiencia de proteína puede dar lugar a pérdida de masa muscular, alteraciones en la función inmune y a mala cicatrización de las heridas.

Las recomendaciones actuales indican que la proteína no debe aportar más del 10-15% de la energía total consumida. Sin embargo, en los ancianos, como la ingesta energética suele ser baja, el aporte calórico de la proteína, teniendo en cuenta la ingesta recomendable en términos absolutos, puede ser mayor (12-17%). En el caso de pérdida de peso o estados hipercatabólicos, la ingesta recomendable puede llegar a 1,5 g/kg de peso. La ingesta recomendable de proteína pueden ser menores en caso de alteraciones hepáticas o renales. La calidad de la proteína deberá tenerse en cuenta sobre todo en las personas con poco apetito.

Hidratos de carbono. Se recomienda como en otros grupos de adultos mayores que éstos aporten entre 55-75% de la energía total consumida, principalmente a partir de hidratos de carbono complejos, presentes en cereales, algunas verduras y hortalizas, frutas y leguminosas.

³⁶ Roberts SB y Hays NP: Older people. Nutritional requirements. En: Sadler MJ, Strain JJ, Caballero B (eds.): Encyclopedia of Human Nutrition. Academic Press, Londres, 1998: 1466-1473.

³⁷ American Dietetic Association & Dietitians of Canada. Manual of Clinical Dietetics, 2000.

³⁸ Volpi E, Ferrando A, Yedkel C, Tipton K y Wolfe R: Exogenous amino acids stimulate net muscle protein synthesis in the elderly. J Clin Invest, 1998, 101:2000-2007.

Se recomienda también moderar el uso de mono y disacáridos, ya que pueden desplazar de la dieta a otros alimentos con mayor densidad de nutrientes. Dentro de este 10% no se incluyen los azúcares sencillos de frutas, verduras y lácteos, por ser vehículo de minerales y vitaminas. Los hidratos de carbono sencillos pueden ser una fuente de energía muy útil en personas con poco apetito.

Fibra dietética. Un aporte adecuado de fibra -soluble e insoluble- favorece la motilidad y reduce el tiempo de tránsito intestinal, previniendo y mejorando el estreñimiento, tan frecuente en ancianos. Disminuye también el riesgo de diverticulosis y de cáncer de colon en personas con poliposis,³⁹ ayuda a controlar el peso y a regular la colesterolemia y glucemia. Se recomienda un consumo de unos 20-30 g/día, a partes iguales entre fibra soluble (leguminosas, frutas como peras, manzanas, cítricos y algunas verduras, frutos secos, avena, etc.) e insoluble (cereales integrales, pan, verduras, piel de las fruta). Mayor aporte puede ocasionar malestar digestivo y comprometer la absorción de micronutrientes.

Lípidos. La grasa de la dieta tiene un importante papel suministrando ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles. Es una fuente concentrada de energía por excelencia. Su cantidad y calidad (el grado de saturación y la posición de sus dobles enlaces) es importante; interviene en la regulación de los lípidos sanguíneos y puede ser un factor de riesgo en algunas enfermedades crónicas.

La mayor parte de los programas nutricionales hacen especial énfasis en la disminución de la ingesta de lípidos, especialmente de grasa saturada. El balance entre los pros y contras de la restricción de grasa debe ser considerado individualmente. En general, las recomendaciones de grasa de los adultos mayores son similares a las del resto de la población.⁴⁰ Se recomienda cuidar el aporte de ácidos grasos poliinsaturados de la familia n-3, abundantes en los

³⁹Serra J, Salvà A, Lloveras G, Padró L y Crespo L: Consejo sobre alimentación en las personas mayores. MedClin, 2001, 116/1:90-94.

⁴⁰Villar F, Mata P, Plaza I y cols.: Recomendaciones para el control de la colesterolemia en España. DocumentoConsenso (resumen). Clin Invest Arteriosclerosis, 2000, 12/6:307-317.

pescados por su efecto antiinflamatorio, antitrombótico, antiarrítmico, hipolipemiante y vasodilatador.

Minerales y vitaminas. En los adultos mayores, la biodisponibilidad de micronutrientes puede estar comprometida por los cambios fisiológicos, enfermedades (por ejemplo, la frecuente gastritis atrófica que da lugar a una menor absorción intestinal), consumo de fármacos, alcohol, tabaquismo, etc. Este grupo es muy heterogéneo respecto a la ingesta recomendable de micronutrientes y en muchos casos éstas se ven aumentadas.

Vitamina E. Los tocoferoles son potentes antioxidantes que protegen a los lípidos y otros componentes de las células del daño oxidativo, mantienen la estructura de las membranas celulares y protegen frente al envejecimiento. La vitamina E evita la oxidación de AGP, por lo que debe haber una adecuada relación vitamina E (mg) / AGP (g) = 0,4-0,6 en la dieta. Muchos estudios han relacionado el estado nutricional de vitamina E con alteraciones de la función inmune. Un mayor estrés oxidativo puede condicionar mayores necesidades de vitamina E.

Vitamina A. Los almacenes de retinol en el hígado son normales incluso en ancianos con ingestas bajas. En los alimentos se presenta en dos formas: a) como retinol (vitamina A ya preformada) en los de origen animal y b) carotenos que pueden ser convertidos en retinol en el organismo, esta capacidad suele estar disminuida en el anciano. La actividad vitamínica A se expresa en forma de equivalentes de retinol, incluyendo el retinol y los carotenos.

Los carotenos también actúan como antioxidantes y anticancerígenos en el organismo, desempeñando un importante papel preventivo en algunas enfermedades crónicas. El licopeno, un pigmento de color rojo muy abundante en tomates, sandías y cerezas, se ha relacionado con una menor incidencia de enfermedad cardiovascular y de cáncer de próstata y gastrointestinal. Otro carotenoide, la luteína (acelgas, espinacas, apio verde, brócoli), es un antioxidante

mucho más potente que el beta caroteno y parece actuar como factor de protección en la degeneración macular, muy frecuente en los adultos mayores.

Vitamina D. Con la edad, el estado nutricional en vitamina D es más precario como consecuencia de una menor eficacia en la síntesis cutánea de la vitamina (que sólo se mantiene en un 25% de los ancianos), menor capacidad de los riñones para activarla, baja exposición al sol y bajas ingestas. Dado que la vitamina D se encuentra en pocos alimentos (pescados y alimentos fortificados, principalmente), no es sorprendente que un alto porcentaje de los ancianos tengan ingestas muy bajas, que se asocian con una menor absorción y bajos niveles sanguíneos de calcio y una mayor resorción ósea. La ingesta recomendable se ha aumentado hasta 10-15 µg/día en adultos de 65 años. Para las personas con una limitada exposición al sol y baja ingesta de la vitamina, se recomienda consumir suplementos.

6.3.2 Ingesta de Líquidos

El agua es un componente esencial de los seres vivos, sin la que no es posible subsistir. Una persona puede vivir meses sin alimentos, dependiendo de sus reservas corporales, pero sin el aporte de agua el periodo de supervivencia es tan sólo de unos días.

En nuestro organismo el agua es el componente mayoritario, entre un 50% y un 80% del peso corporal, según sea la proporción de grasa, género y la edad. Forma parte variable de los distintos tejidos y ejerce unas funciones básicas; es el medio en el que se producen todos los cambios y reacciones bioquímicas que se precisan para vivir tiene un papel importante en la termorregulación, es un medio de transporte y de eliminación de numerosas sustancias.

El agua se distribuye de la siguiente manera en el organismo; intracelular formando parte de las estructuras celulares y el extracelular o parte acuosa del plasma, de la linfa, de las distintas secreciones corporales del líquido intersticial y de las estructuras de distintos tejidos. El agua intracelular representa aproximadamente un 55% del agua corporal.

El equilibrio hídrico en nuestro organismo se consigue a expensas de la igualdad entre el aporte de agua y su eliminación (balance hídrico).

La necesidad de ingesta de agua está regulada por la sensación de sed; la eliminación a través de la orina depende fundamentalmente de la concentración plasmática de la hormona antidiurética, directamente relacionada con las variaciones de la osmolaridad.

Debido a lo antes mencionado el agua se excluye a veces de las listas de nutrientes, como componente esencial para el mantenimiento de la vida que debe ser aportado por la dieta en cantidades muy superiores a las que produce el metabolismo. El agua puede considerarse como un verdadero nutriente, especialmente para los adultos mayores pues hay que prestar mucha atención en su estado de hidratación.

Parte de los procesos normales de envejecimiento son cambios de los mecanismos homeostáticos con alteraciones en el balance hidro-electrolítico que afectan negativamente al individuo y aumentan la morbi-mortalidad, lo que constituye uno de los problemas clínicos en los adultos mayores.

Como porcentaje de la masa corporal, el contenido de agua es mayor en los hombres que en las mujeres y tiende a disminuir con la edad en ambos sexos, por ejemplo un hombre de entre setenta y ochenta años de edad tiene menos de un 60% de agua y una mujer de la misma edad una cantidad inferior de 50%.

En algunas personas mayores la causa de reducción de peso en esta etapa de la vida es la disminución de agua, consecuencia de los cambios que se producen en la composición corporal y aumenta la tendencia a la deshidratación.

El balance entre la ingesta y la pérdida de líquidos tiene gran importancia y cualquier alteración del mismo pone en peligro la vida de la persona, por eso es importante llevar un seguimiento nutricional de los adultos mayores para evitar riesgos de deshidratación que pueden dar lugar a graves problemas para su salud.

Los factores que favorecen dichas alteraciones pueden ser las siguientes:

- Disminución de la sensación de sed, provocada por el envejecimiento.
- Disminución de la accesibilidad al agua, causada por un déficit de la autonomía física y psíquica del individuo.
- Temor a beber y consumir alimentos ricos en agua, por considerar que pueden incrementar el riesgo de incontinencia urinaria, en especial durante las horas nocturnas.
- Dificultades en la capacidad de deglución, provocadas por el envejecimiento, alteraciones en las piezas dentales o la presencia de prótesis, la sequedad de boca, hemiplejias, efectos secundarios de algunos medicamentos, por ejemplo los hipnóticos y los ansiolíticos.
- Alteraciones de la eliminación provocadas por; un aumento de la resistencia del túbulo renal a la acción de la hormona antidiurética, durante el proceso de envejecimiento, este hecho causa una mayor eliminación de agua a través de la orina.
- Un aumento de la diuresis, causada por la presencia de algunas enfermedades como la diabetes descontrolada o por la administración crónica de algunos medicamentos tales como diuréticos y broncodilatadores derivados de la teofilina.

- Un aumento de la pérdida de agua a través de las heces, provocado por la administración incontrolada de laxantes o una mayor incidencia de procesos diarreicos.
- La presencia de polipnea, frecuente en ancianos con insuficiencia respiratoria, que provoca una mayor pérdida de agua en la respiración.

Requerimientos diarios de agua

En las personas adultas mayores la pérdida de un 10% del agua en el organismo determina trastornos evidentes, y si alcanza el 20 % puede causar la muerte, se calcula que una persona normal necesita de un aporte diario de agua de 2 a 2.5 litros de agua, esta cantidad total puede ser aportada por las bebidas ingeridas ya sean agua, jugos, infusiones, leche, licores etc., o por el agua constituida de algunos alimentos, también por el agua que se libera en la combustión de estos y de los propios tejidos orgánicos.

El agua de las bebidas y de la composición de los alimentos constituyen el aporte exógeno, mientras que el agua liberada por la combustión de alimentos y tejidos en el propio organismo constituyen el aporte endógeno.

De estas dos principales fracciones, la más fácilmente regulable es la que constituye el aporte exógeno y en especial el agua bebida, cuya ingestión está regulada por la sed que a su vez es controlada por los modos de eliminación de agua del organismo (orina, respiración, aire espirado, heces, etc.).

La sed es por tanto un mecanismo regulador importante de la ingestión de agua que puede actuar como factor primario o secundario, pero tanto en un caso como en otro, incita a beber y a reponer así el volumen líquido orgánico y el mantenimiento de los equilibrios iónicos.

También se debe considerar como un factor importante de la regulación de la masa hídrica orgánica es el sodio; por ejemplo en un consumo excesivo de sal facilita la retención de agua como mecanismo defensivo para diluir el exceso de sal recibido, por lo tanto existe un aumento del volumen líquido orgánico circulante, y seguido de un mecanismo hipotálamo-hipofisio-suprarrenal regulador de la eliminación urinaria para normalizar el equilibrio hídrico orgánico.

En los adultos mayores el agua se convierte en una verdadera necesidad a la que hay que prestar mucha atención y en muchos casos en incluso necesario prescribir su consumo como si de un medicamento se tratase, debe por lo tanto recomendarse más de ocho vasos al día.

También es conveniente estimular la ingesta de agua asociándola, en distintos momentos del día, con otras actividades placenteras para los adultos mayores, por ejemplo con una actividad recreativa, de comunicación o afectiva, esta recomendación es muy útil en caso de los adultos mayores institucionalizados.

Es recomendable que el aporte de líquidos se realice entre comidas, para evitar la dilución del jugo gástrico y la consecuente hipoclorhidria en el proceso de la digestión, no obstante debe beberse agua durante la comida, pues los alimentos secos incrementan la señal de saciedad.

Los adultos mayores son un grupo considerado como uno de los más vulnerables de la población y con un mayor riesgo de sufrir desequilibrios, carencias y problemas nutricionales, en el que las alteraciones biológicas, psíquicas y sociales repercuten en gran manera las actividades de la vida diaria y en la capacidad para alimentarse y nutrirse.

6.3.3. Factores de Desnutrición en los Adultos Mayores

- Cambios en la composición corporal.
- Cambios sensoriales (gusto, olfato, vista, audición, temperatura).
- Problemas de masticación (mala dentadura, xerostomía).
- Cambios en el aparato gastrointestinal.
- Cambios metabólicos, neurológicos, en el sistema cardiovascular, función renal, función inmune.
- Disminución de la actividad física.
- Minusvalía, discapacidad, inmovilidad.
- Enfermedades y secuelas.
- Factores psicosociales.

Cambios en la composición corporal

Uno de los cambios en la composición corporal que generalmente acompañan a la edad avanzada es la disminución en la masa magra metabólicamente activa, causada especialmente por pérdida de masa muscular (sarcopenia) y de células de diferentes órganos y tejidos. No está claro en qué medida estos cambios son debidos a la edad o a un estilo de vida más sedentario en esta etapa. Esto genera un gasto metabólico basal y en consecuencia, menores necesidades de energía, comprometiendo la ingesta de alimentos y por tanto la de energía y nutrientes. La reducción de la masa muscular afecta a la movilidad, aumenta el riesgo de caídas y modifica negativamente la capacidad funcional. También indica una pérdida de reserva de proteínas, con mayor riesgo de malnutrición y de disminución del sistema inmune, condiciones muy que se encuentran generalmente en los adultos mayores.

La reducción de la masa magra se acompaña de un incremento de la grasa corporal que puede aumentar el riesgo de diabetes. La distribución de la grasa

también cambia, el tejido adiposo tiende a acumularse en la región abdominal y se reduce la grasa subcutánea.

Los huesos también se ven afectados, con la edad avanzada se produce una disminución de la densidad ósea, en mayor medida en las mujeres, aumenta el riesgo de fracturas.

El cambio en la composición de masa magra no sólo es debido al músculo sino también al esqueleto. Durante todas las etapas del ciclo vital humano se producen cambios en los cartílagos y huesos, es a partir de la tercera década cuando comienza a manifestarse una pérdida ósea debido a que la formación de hueso nuevo es menor que la resorción. La pérdida de masa ósea es universal e inevitable del proceso de envejecimiento. Ocurre en ambos sexos; sin embargo en las mujeres se produce una aceleración en la pérdida coincidiendo con el momento de los ovarios, es decir con la menopausia. La consecuencia más directa con implicaciones sobre la salud, es la aparición de osteoporosis que es, a su vez la principal causa de cadera y está una causa importante de mortalidad y sobre todo de descenso en la calidad de vida de las personas que la han sufrido.

Disminución sensorial

En el proceso de envejecimiento coexisten una serie de factores que pueden favorecer las alteraciones en el apetito por los alimentos propios de cada individuo y en el proceso de digestión, dificultando la digestión, dificultando la capacidad de nutrirse adecuadamente.

Disminución sensorial; apurativamente se produce una disminución de la percepción sensorial que puede afectar al olfato, a la vista y al gusto; y todos estos sentidos nos sirven para el estímulo del apetito. A pesar de que la sensibilidad gustativa declina con la edad, se observan variaciones según la calidad gustativa

y la zona bucal considerada; también se observa un mayor apetito por los sabores dulces o salados, con relación a edades más tempranas.

Las alteraciones del olfato se traducen en una disminución de la sensibilidad olfativa y una disminución de la capacidad para identificar los olores agradables.

Modificaciones Bucodentales; La boca es una zona básica para la primera fase de la digestión de los alimentos (la masticación y la deglución) y en esta fase desempeñan un papel importante las piezas dentales y la saliva. Con el envejecimiento empieza a dañarse la integridad los dientes y su inserción en los alveolos maxilares; el deterioro propio del envejecimiento puede favorecer en numerosas ocasiones por hábitos incorrectos de higiene bucal.

El envejecimiento conlleva una disminución en la secreción de los jugos digestivos y de la saliva, este hecho provoca a menudo la sensación de sequedad en boca (incrementada también por algunos medicamentos) y dificulta tanto el apetito como la masticación y deglución.

Modificaciones funcionales en el aparato digestivo; con el envejecimiento pueden aparecer una serie de modificaciones que tienden a enlentecer la digestión y en el aprovechamiento de los nutrientes. La disminución del peristaltismo, la hipoclorhidria y la hipoquilia requieren una distribución adecuada de los alimentos en un mayor número de ingestas al día, evitando comidas muy cargadas.

La disminución de la motilidad del intestino favorece el estreñimiento y puede propiciar la aparición de fases diarreicas de rebote, con las consecuentes fases de la absorción de nutrientes, por eso se debe incluir los hábitos higiénico-dietéticos que favorecen el correcto tránsito intestinal y los hábitos de evacuación intestinal.

Presencia de enfermedades; En las personas adultas mayores hay una mayor prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas que requieren un tratamiento dietético. La instauración de dietas terapéuticas de una manera generalizada y sin atender a los hábitos o al apetito de cada individuo, puede contribuir a aumentar la monotonía y la inapetencia para la comida, contribuyendo el riesgo de malnutrición.

Con el envejecimiento aumenta la incidencia de la intolerancia a la lactosa (por ejemplo), hecho que provoca que muchos adultos mayores dejen de consumir productos lácteos sin el asesoramiento adecuado, con el consecuente riesgo de un aporte deficiente de calcio.

Por otro lado la depresión y la demencia son dos enfermedades que, a nivel cognitivo, favorecen el riesgo de malnutrición en este grupo. Debido a la capacidad de alimentarse por ellos mismos y también a la incapacidad que muchas veces tienen para recordar qué y cuando han comido o bebido. Se requiere un seguimiento y una atención muy estrecha.

Factores psicosociales, económicos y culturales; La alimentación tiende a cubrir una serie de necesidades que la persona adulta mayor tiene, al igual que el resto de los componentes de nuestra sociedad. Estas necesidades son las de satisfacción, relación y convivencia, autoestima y estime por parte de otras personas, el aporte de cada una de estas necesidades a través del acto de comer, favorece el estímulo para alimentarse.

Las pérdidas que sufren los adultos mayores y que se incrementan con el transcurso de los años incrementan las necesidades antes mencionadas; la falta de apoyo y estímulos necesarios a las características de cada individuo, trae como consecuencia la pérdida de interés por la comida y por lo tanto el riesgo nutricional; este hecho puede incrementarse aun más en los casos de los adultos mayores que viven solos y en los que sufren depresión.

El abastecimiento de los alimentos adecuados se ve a veces limitado por distintos factores. La disminución de la capacidad física para ir a comprarlos, la disminución en el poder económico; la falta de información y asesoría para poder elegir una dieta equilibrada y accesible.

La incapacidad para desarrollar las actividades de la vida diaria afectan muchas veces a la manipulación y preparación de los alimentos estos son factores que contribuyen al consumo de dietas restrictivas y desequilibradas.

6.3.4. Disfagia, principal trastorno de la Alimentación en los Adultos Mayores con Demencia

La disfagia en los adultos mayores puede producirse por una amplia variedad de alteraciones estructurales que afectan la anatomía de la orofaringe durante la deglución o que obstaculicen el paso del bolo alimenticio, o más frecuentemente por alteraciones funcionales que impidan la propulsión del bolo o enlentezcan la velocidad de los diferentes reflejos orofaríngeos importantes para la deglución.

Entre las anormalidades estructurales más frecuentes encontramos a los tumores esofágicos y del área otorrinolaríngea, osteofitos cervicales y las estenosis esofágicas estas son más frecuentes después de haber tenido una cirugía. Por otro lado la fisiopatología de la disfagia funcional en los adultos mayores se debe a tres grandes factores:

- El envejecimiento causa un deterioro poco conocido de la fisiología orofaríngea, con alteraciones en distintos reflejos de este mismo tracto.
- La prevalencia de enfermedades neurológicas o neurodegenerativas es muy elevada en los adultos mayores, y la disfagia es la manifestación más frecuente de estas enfermedades.⁴¹
- Las alteraciones del esfínter superior.

⁴¹Rasle a Logemann JA, Kahrilas PJ, Rademaker AW, Pauloski BR, Doods WJ. Prevention of barium aspiration during fluoroscopic swallowing studies, value on change in posture 1993; 160:1005-9.

La disfagia orofaríngea afecta al 30 % de las personas que han sufrido un accidente vascular cerebral⁴², del 52-82 % de personas con Parkinson⁴³, es el síntoma inicial de las personas con esclerosis lateral amiotrófica, afecta al 40% de las personas con miastenia gravis, al 44% de los enfermos de esclerosis múltiple, y hasta un 84% de los adultos mayores con enfermedad de Alzheimer.⁴⁴

Los adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas o con accidentes cerebro-vasculares constituyen un colectivo muy vulnerable a padecer disfagia, la gravedad de esta puede variar desde una dificultad moderada, hasta la imposibilidad total para la deglución, y va a causar dos grupos de complicaciones de gran importancia clínica:

- Si se produce una disminución de la eficacia de la deglución la persona va a presentar desnutrición y/o deshidratación, hasta el 60% de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados tienen riesgo de desnutrición.
- Si se produce una disminución de la seguridad en la deglución se va a producir un atragantamiento con obstrucción de la vía aérea o más frecuentemente una aspiración traqueo bronquial, se puede ocasionar una neumonía en el 50% de los casos con una mortalidad asociada de hasta el 50 %.⁴⁵

La neumonía por aspiración es la primera causa de mortalidad al alta hospitalaria durante el primer año después de haber sufrido un accidente cerebro vascular y se ha convertido en la tercera causa en los adultos mayores de 85 años.⁴⁶

⁴²Agency for Health Care Policy and Research. Diagnosis and Treatment of Swallowing disorders in acute-care stroke patients. Summary, evidence report/technology assessment. Rockville 1999 8 March.

⁴³Alli GN, Wallace KL, Swartz R, De Carle J, Zagami AS, Cook IJ, Mechanism of oropharyngeal dysphagia in patients with Parkinson disease. 1996; 110: 383-92.

⁴⁴Clavé P, Terré R, De Kraa M, Serra-Prat M. Actitud a seguir ante una disfagia orofaríngea. Rev. Esp. Enf. Dig. 2002 96:119-31.

⁴⁶Agency for Health Care Policy and Research. Diagnosis and Treatment of Swallowing disorders in acute-care stroke patients, Summary evidence report/technology assessment. Rockville 1999, 8 March. 1999 116:455-78.

La deglución normal se divide en cuatro grandes fases, cualquiera de las siguientes puede estar afectada y originar disfagia funcional en los adultos mayores:

1. La fase oral preparatoria está bajo control voluntario y su objetivo es la masticación y la formación del bolo.
2. La fase oral es también voluntaria y se caracteriza por la propulsión del bolo por acción de la lengua.
3. La fase faríngea es involuntaria, se inicia por la estimulación de mecano receptores faríngeos que envían información al sistema nervioso central y causan el disparo del denominado patrón motor deglutorio orofaríngeo, caracterizado por una secuencia fija y ordenada de acontecimientos motores que ocasionan el cierre de la nasofaringe (elevación y desplazamiento del hioides, descenso de la epiglotis, cierre del vestíbulo laríngeo y cierre de cuerdas vocales), apertura del esfínter esofágico superior y la contracción de los músculos constrictores faríngeos. La lengua es el principal responsable de la propulsión del bolo y la misión de los constrictores faríngeos es aclarar los residuos del bolo que quedan en la hipo faringe.^{47 48}
4. La fase esofágica se inicia con la apertura del esfínter esofágico seguido de la peristalsis esofágica.

Diagnostico de la disfagia

El diagnostico de la disfagia orofaríngea funcional en los adultos mayores debe iniciarse por la identificación de las personas vulnerable (aquellos en los que se sospeche clínicamente alteraciones de la seguridad y eficacia de la deglución), una vez descartadas las causas estructural como lo son tumores etc. Y haber establecido el diagnóstico de disfagia orofaríngea de origen funcional, el objetivo

⁴⁷Clavé P, Disphagya: a tertiary and espezialized medical problem.

⁴⁸Cook IJ, Karillas PJ, AGA technical reveaw on magment or oropharyngeal dysphagia.Gastroenterology.1999; 116:455-78.

del programa de diagnóstico es evaluar las dos características que definen la deglución:

1. Eficacia, capacidad del paciente para ingerir la totalidad de las calorías y el agua que necesita para estar bien nutrido e hidratado.
2. Seguridad, capacidad de que la ingesta de agua y las calorías necesarias se dirijan al tracto orofaríngeo sin que se produzcan complicaciones respiratorias.

Para hacer un diagnóstico de disfagia existen dos métodos uno de ellos es la videofluoroscopia (VFS), el otro es el (test del agua) este es más sencillo y el más utilizado, consiste en administrar a la persona diversos sorbos de agua y observar si presenta signos clínicos de aspiración.⁴⁹ Una de sus ventajas es su simplicidad, y sus inconvenientes es que se expone a la persona a una posible broncoaspiración.

La videofluoroscopia (VFS) se trata de una técnica radiológica dinámica que consiste en la obtención de una secuencia en perfil lateral y anteroposterior de la deglución de diferentes volúmenes y de un constante radiológico con distintas viscosidades.⁵⁰ Sus objetivos de este método diagnóstico son evaluar la seguridad y la eficacia de la deglución en términos de videofluoroscópicos, obtener datos cuantitativos del patrón motor deglutorio oro faríngeo y evaluar la falta de eficacia de los tratamientos. Los principales signos videofluoroscópicos de la falta de eficacia de la fase oral son la apraxia (dificultad, retraso o imposibilidad para iniciar la fase oral) y la disminución del control y la propulsión del lingual del bolo.⁵¹ El principal signo de la falta de seguridad de la fase oral es la insuficiencia del sello palatogloso, disfunción muy grave que ocasiona la caída del bolo a la hipo faringe antes del disparo del patrón motor deglutorio orofaríngeo y mientras la vía respiratoria está abierta provoca una aspiración pre deglutoria.

⁴⁹DePippo KL, Holas MA, Redig MJ, Validation on the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke.

⁵⁰Clavé P, Videofluoroscopic diagnosis of orofaryngeal dysphagia. *Nutritión Matters* 2001.

⁵¹Clavé P, Videofluoroscopic diagnosis of orofaryngeal dysphagia. *Nutritión Matters* 2001.

Tratamiento de la Disfagia Orofaringea

El objetivo del tratamiento de la disfagia orofaríngea es el mantenimiento de la vía oral mientras sea posible mantener el estado nutricional y evitar las complicaciones respiratorias, las estrategias de tratamiento de la disfagia orofaríngea se agrupan en cuatro grupos que pueden aplicarse secuencialmente en el tratamiento de cada persona.

1. Estrategias posturales; son fáciles de adquirir, no fatigan y permiten modificar las dimensiones de la orofaringe y de la vía que debe seguir el bolo. La flexión anterior del cuello permite proteger la vía respiratoria, la flexión posterior facilita el drenaje gravitatorio faríngeo y mejora la velocidad del tránsito oral, la rotación de la cabeza al lado faríngeo paralizado dirige la comida al lado sano aumenta la eficacia del tránsito faríngeo y facilita la apertura del esfínter esofágico superior, y la deglución en decúbito lateral o supino protege de la aspiración de un residuo hipo faríngeo.
2. Cambios de volumen y viscosidad del bolo; el cambio de la textura de algunos alimentos como por ejemplo los líquidos es especialmente importante para asegurarse de que las personas con disfagia asociada al envejecimiento estén hidratados sin que presenten aspiraciones.
3. Estrategias de incremento sensorial oral; son de gran utilidad en personas con apraxia o alteraciones de la sensibilidad oral, la mayoría de estrategias de incremento de sensorial oral comprende la estimulación mecánica de la lengua, modificaciones del bolo, como por ejemplo volumen, temperatura y sabor, o la estimulación mecánica de las papilas faríngeas. Los sabores ácidos como el del limón o las sustancias frías como el helado desencadenan el mecanismo de la deglución.
4. Praxias neuromusculares; tienen como objetivo mejorar la fisiología de la deglución y el tono, la sensibilidad y la motricidad de las estructuras orales (labios y lengua).

5. Maniobras deglutorias específicas; están dirigidas a compensar alteraciones biomecánicas concretas.

La estrategia terapéutica más fácil de aplicar a las personas con disfagia son los cambios del volumen y viscosidad del bolo alimentario, ya que se trata de un método muy sencillo y no requiere de integridad cognitiva además de que no supone ningún aprendizaje y en el que la aplicación de la estrategia está a cargo del cuidador.

6.4.-La enfermería y su cuerpo de conocimiento

Como ya hez sabido, la enfermería desarrolla una serie de actividades encaminadas a constituirse como disciplina científica. En ese contexto, buscan sistematizar su conocimiento empírico para ampliar la concepción del Proceso de Enfermería hacia un diagnóstico en Enfermería; abordando el paradigma vida-salud de manera distinta al acto médico, lo que significa trabajar en la conformación de un pensamiento profesional propio, ampliando la manera de entenderse a sí misma y al objeto de su actividad profesional; considerando sus labores más allá de la simple ocupación, elevándolas para alcanzar los niveles de profesión; es decir, la profesión se encuentra en fase preparadigmática, en la constitución del conocimiento que le dé sustento. Tal condición se aplica tanto al ámbito académico como al de servicio, mediante el análisis y recreación de propuestas filosóficas, teóricas y metodológicas para la construcción del cuerpo del conocimiento de enfermería.⁵²

Lo anterior permitirá fortalecer los fundamentos de la disciplina y, por ende, perfeccionar la práctica cotidiana a través de la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos del cuidado a la salud, al mismo tiempo, hará posible la autonomía en la formación de recursos humanos competentes para el desempeño en

⁵² .Fuerbringer BM, Barrientos GE, et al. Enfermería disciplina científica: una aproximación epistemológica. México(MX): Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 1995.

las diferentes áreas asistenciales que requiere la sociedad y, simultáneamente, fortalecerá el proceso de profesionalización de enfermería en el país.⁵³

En sentido epistémico, podemos decir que los cuatro conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería en lo disciplinar y en lo profesional son: persona, salud, ambiente y cuidado. Las estructuras conceptuales son de vital importancia en este momento en la evolución de la ciencia de enfermería y ayudan así a esclarecer las diferencias entre la enfermería y las demás profesiones dedicadas a la salud.

Existe también un objeto de estudio de la profesión de enfermería que es el cuidado del ser humano, desde la concepción hasta la muerte, con un enfoque de vida-salud y no de salud-enfermedad. Aunque el acto de cuidar es propio de la naturaleza humana, la enfermería se apropia y asume el cuidado como esencia de su profesión. Desde su marco conceptual, la enfermería concibe al cuidar, como un acto de vida en el sentido que implica una serie de actitudes y actividades dirigidas a conservar y mantener la vida. Es un acto individual de quien da el cuidado y de reciprocidad con quien requiere ayuda, para asumir sus necesidades vitales a lo largo del proceso de desarrollo humano.

La función primordial de la enfermera consiste en mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la misma, pero que son diversas en sus manifestaciones. La valoración de los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales que llevaron a la persona a tal situación de alteración de su salud, es la esencia del cuidado, mismo que se puede otorgar por la enfermera profesional, de manera autónoma, en la medida en que está capacitada para tomar decisiones en su campo disciplinario y/o en forma interdependiente, porque la atención de la salud es tan amplia y tan compleja que requiere del trabajo interprofesional, tanto en el ámbito hospitalario como en la comunidad.

⁵³ .Secretaría de Educación Pública (MX). Dirección General de Profesiones. Comisión Técnica Consultiva de Enfermería, 9. México(MX): 2001.

También podemos hablar del holismo en enfermería, este hace alusión al carácter global e integrador del cuidado que se otorga a la persona, la cual también posee en su esencia su propio individualismo.⁵⁴

Los significados más comunes del término cuidar le dan tres sentidos: atención o interés, responsabilidad o cubrir necesidades y consideración o afecto. Madeleine Leininger clasifica el cuidado en tres categorías: Profesional, científico y humano. El primero encarna las metas cognoscitivas intencionadas, los procedimientos y los actos de los profesionales; expresa actitudes e intereses hacia los demás con fines de ayuda para encontrar las necesidades obvias o previstas, buscar el bienestar y aliviar los trastornos. El cuidado profesional se identifica con la prestación de ayuda a los demás mediante actos basados en el conocimiento ensayado y verificado.

El cuidado humano está caracterizado por el acto caritativo, intuitivo o cognoscitivo de ayuda. Se basa en acciones derivadas de los sentimientos y en actos empíricos, filosóficos, fenomenológicos, objetivos y subjetivos de asistencia a otros.⁵⁵

El cuidado de enfermería el ser humano adquiere mayor importancia que la enfermedad. Se trascienden las técnicas y procedimientos, los cuales constituyen sólo parte y medio para lograr la atención integral. Desde el sentido ontológico, el cuidado es una manera de ser, mirar, pensar, compartir y participar con el otro; es describir la experiencia que permite al mismo tiempo el conocimiento propio. Cuidar es una función social y cultural, una ciencia social y humana que demanda preparación, conocimientos y experiencia. Para el cuidado de la persona el profesional de enfermería asume los papeles de proveedor de cuidados, educador para la salud e investigador.

⁵⁴ Colliere FM. Promover la vida. Madrid (ES): Mc.Graw Hill;1993.

⁵⁵ Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria. Madrid (ES): Laertes; 1998.

6.4.1.-La enfermería geronto-geriátrica

Cabe señalar que la enfermería se puede aplicar a toda clase de personas como ya se había mencionado antes esta profesión se aplica también durante toda la vida y no es la excepción que en este cambio social que estamos viviendo hoy en día tengamos la especialidad en enfermería geriátrica.

La enfermería geronto-geriátrica contribuye a los cuidados de salud de la población fundamentalmente para conseguir que la última etapa de la vida sea vivida de forma óptima, asegurando la satisfacción de las necesidades y el máximo nivel de independencia posible de las personas que envejecen. Y cuando la muerte es ya un proceso inevitable, acompañarlos a una muerte digna.

En general, los términos enfermería gerontológica y enfermería geriátrica se utilizan para designar la especialización profesional en los cuidados dirigidos a las personas ancianas.

Entonces tenemos que la geriatría es una especialidad médica, la gerontología puede considerarse una especialidad pluridisciplinar que, en virtud de la especificidad de cada disciplina, pretende integrar los conocimientos sobre los diferentes factores que inciden en el proceso de envejecimiento humano para aumentar la comprensión de la persona que envejece y mejorar sus condiciones de vida.

La enseñanza de la enfermería geriátrica trata del conocimiento de los cambios que se producen en el individuo con la edad, desde aspectos biofísicos y funcionales, así como también socio-económicos que tiene este grupo de población una significación de suma importancia y trascendencia, trata igualmente de los cuidados que deben dispensarse a los ancianos sanos y enfermos.

La enfermera geriátrica y gerontológica ofrece una visión de la panorámica actual en relación a los adultos mayores desde la individualidad del ser anciano y los fenómenos del envejecimiento poblacional, las enfermeras que optan por

desarrollar su actividad de cuidados con la población adulta mayor tienen la responsabilidad de adquirir una formación continua q adaptada a los últimos avances técnicos, en la asistencia clínica y en la promoción de salud así como también en el trata y manejo del adulto mayor.

También es importante tratar la promoción de salud que se le debe dar a estas personas la gran mayoría de ellos están enfermos, debido a que no se trabaja en ella, la promoción de salud tiene como sus herramientas la comunicación y la educación que están dirigidas a difundir y fomentar los estilos de vida, los cuales se expresan en comportamientos individuales que tienen como base la cultura y lo económico.

Es importante destacar la importancia de los procesos de construcción social de la salud y la necesidad de la participación social en alcanzar los objetivos propuestos y específicamente, para el logro de cambios de conductas y de condiciones necesarias en el camino hacia una mejor calidad de vida.

Entonces podemos decir que la promoción de salud “Es el proceso que propicia a los pueblos los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su salud y poder mejorarla.”⁵⁶

Se basa en 5 líneas de acción:

- Elaboración de públicos favorables a la salud.
- Refuerzo de la participación y acción comunitaria.
- Desarrollo de las habilidades personales y estilos de vida saludables.

⁵⁶Enfermería Geriátrica de México, disponible enfermeriaymas.com/país_méxico_portaf_enfermeria+geriátrica

- Creación de ambiente y de entornos saludables.
- Reorientar los servicios de salud hacia la promoción de salud.

6.4.2.- Gestión del Cuidado Enfermero en los Adultos Mayores con Demencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre la Salud Mundial en el año 2002 destacaba a las demencias y en especial a la enfermedad de Alzheimer como principal trastorno degenerativo del cerebro. La Enfermedad de Alzheimer se clasifica como un trastorno mental y de comportamiento de acuerdo con la CID-10, que se caracteriza por el deterioro cognitivo, como la memoria, el pensamiento, la comprensión, el cálculo, el lenguaje, la capacidad de aprender y el discernimiento.

Se destaca también la preocupación por una educación continua y apoyo psicológico a las familias y cuidadores. Cabe destacar que una de las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud es el desarrollo de la legislación orientada a la salud mental, incluida la Enfermedad de Alzheimer para consolidar y codificar sus principios fundamentales destinados a garantizar la dignidad de los pacientes con esta enfermedad.

La gestión del cuidado en enfermería, incluye: la promoción, mantención y restauración de la salud; la prevención de enfermedades o lesiones; la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico; y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para la persona.

Los objetivos de la gestión del cuidado de los adultos mayores con demencia son múltiples: lo prioritario es optimizar la función del adulto mayor; identificar y tratar las complicaciones, secundarias, por ejemplo, al uso de fármacos antihipertensivos, que en muchas ocasiones afectan al sistema nervioso central; mantener la autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD); e influir en la calidad de vida de los adultos mayores y sus cuidadores. La gestión del cuidado

de enfermería en personas con demencia se puede resumir en tres estrategias, que abarcan las diferentes acciones de la gestión del cuidado que debe desarrollar el equipo de enfermería. Estas son, la terapia farmacológica, el manejo ambiental y la rehabilitación y mantención de las funciones remanentes.

- Las *estrategias farmacológicas* de intervención se encuentran dentro de las acciones que corresponden a la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, y se enfocan principalmente en: tratamiento sintomático de los trastornos de memoria; tratamiento modificador de la enfermedad; y tratamiento de las alteraciones conductuales que presenta el adulto mayor con demencia, que suelen generar gran estrés, tanto en el paciente como en la familia o sus cuidadores informales.
- El *manejo ambiental* se define como el tratamiento integral, activo, directivo, estructurado, eficaz y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar los cambios producidos por las patologías psicogerítricas. Esta intervención debe ser realizada por un equipo multidisciplinario entrenado y con la participación de la familia y/o cuidadores. El manejo ambiental significa un gran desafío para los equipos de enfermería, debido a la amplia gama de acciones que se pueden desprender de esta estrategia y considerando que éstas aún son escasas en nuestro país. Los objetivos del manejo ambiental son: *mantener la capacidad funcional*: se refiere a la capacidad para realizar las Actividades de la Vida Diaria; *potenciar la capacidad de autonomía*: en relación a la toma de decisiones; *simplificar el entorno*: los adultos mayores que están en instituciones suelen aumentar su deterioro cognitivo, porque desconocen el entorno; esto se puede evitar creando un ambiente simple y amigable, que incluya elementos del entorno familiar previo; *reducir las consecuencias de la enfermedad*; *disminuir el estrés del cuidador*: la sobrecarga del cuidador es frecuente, y si el cuidador se siente deprimido o agotado, lo más probable es que no logre brindar una buena

calidad de atención; por lo tanto, es fundamental capacitar al cuidador primario y ayudarlo a redistribuir su tiempo; y *aportar herramientas* a la familia y/o al cuidador para la adecuada asistencia del adulto mayor: por ejemplo, enseñarles técnicas y ejercicios para favorecer la rehabilitación o activación cognitiva.

- Rehabilitación y mantención de las funciones remanentes, se entiende por rehabilitación un proceso que tiende a obtener la máxima funcionalidad en las áreas física, emocional, social y vocacional; ningún integrante del equipo de rehabilitación es el único responsable de esto, ya que es difícil trabajar en forma aislada con pacientes con demencia. Esto plantea un doble reto: la oportunidad de aprovechar al máximo unos años más y la necesidad de hacer frente a la incapacidad que surge en los últimos años de vida.

Los objetivos de la rehabilitación del adulto mayor son: mantener la atención; mantener la movilidad e independencia; mantener la comunicación; crear automatismos y lograr la integración a su medio, aunque muchas veces en el paciente geriátrico con demencia es más adecuado referirse a *activación* que a *rehabilitación*. Todas estas fases están regidas por el principio de conservación, es decir, mantener el mayor tiempo posible aquella función que el paciente todavía es capaz de hacer. La mantención de las funciones remanentes, o estimulación cognitiva, se realiza mediante el entrenamiento cognitivo, empleando las memorias preservadas. Esta forma de trabajar es complementaria al enfrentamiento farmacológico de las demencias; el término más usado es el de *terapias no farmacológicas* o *terapias blandas*, con el que se designa a un “conjunto de estrategias terapéuticas con fines rehabilitadores de la capacidad cognitiva y modificadores de la conducta, dirigidas a los aspectos biopsicosociales de la persona con enfermedad de Alzheimer u otra demencia afín”.⁵⁷

⁵⁷ Quiroga, P. & Rodhe, G. (2002). Psicogeriatría, Santiago. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

7.- METODOLOGÍA

Estudio Descriptivo, transversal.

Muestra: 36 adultos mayores con demencia, 19 adultos mayores que asistían a la “Fundación Alzheimer, alguien con quien contar” y 17 adultos mayores que asistían a la “Asociación Alzheimer México IAP”, durante el periodo de Octubre 2010 a Junio de 2011.

Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

- Criterios de inclusión: los adultos mayores de 65 años o más, con cualquier tipo de demencia y sus familiares que asistan a la “Fundación Alzheimer, Alguien con quien contar” y en la “Asociación Alzheimer México IAP” que acepten participar en el proyecto.
- Criterios de exclusión: los que no sean adultos mayores de 65 años, que no quieran participar en el proyecto, que no tengan demencia, que no se encuentren inscritos en la “Fundación Alzheimer, Alguien con quien contar” y en la “Asociación Alzheimer México IAP”.
- Criterios de eliminación: los que no completen los instrumentos, los que abandonen el proyecto (mueran).

Lugar: “Fundación Alzheimer, Alguien con quien contar.” y “Asociación Alzheimer México IAP” duración de la investigación 8 meses, de Octubre del 2010 a Junio del 2011.

Métodos y Herramientas:

Se hizo una valoración del estado nutricional a 19 adultos mayores que se encontraban en la “Fundación Alzheimer, Alguien con quien contar” y a 17 adultos mayores que asistían a la “Asociación Alzheimer, México IAP”, después se hizo una intervención de enfermería en la cual se dio a conocer una guía alimentaria a los familiares de los adultos mayores con demencia en los centros de

día antes mencionados en donde se explico la importancia de la alimentación en este tipo de personas, además como poder apoyarlos en cuanto a su alimentación y algunas técnicas tanto para preparar los alimentos como las propiedades de cada alimento y para que sirven.

Instrumentos

Se utilizó el instrumento de valoración MNA (Valoración Mínima Nutricional),propuesto y desarrollado por Vellas y Guigoz, pues es una herramienta simple para evaluar el estado nutricional en la que se recogen índices antropométricos, parámetros dietéticos, evaluación global y valoración subjetiva. Se valora con un máximo de puntuación de 30 punto, este se utiliza en un primer nivel de evaluación del estado nutricional del adulto mayor, permite identificar o reclasificar adultos mayores en riesgo nutricional que deben tener una intervención o en algunas ocasiones una evaluación bioquímica también.⁵⁸

El MNA se compone de mediciones sencillas y preguntas breves que pueden complementarse en 10 minutos, la versión original consta de 18 preguntas, divididas en cuatro áreas nutricionales:

- Mediciones antropométricas:Índice de masa corporal (IMC), circunferencia braquial, circunferencia de pantorrilla y pérdida de peso.
- Evaluación global: son 6 preguntas sobre estilos de vida, la medicación y el estado físico y mental.
- Valoración dietética 6 preguntas relacionadas con el números de comidas, ingesta de alimentos y de líquidos y la autonomía para comer.
- Evaluación subjetiva: preguntas sobre percepción de la salud y la nutrición.

⁵⁸Vellas y Guigoz (Facts Res Gerontol 1994;12suppl 2: 15-55).

La puntuación obtenida en el MNA es la siguiente:

- Estado Nutricional Satisfactorio = puntuación de 24 a 30.
- Riesgo de malnutrición = de 17 a 23.5 puntos.
- Malnutrición = < 17 puntos.

El valor predictivo positivo del MNA es de 80,3%, la sensibilidad del 98% y la especificidad del 25%.⁵⁹

Recolección de datos

El método para la recolección de datos fue la entrevista y la observación debido a que algunas de estas personas por su demencia ya no podían responder las preguntas directamente, también se realizó la valoración antropométrica la cual solo se puede hacer por el personal que está previamente capacitado, el peso y la talla se hicieron con una balanza que tenía un estadímetro, con un rango de kg. De 0 a 140 kg., el altímetro era plegable y medía hasta 192 centímetros, para medir el perímetro braquial y el perímetro de pantorrilla se utilizó una cinta métrica de 150 centímetros de longitud.

Mediciones antropométricas:

- Perímetro braquial, bíceps extendido perímetro máximo a nivel medio del brazo, en un punto medio entre el olécranon y el acromio (punto mesobraquial) con el codo extendido.⁶⁰ Procedimiento, se colocó a la persona sentada con el brazo doblado por el codo se tomaron como punto de referencia los puntos mesobraquiales y se midió en centímetros y después lo que midió se dividió a la mitad para después tomar la mitad del punto mesobraquial y ahí tomar la medida del perímetro braquial.

⁵⁹Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, Morley JE, Chumlea W, Salva A, Rubenstein LZ, Garry P. Overview of the MNA -Its history and challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10 (6): 456-63.

⁶⁰Software Borris 2002, Depoaction.

- Perímetro de pantorrilla, perímetro máximo localizado en la parte interna sobre los gemelos, en un plano perpendicular al eje longitudinal de la pierna,⁶¹ para hacer la medición, se colocó a la de pie arriba de un banco, después me coloqué detrás de la persona y coloqué la cinta alrededor de la pantorrilla, se hicieron tres mediciones en tres distintos lugares de la pantorrilla y el valor mayor se tomó en centímetros y milímetros, ese fue el perímetro de pantorrilla.
- Índice de Masa Corporal (IMC), se colocó a la persona arriba de la báscula sin zapatos y con lo mínimo de ropa se pesó en kg y se midió en centímetros después se utilizó la fórmula: peso en Kg. Entre la talla en metros al cuadrado

Intervención de Enfermería

Después de haber realizado la valoración, con base en los resultados que arrojó se dio a conocer la “Guía alimentaria para Adultos mayores con Demencia”, la cual les brinda un apoyo a los familiares y personal que laboraba en las instituciones (donde se realizó el estudio) de los adultos mayores con demencia en cuanto a la alimentación y las técnicas que deben utilizar para alimentarlos, siendo así la propuesta que se manejó para las instituciones y para el presente trabajo de investigación.

⁶¹Software Borris 2002, Depoación.

PROPUESTA

GUIA ALIMENTARIA PARA ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA

El adulto mayor tiende a consumir una menor cantidad de alimentos por múltiples razones: disminución de la fuerza de contracción de los músculos de masticación, reducción progresiva de piezas dentales, alteración de los umbrales del gusto y el olfato, cambios en la función motora del estómago que disminuyen los procesos de síntesis y secreción de diferentes sustancias, relajación de las paredes gástricas que provoca sensación de saciedad más temprana, disminución de los mecanismos de absorción y si sumamos alguna demencia son aun más vulnerables pues ellos ya no tienen la capacidad de auto cuidado y por lo tanto su alimentación es deficiente.

Por eso es importante poner énfasis en su alimentación pues podemos prevenirles de otras enfermedades y por consiguiente les estaremos brindando una mejor calidad de vida.

Esta Guía está dirigida a los cuidadores de estas personas y les ayudara a que aprendan como debe ser la alimentación de los adultos mayores con demencia, que tipos de alimentos deben consumir y que problemas tiene este grupo de personas para poder alimentarse.

Que es la Demencia

Demencia es un grupo de padecimientos que involucra problemas de memoria, comportamiento, aprendizaje y problemas de comunicación. En general, la mayoría de las demencias se presentan en personas mayores de 60 años y su riesgo se incrementa a medida que ocurre el envejecimiento. El Alzheimer es un tipo de Demencia

Signos de la Demencia que alteran el comportamiento alimentario

- Perdida de la memoria, decremento en la capacidad de aprender y decremento de la atención, no recordar si han comido.
- Perdida de la capacidad de pensamiento, juicio y toma de decisiones, que coman cualquier cosa o hasta incluso cosas no comestibles.
- Perdida de la habilidad para recordar palabras o frases apropiadas, dificultad para articular palabras (afasia).
- Dificultad para reconocer objetos con la vista y el tacto (agnosia).
- Desorientación.
- Perdida de la coordinación física (apraxia): incapacidad para ejecutar actos motores como llevarse la cuchara a la boca etc.
- Cambios de personalidad.
- Cambios en el estado de ánimo.
- Perdida de la iniciativa.
- Anorexia, por falta o disminución del sentido del olfato o del gusto.
- Efecto adverso de la medicación: boca seca, somnolencia.

Necesidades Calóricas para Adultos Mayores.

Las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) establecen un aporte calórico en función de la actividad física que puede variar entre:

- Hombre de 65 años de constitución media 1900-2100kcal/día.
- Mujer 65 años de constitución media 1500 - 1700kcal/ día.

Una alimentación óptima obtiene el total del aporte energético de la siguiente forma : 50% Hidratos de Carbono 30-35% Grasas 15% Proteínas

Como debe ser la Dieta Correcta.

Que es la dieta: conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día, y constituye la unidad de la alimentación.

La Dieta correcta: es la que cumple con las siguientes características:

- Completa.- Que contenga todos los nutrimentos. Se recomienda incluir en cada comida alimentos de los tres grupos.
- Equilibrada.- Que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí.
- Inocua.- Que su consumo habitual no implique riesgos para la salud porque está exenta de microorganismos y contaminantes, que se consuma con moderación.
- Suficiente.- que cubra las necesidades de todos los nutrimentos, de tal manera que el sujeto adulto tenga una buena nutrición y un saludable peso.
- Variada.- que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas.
- Adecuada.- que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características

PLATO DEL BIEN COMER



Grupos de Alimentos. Para fines de Orientación Alimentaria se identifican tres grupos.

Verduras y Frutas nos aportan vitaminas y minerales. Ejemplo de verduras: acelgas, verdolagas, quelites, espinacas, flor de calabaza, nopales, brócoli, coliflor, calabaza, chayote, chícharo, tomate, jitomate, hongos, betabel, chile poblano, zanahoria, aguacate, pepino, lechuga entre otras.

Ejemplo de frutas: guayaba, papaya, melón, toronja, lima, naranja, mandarina, plátano, zapote, ciruela, pera, manzana, fresa, chicozapote, mango, mamey, chabacano, uvas, entre otras.

Cereales y tubérculos nos aportan vitaminas y minerales. Ejemplo de cereales: maíz, trigo, avena, centeno, cebada, amaranto, arroz y sus productos derivados como: tortillas y productos de nixtamal, cereales industrializados, pan y panes integrales, galletas y pastas.

Ejemplo de tubérculos: papa, camote y yuca.

Leguminosas y alimentos de origen animal nos aportan minerales y proteínas. Ejemplo de leguminosas: frijol, haba, lenteja, garbanzo, arveja, alubia y soya.

Ejemplo de alimentos de origen animal: leche, queso, yogurt, huevo, pescado, mariscos, pollo, carnes rojas y vísceras.

Vitaminas y Minerales que son de gran importancia para los adultos mayores con Demencia

- Vitamina E: funciona como antioxidante y evita el estrés oxidativo que se produce en las membranas de las células nerviosas de personas con Alzheimer.
- La vitamina B12: que participa en el funcionamiento de las células nerviosas.
- El ácido fólico, que participa en la formación y maduración de los glóbulos rojos y blancos (los glóbulos rojos llevan el oxígeno a las células nerviosas y un déficit en esta vitamina daría como resultado más muerte neuronal)
- Selenio que actúa como antioxidante.

Si bien no podemos curar esta enfermedad, pero si podemos retrasar los signos que provocan que el adulto mayor no tenga una buena calidad de vida.

Trastornos en la alimentación y nutrición.

- Pérdida de la independencia para alimentarse (que suele estar asociada con el aumento de la mortalidad).
- Dificultades para alimentarse (por alteraciones en la memoria, incapacidad emocional, ideas delirantes).
- En fases tardías de la enfermedad Alzheimer el paciente puede tener problemas para reconocer los alimentos, la situación de los cubiertos dificultades para masticar, tragar (disfagia).
- Dificultades para comunicarse (lo cual harán necesaria una mayor sensibilidad por parte de los cuidadores para poder interpretar sus necesidades alimentarias, si es que esta caliente o fría la comida, o si tiene la cantidad suficiente de sal o no).
- Disminución de la producción salival en la glándula submandibular con complicaciones orales.
- Medicación que disminuye la producción salival.
- Trastornos en las percepciones olfativa y gustativa (la disminución en el sentido del gusto y del olfato influyen negativamente en el apetito).
- Deficiencias alimentarias en general (más frecuente en pacientes institucionalizados).
- Deficiencia de tiamina con impacto en la función cognitiva.
- Pérdida de peso producida por hiperactividad o por infecciones recurrentes.
- Falta o pérdida total de piezas dentarias, mala higiene bucal, placas dentarias mal ajustadas.
- Algunos pacientes pueden negarse a abrir la boca, mientras que otros pueden convertirse en comedores compulsivos o tratar de ingerir objetos incomedibles.

Si nosotros identificamos bien los problemas que tienen estas personas para poder alimentarse tendremos herramientas necesarias para poder apoyarlos y prevenir otras enfermedades.

PROBLEMAS Y SOLUCIONES A LA HORA DE COMER

- Trastornos del apetito: Apetito insaciable, exceso de alimentación: Hacer 5 o 6 pequeñas comidas al día, utilizar alimentos de bajo contenido calórico, distraer al paciente con otras actividades como paseo, juegos ejercicio. Anorexia Suministrar un vaso de jugo o vino para estimular el apetito, ofrecer helados, aumentar el ejercicio, ofrecer comida casera y familiar.
- Trastornos de la comprensión: Alteración de los patrones del sueño confundiendo los tiempos de la comida.
- Ofrecer la comida en tiempos concretos, y de horario fijo todos los días. Olvido que ha comido dar pequeñas cantidades de alimento entre las comidas como frutas de temporada. Estimular verbalmente y demostrar cómo hacer los movimientos de la boca.
- Problemas con la manipulación de la comida y cubiertos Incapacidad para iniciar la comida. Utilizar taza mejor que platos, utilizar vajillas de plástico, dar comida que se ingiera con las manos, estimular verbalmente, alabar su actuación, ofrecer una pequeña cantidad de alimento en la boca, poner el cubierto en sus manos. Instruir verbalmente paso a paso.
- Dificultades bucales: Boca seca, problemas dentales, problemas de masticación humedecer la comida con salsas. Efectuar ligera presión en labios o mejillas. Estimular verbalmente (ordenar “traga”), hacer demostraciones de masticación, ofrecer pequeñas cantidades de alimento, una a una.
- Dificultades conductuales: Agitación que impide sentarse el tiempo suficiente para comer. Ofrecer alimento a menudo y en pequeñas cantidades, valorar las causas de la agitación y posible medicación. Sentimiento de ser obligado a ir deprisa. Dar el tiempo necesario, esperar un momento y luego continuar. Ideas delirantes de ser envenenado Tranquilizar, estudio psiquiátrico para determinar la causa del delirio.
- Esconder la comida por miedo o confusión. Vigilar las ocultaciones.
- Depresión con pérdida del apetito Suministrar tratamiento médico.
- Dificultades del entorno: distracción por ruidos comer en un lugar tranquilo, sin distracción. Intentar poner música suave de fondo. Guisar con especias apetitosas.
- Dificultades de deglución: Dificultades para tragar. Recordarle que trague cada bocado golpear ligeramente la garganta controlar la boca para ver si la comida ha sido deglutida, no dar alimentos que sean difíciles de tragar, ofrecer pequeñas cantidades, humedecer los alimentos.
- Atragantarse con líquidos Ofrecer líquidos espesos.
- Atragantarse con sólidos Suministrar alimentos cocinados blandos (huevos revueltos, conserva de frutas, gelatina, puré de papas, flanes).

Tabla de Alimentos y Nutrientes contenidos en ellos.

	Alim. De Origen Animal.	Alim. De Origen Vegetal	Leguminosas.	Cereales.
Hierro	hígado, moronga, carne de res seca, carnes rojas, huevo, mariscos.	chiles secos, calabacita, acelgas, espinacas, verdolagas, huauzontles, quelites, tomatillo, chile poblano, hongos, coliflor	frijol, lenteja, habas, garbanzos secos, alverjón, soya. Otros: frutos secos, cacahuates, nueces.	productos elaborados con harinas adicionadas.
Zinc	leche y derivados, carnes, huevo, mariscos (ostras).	germen de trigo	Alubias	levadura de cerveza, cacahuete, semillas de girasol, semillas de calabaza, nuez, almendras.
Vitamina C		Verduras (principalmente crudas): chile poblano, chile, coliflor, pimienta roja, brócoli, miltomate (tomate verde o tomatillo), chile seco, habas verdes, tomatillo, huauzontle. Frutas: guayaba, nanche, kiwi, zapote negro, mango, limón, mandarina, papaya, fresa, toronja, naranja, tejocote, melón.		Cereales fortificados con vitaminas y minerales.
Carotenos.		Chiles secos, zanahorias, quelites, jitomate, acelga, tomatillo, espinaca, berros, romeritos, verdolagas, nopales, huauzontles, calabaza amarilla, aguacate. Frutas.- tejocote, mango,		

		chabacano, melón, mandarina, plátano macho, ciruela, guayaba, plátano tabasco, mamey, higo, zarzamora, guanábana, papaya.		
Fibra dietética		brócoli, col, zanahoria, coliflor, elote, chícharos, espinacas, nopales, acelgas, huauzontles, verdolagas y berros. Frutas (de preferencia crudas y con cáscara): chabacano, plátano, moras, dátiles, higos, guayaba, naranja y toronja en gajos, pera, manzana, mango y tamarindo.	frijol, lentejas, cacahuete, habas, alverjón, garbanzos, soya.	tortillas y otros productos elaborados con maíz nixtamalizado, cebada, salvado, harinas integrales, avena, pan y cereales integrales. Otros: orejones de chabacano o durazno, ciruela pasa, pasas, almendras y nueces.
Calcio	queso, leche, yogurt, acociles, sardinas charales			tortillas y productos elaborados con maíz nixtamalizado.
Acido fólico.	hígado y otras vísceras.	berro, espinaca, lechuga, espárrago, betabel, acelga, alcachofas, brócoli, coliflor, chícharo, poro, aguacate, col, elote. Frutas.- naranja, plátano.		productos elaborados con harinas adicionadas.
Vitamina A	.	Zanahorias, papaya, jitomate,		
Vitamina E		Aceites de origen vegetal, vegetales de hojas verdes como espinacas, acelgas, berros etc.	Frutos secos: nueces, almendras, etc.	Cereales adicionados
Vit. Del	Carnes			

complejo B.	rojas de preferencia carne magra			
Acidos grasos omega 3 y omega 6:		Aceite de oliva, canola, soya, cacahuete almendra, nueces, aguacate y aceituna, entre otros.		

HIDRATACIÓN

La ingesta de líquidos es muy importante en los adultos mayores debido a:

- Todas las reacciones químicas del organismo tienen lugar en un medio acuoso.
- Sirve como transporte de nutrientes y vehículos de para excretar productos de desecho.
- Lubrica y proporciona soporte estructural a tejidos y articulaciones.
- Sirve como termorregulador.
- Sirve para realizar una buena digestión en las personas con problemas de estreñimiento.

El aporte de agua diario es de 2 a 2.5 ml (no aplica a personas con retención de líquidos), esta cantidad puede ser aportada por jugo, caldos, vino, leche etc.

Entre un 50% y un 80% de nuestro peso corporal es agua.

RECOMENDACIONES PARA UN MEJOR APORTE DE AGUA

- Proporcionar agua durante la comida, pues así será más fácil que la consuma (de preferencia agua sin sabor).
- También hay que asociar la ingesta de líquidos con alguna actividad en el transcurso del día. (Una pequeña caminata, ejercicio, etc.)
- Darle muestras de cariño cuando se toma el agua (muy bien, que bonito, abrazos, etc.).

- Enseñar con el ejemplo en medida de lo posible.
- Favorecer la deglución en aquellas personas con posibles riesgos de atragantamiento, proporcionándoles gelatinas.

Si mantenemos bien hidratados a nuestros adultos mayores con demencia no tendrán problemas de fragilidad en su piel y podemos prevenir las úlceras por presión.

TEXTURA DE LOS ALIMENTOS

Se debe tener especial cuidado en la textura de los alimentos y aun más si nuestros adultos mayores tienen problemas para pasarlos, para masticarlos, si es que acaso tienen una prótesis dental, si no tienen dientes o si les hacen falta piezas dentales.

Dependiendo de todo esto los alimentos se prepararan:

- En forma de trozos, se corta la comida en pequeños trozos una vez preparada y se humedece con un poco de caldo de pollo o de jitomate.
- Triturado, la comida se pasa por la licuadora solo unos segundos, sin dejar que quede molida.
- Puré o papilla, la comida se licua completamente y después se pasa por un colador, ya que algunas verduras y legumbres dejan hilos.
- La carne la podemos ofrecer en forma de albóndigas o de croquetas así no les será tan difícil masticarla.

OJO la leche se puede agregar a las papillas para darle una mejor consistencia.

Técnicas Culinarias Aconsejadas

- Cocción al vapor.
- Cocido o escalfado.
- Cocción al horno.
- Cocción a la plancha.
- No debe usarse demasiada sal.
- Se deben cocinar estofados.
- Elegir preferentemente el aceite de oliva para cocinar y aderezar los alimentos, complementándolo con otros aceites de semillas.
- Usar hierbas aromáticas para preparar la comida para realzar los sabores.
- Combinar siempre un cereal con una legumbre así aprovechamos las propiedades de ambas.
- La dieta debe incluir diariamente: pan, arroz, pasta, ensaladas, hortalizas, legumbres, lácteos, frutas, carne, pescado y huevo.
- Hay que evitar el exceso de grasas de origen animal contenidas en la carne, huevos, mantequilla, repostería etc.
- Los alimentos tendrán una presentación agradable y vistosa.

Menús para preparar en casa

Dieta Normal.

Desayuno: Leche descremada, pan o cereal o galletas, un poco de queso y mermelada, agua.

Media mañana: fruta o jugo y agua.

Comida: Pasta, arroz o legumbres, carne con poca grasa o pescado blanco con guarnición de vegetales, fruta, yogurt con miel y granola, dos galletas marías, agua.

Merienda: sopa de pasta o de verduras, rebanada de jamón, pescado o queso, fruta y agua.

Al acostarse: leche caliente, galletas o pan.

Dieta de consistencia Blanda.

Desayuno: leche semidescremada, pan integral con queso.

Colación: puré de manzana o de pera o plátano rallado

Comida: sopa de pasta, pechuga a la plancha con papas al horno, fruta picada, agua.

Merienda: yogurt con granola y miel o fruta con requesón y miel o queso cotage, agua.

Cena: Ensalada de verduras al vapor en trocitos pequeños con trocitos de queso.

Dieta de consistencia semilíquida.

Desayuno: licuado de cualquier fruta con un poco de azúcar o endulzante tipo esplenda y leche semidescremada, agua.

Colación: puré de manzana o pera, agua.

Comida: crema de calabaza o de chayote o de zanahoria, papilla de pollo a la cacerola (con chícharo, zanahoria y papa), papilla de manzana o papaya, agua.

Merienda: puré de legumbres.

Cena: yogurt con miel o vaso de leche semidescremada.

Bibliografía de la Guía Alimentaria

Basgal A. Adriana. Cuidados Nutricionales de Pacientes con Demencia tipo Alzheimer Institucionalizados, Curso de posgrado en Soporte Nutricional, Abril 2005 páginas 6-35

Floyd RA, Hensley K. Oxidative stress in brain aging. Implications for therapeutics of neurodegenerative diseases. *Neurobiol Aging* 2002;23:795-807.

Luchsinger J, Mayeux R. Dietary factors and Alzheimer's disease. *LancetNeurol* 2004;3:579-87.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación.

Ritchie K, Lovestone S. The dementias. *Lancet* 2002;360:1759-66.

Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento. Madrid: Organización de las Naciones Unidas, 2002.

United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World population ageing 1950-2050. New York: UN, 2002.

Zúñiga E, Vega D. Envejecimiento de la población de México, reto del siglo XXI. México: Consejo Nacional de Población, 2004.

Conceptos Operacionales

Adulto mayor: persona mayor a 65 años o más.

Alimentación: forma de proporcionar al cuerpo humano alimentos que contienen vitaminas, minerales, carbohidratos, grasas y proteínas.

Nutrición: conjunto de procesos en donde el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias químicas que contienen los alimentos.

Malnutrición: estado de enfermedad en una persona que puede ser reversible, en el cual existe un aporte insuficiente de nutrientes y una inadecuada forma de alimentarse.

Calidad de vida: es la forma que tiene una persona para cumplir sus expectativas con respecto a su salud, condiciones sociales, económicas, ambientales, de vivienda y de bienestar.

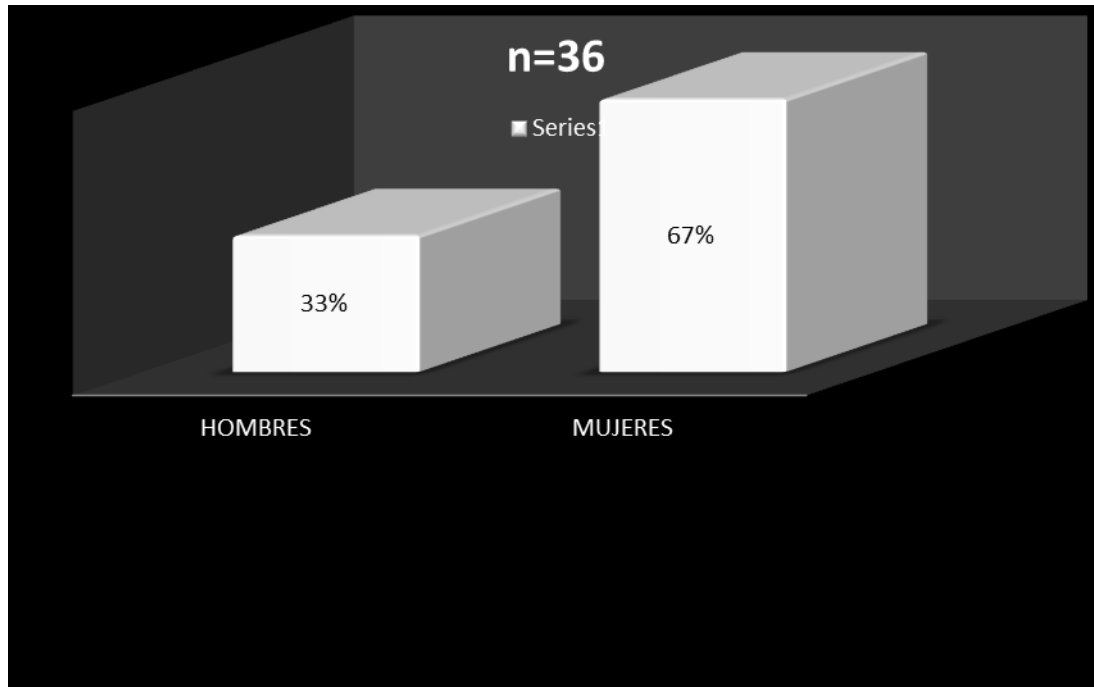
Bienestar: Estado de la persona que goza de buena salud física y mental, lo que le proporciona un sentimiento de satisfacción y tranquilidad.

Valoración nutricional: es aquella valoración que se hace a una persona para determinar el estado de nutrición que tiene, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales de un individuo y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar en cuanto a su estado nutricional

Índice de Masa Corporal (IMC): cálculo que se obtiene al dividir el peso corporal en Kg. Entre la estatura en metros cuadrados. El IMC en el adulto mayor es de 22 a 24, Malnutrido de 22 o menos, sobre peso de 25 a 29 y obesidad más de 30.

8.-RESULTADOS

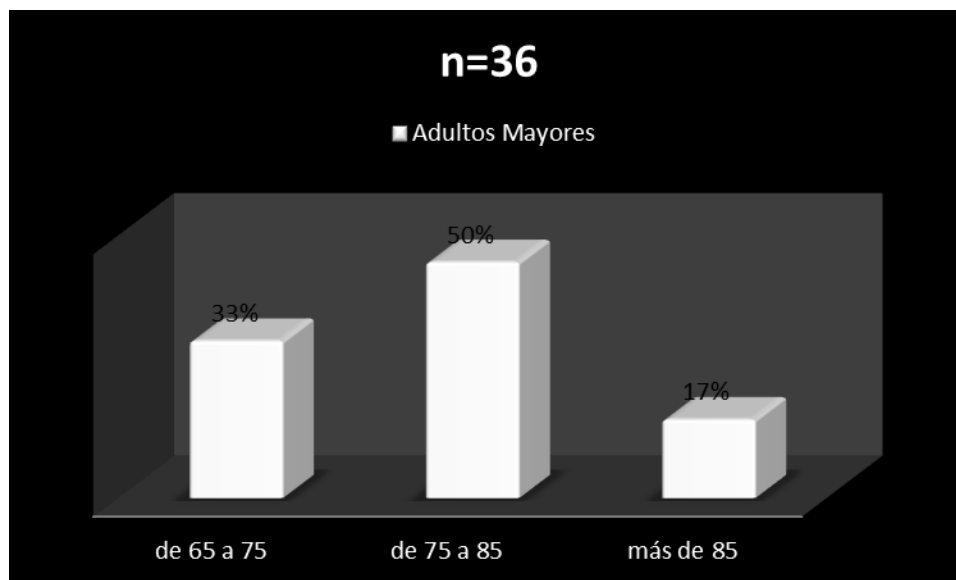
Gráfica 1
Género



Fuente: Evaluación realizada por en la “Fundación Alzheimer, Alguien con quien contar” y Asociación Alzheimer, IAP” en el periodo de Octubre 2010 a Junio 2011.

En esta gráfica podemos observar que el 67% de los adultos mayores a los que se les realizó la valoración eran mujeres.

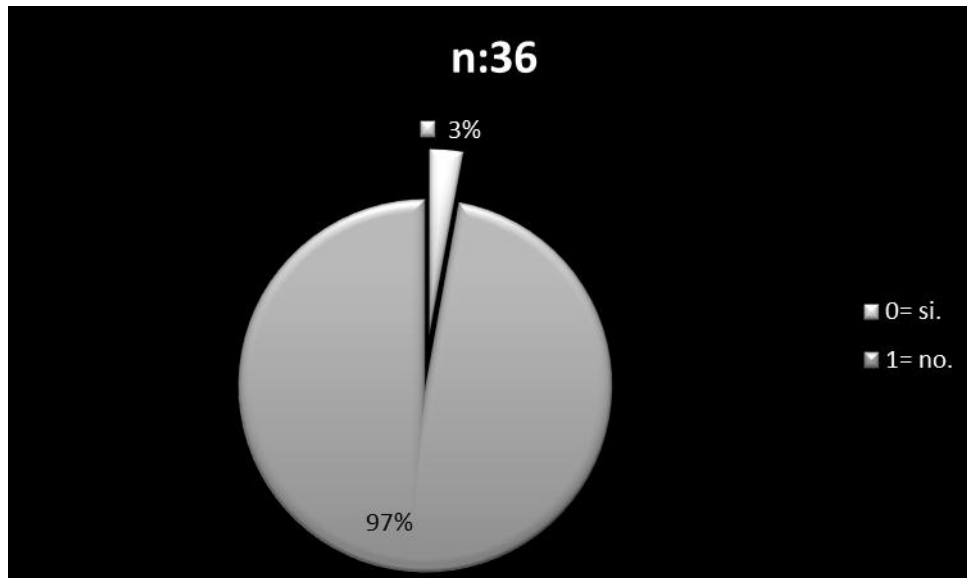
Gráfica 2
Edades



Fuente: Evaluación realizada por en la “Fundación Alzheimer, Alguien con quien contar” y Asociación Alzheimer, IAP” en el periodo de Octubre 2010 a Junio 2011.

En esta otra gráfica se observa que el 50% de los adultos mayores se encontraban en un rango de edad de 75 a 85 años.

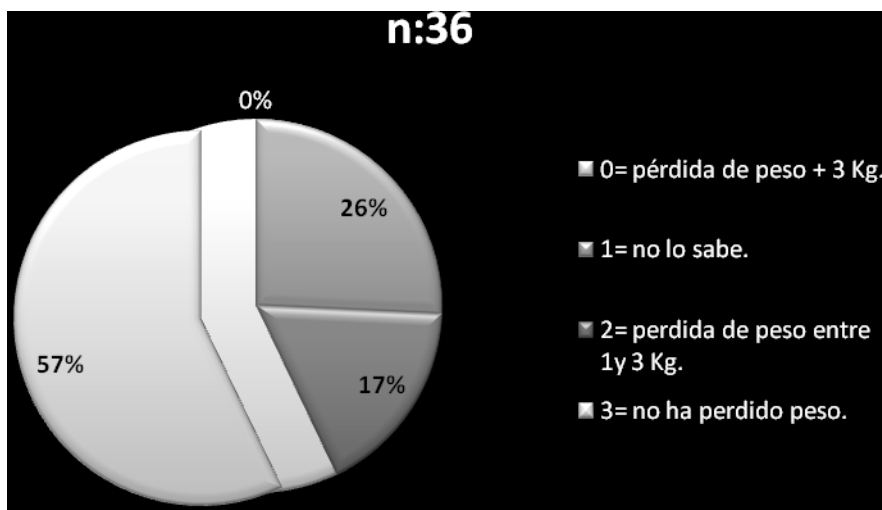
Gráfica 3
Pérdida del apetito en los últimos tres meses



Fuente: Evaluación realizada por en la “Fundación Alzheimer, Alguien con quien contar” y Asociación Alzheimer, IAP” en el periodo de Octubre 2010 a Junio 2011.

En esta gráfica podemos observar que el 94% de los adultos mayores que se encontraban en estas dos instituciones, no han perdido el apetito, es la mayoría.

Gráfica 4
Perdida de Peso en menos de tres meses



Fuente: Misma gráfica 1

En la siguiente gráfica se observa que sólo el 17 % de los adultos mayores han perdido peso.

Cuadro No. 1
Relación entre Pérdida de Peso y Edad

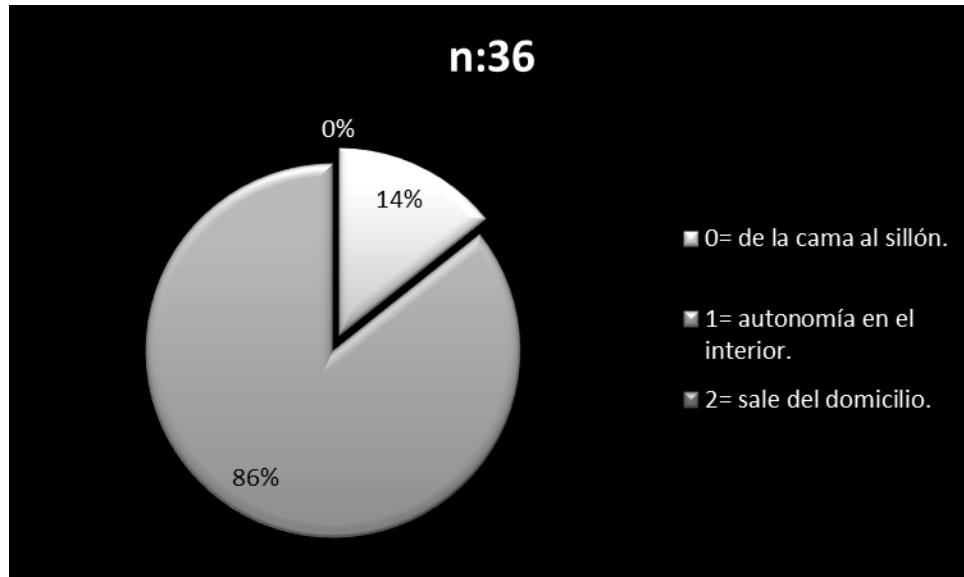
n=36

Pérdida de Peso	Edad			Resultado
	65 a 75	75 a 85	Más de 85	
Más de 3 Kg.				
Entre 1 y 3 Kg.	2	3	3	8
No ha perdido peso	5	6	9	20
No lo sabe	3	2	3	8
Total	10	11	15	36

Fuente: Evaluación realizada por en la “Fundación Alzheimer, Alguien con quien contar” y Asociación Alzheimer, IAP” en el periodo de Octubre 2010 a Junio 2011.

En el cuadro se muestra la relación que hay entre la pérdida de peso y la edad en rangos de 10 años y nos muestra que 20 personas en total no han perdido peso, se traduce al 57% de ellos.

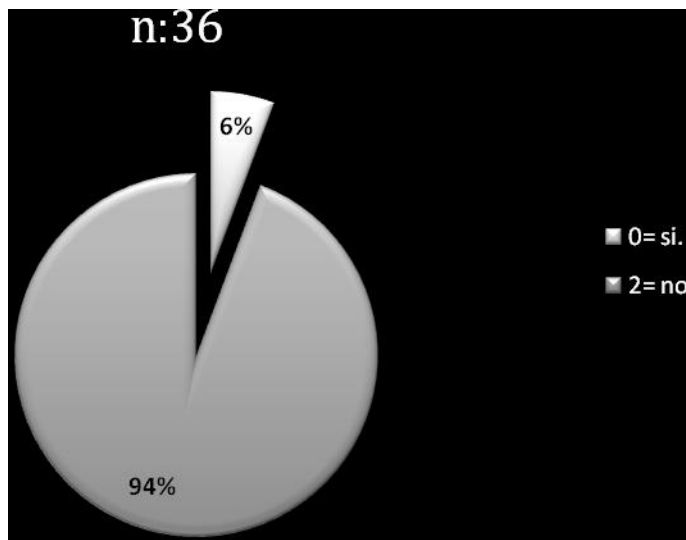
Gráfica 5
Movilidad en el Interior de su Hogar



Fuente: misma gráfica 1

En ésta grafica podemos observar que el 86% de los adultos mayores a los que se les realizó la evaluación pueden moverse al interior de su domicilio y en el centro de día también.

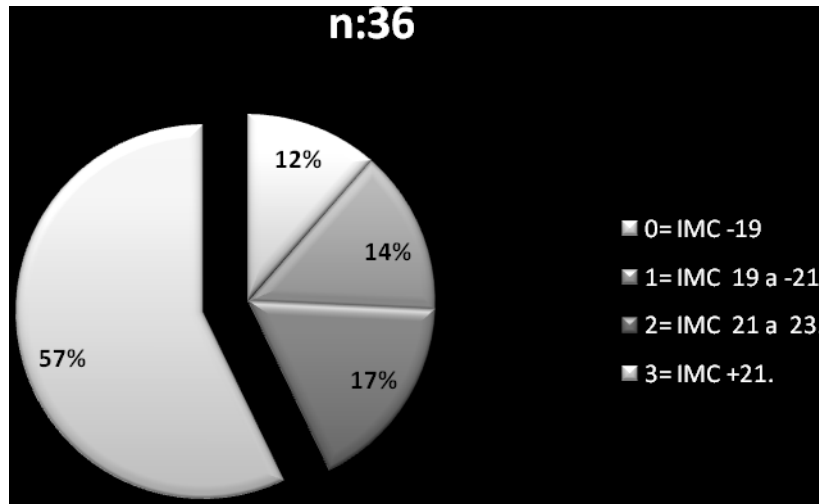
Gráfica 6
Enfermedad o situación de estrés psicológico



Fuente: misma gráfica 1.

Aquí se muestra que el 94% de los adultos mayores a las que se les realizó la evaluación no habían tenido ninguna enfermedad ni situación de estrés en los últimos tres meses.

Gráfica 7
Índice de Masa Corporal (IMC)



Fuente: misma gráfica 1.

En esta gráfica se observa que el 57% de los adultos mayores con a los que se les realizó la evaluación tuvieron un resultado de 3 puntos en la valoración porque tenían un IMC mayor de 23.

Cuadro No. 2
Relación entre IMC y Género

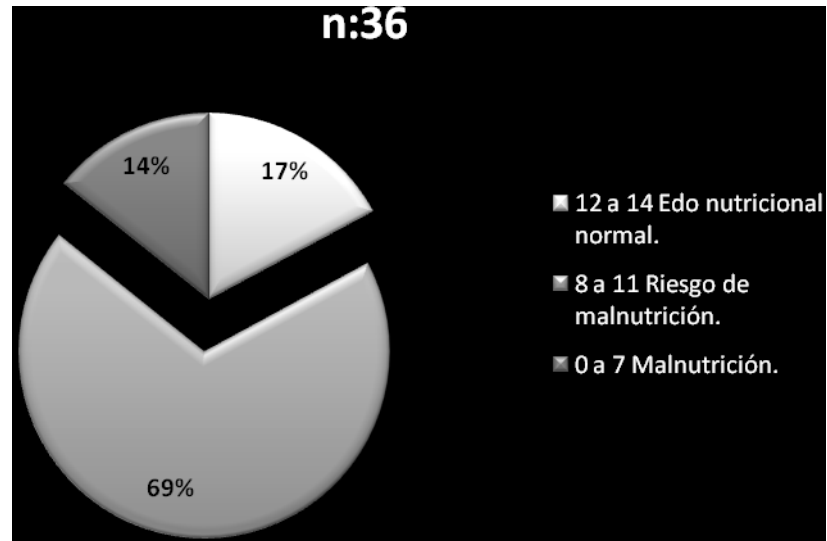
n=36

IMC	Hombres	Mujeres	Resultado
IMC – 19		4	4
IMC de 19 a -21		5	5
IMC de 21 a -23	2	4	6
IMC = o mayor a 23	10	11	21
Total	12	24	36

Fuente: misma cuadro 1

En este cuadro podemos observar la relación que existe entre el índice de Masa Corporal (IMC) y el género en los adultos mayores arrojando un resultado de 21 mujeres con un IMC mayor a 23 esto se traduce a un 60% de ellos.

Gráfica 8
Evaluación del Crivaje

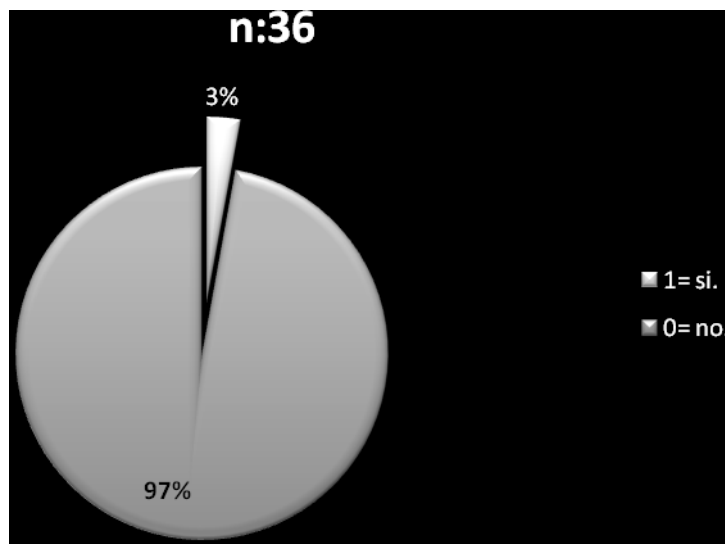


Fuente: misma gráfica 1.

En esta gráfica podemos observar que en la evaluación nos dio como resultado que el 69% de los adultos mayores con demencia a los que se les realizó la valoración están en riesgo de malnutrición.

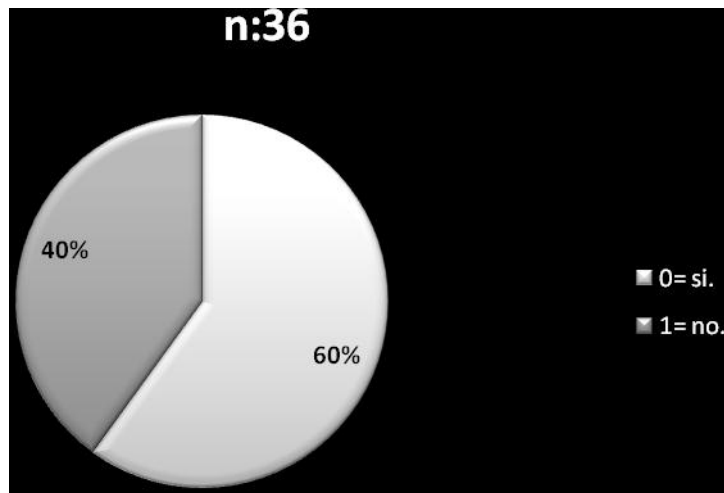
Gráfica 9

Vive Independiente en su domicilio



Fuente: misma gráfica 1.

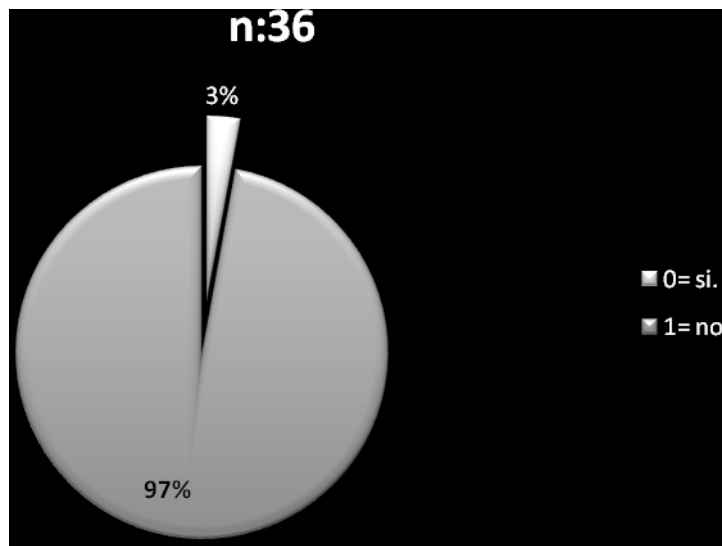
En esta gráfica se observa que solo el 3% de los adultos mayores viven independientes en su domicilio.

Gráfica 10**Polifarmacia en el adulto mayor**

Fuente: misma gráfica 1.

En esta grafica se observa que el 60% de los adultos mayores toman más de 3 medicamentos al día.

Gráfica 11
Ulceras o lesiones cutaneas



Fuente: misma gráfica 1.

En la siguiente gráfica se muestra que solo el 3% de los adultos mayores con demencia tienen alguna úlcera por presión o lesión cutánea.

Cuadro No. 3
Relación entre movilidad y Úlceras por Presión

n=36

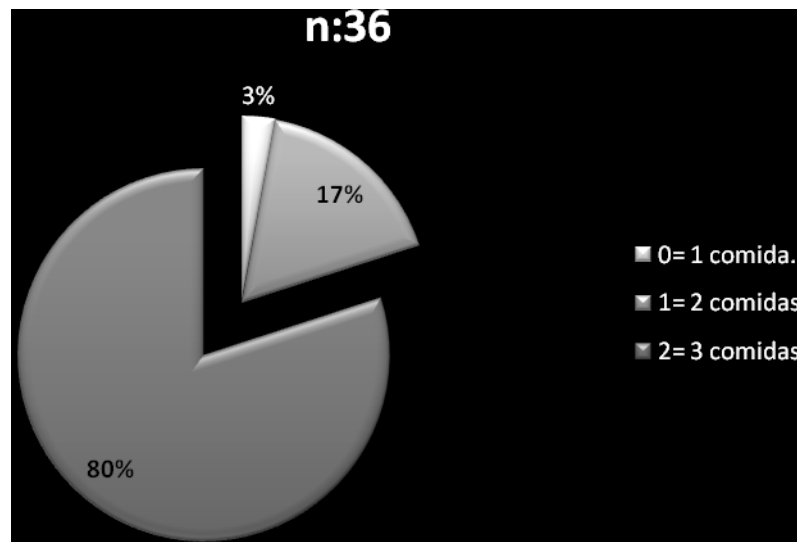
Movilidad	Úlceras por Presión	Si	No	Resultados
De la cama al sillón		2	3	5
Autonomía al Interior			31	31
Sale del domicilio				
Total		2	34	36

Fuente: misma cuadro 1

Descripción:

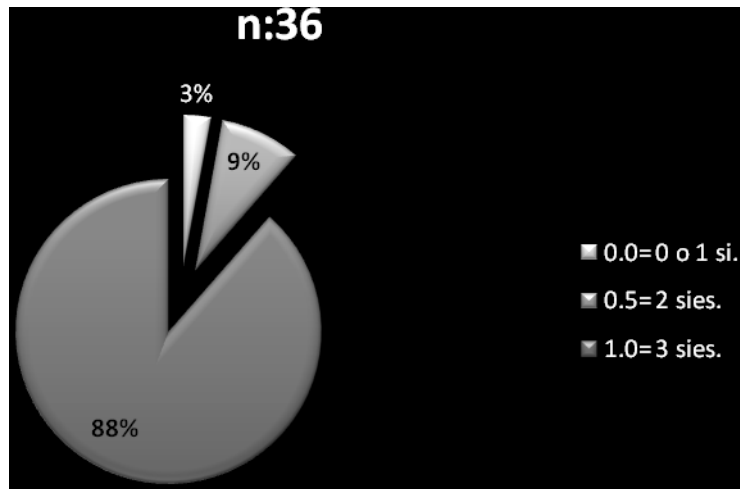
En este cuadro podemos observar la relación que hay entre la movilidad y las úlceras por presión, en donde nos dio como resultado 31 adultos mayores que no tenían úlceras por presión debido a que tenían autonomía en el interior de sus hogares.

Gráfica 12
Comidas completas que toman al día



Fuente: misma gráfica 1.

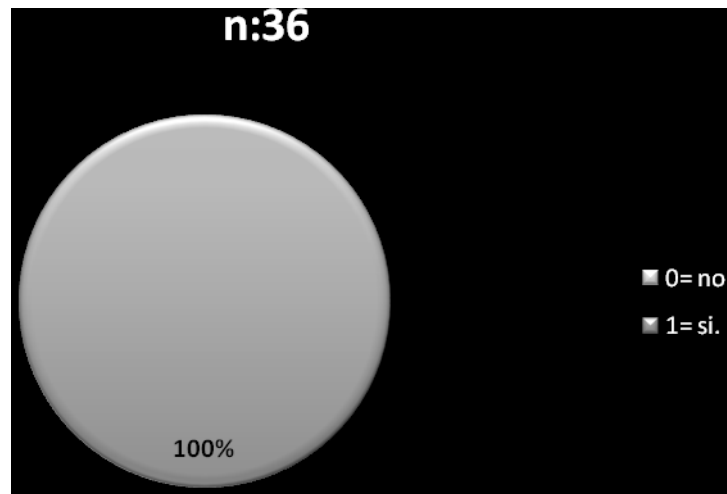
Lo que se observa en esta gráfica es que la mayoría de los adultos mayores con demencia a los que se les realizó la valoración toman 3 comidas al día que es el 80% de todos.

Gráfica 13**Consumen lácteos diariamente y huevo o carne; veces por semana**

Fuente: misma gráfica 1.

En la siguiente grafica se muestra que los adultos mayores con los que se trabajo el 88% de ellos obtuvieron tres si es en el consumo de lácteos por lo menos una vez al día y por el consumo de carne o huevo 1 o 2 veces a la semana.

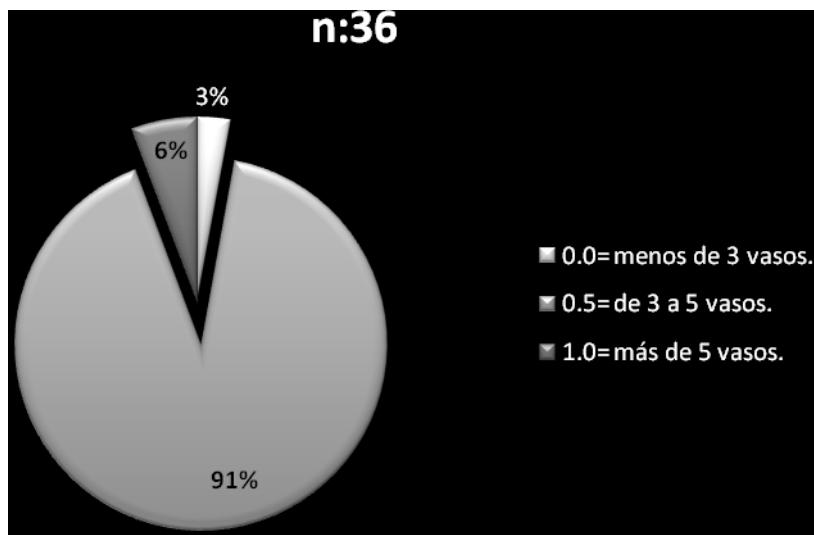
Gráfica 14
Consumen frutas y verduras de 2 a 3 veces al día



Fuente: misma gráfica 1.

Esta grafica es muy clara pues el 100% de los adultos mayores con demencia consumían frutas y verduras por lo menos dos veces al día.

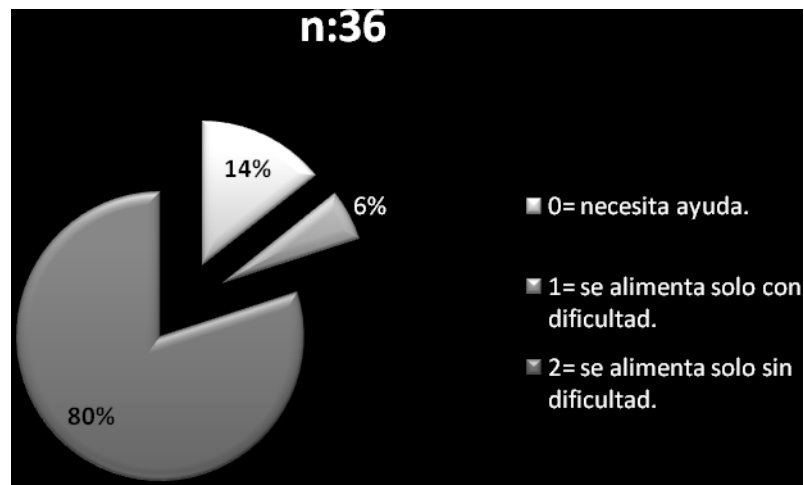
Gráfica 15
Vasos de agua que consumen al día



Fuente: misma gráfica 1.

En la grafica siguiente se observa que el 91% de los adultos mayores que participaron en el proyecto consumen de 3 a 5 vasos de agua al día.

Gráfica 16
Forma de alimentarse



Fuente: misma gráfica 1.

En la siguiente gráfica observamos que el 80% de los adultos mayores que participaron en el proyecto se alimentan solos sin dificultad.

Cuadro No. 4
Relación entre Comidas Completas y Formas de alimentarse

n=36

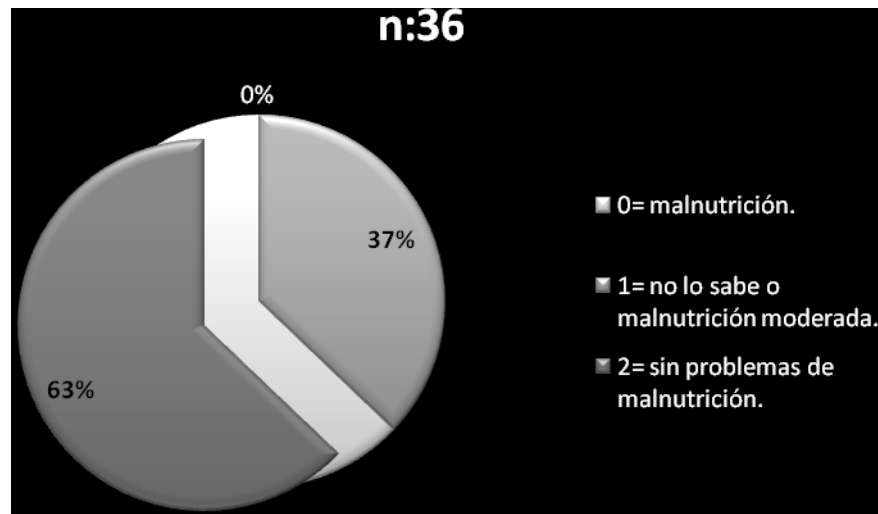
Comidas completas	Forma de alimentarse			Resultado
	Necesita ayuda	Se alimenta sólo con dificultad	Se alimenta sólo sin dificultad	
1 comida	1			1
2 comidas	2	1	6	9
3 comidas	2	1	23	26
TOTAL	5	2	29	36

Fuente: misma cuadro 1

Descripción:

En este cuadro se muestra la relación que hay entre las comidas completas que toman al día los adultos mayores y la forma de alimentarse, dando como resultado 23 adultos mayores que tomaban tres comidas completas al día y se alimentaban solas sin dificultad, se traduce a un 66% de ellos.

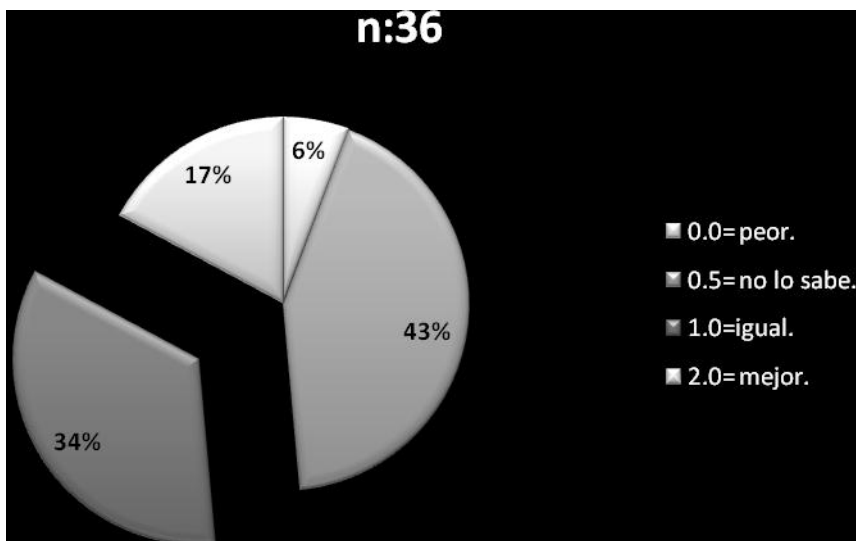
Gráfica 17
Como consideran su estado nutricional



Fuente: misma gráfica 1.

En la siguiente gráfica se puede demostrar que el 63% de los adultos mayores dicen que no tienen problemas de malnutrición cuando se les realizó la valoración.

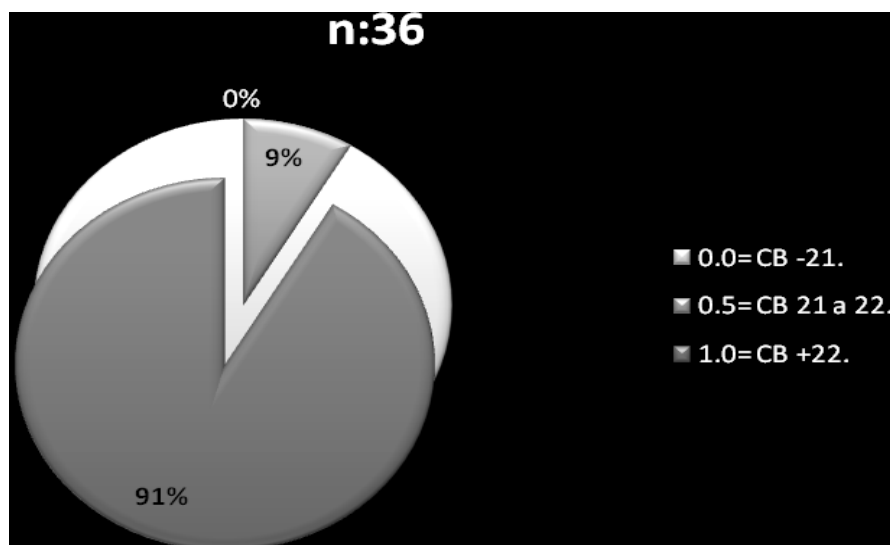
Gráfica 18
Como considera su estado de salud



Fuente: misma gráfica 1.

En esta grafica se observa que el 43% de los adultos mayores a los que se les realizó la valoración no sabe su situación actual de salud.

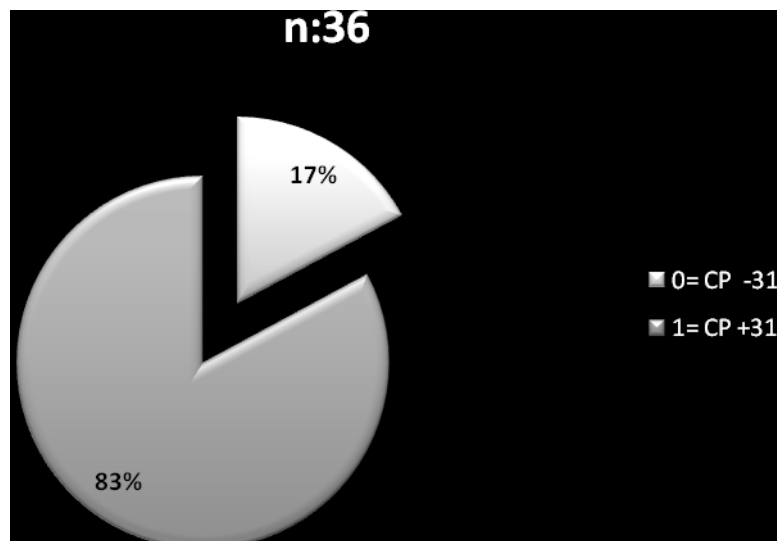
Gráfica 19
Circunferencia braquial (CB en centímetros)



Fuente: misma gráfica 1.

Esta grafica nos muestra que el 91% de los adultos mayores que participaron tenían una circunferencia braquial mayor de 22 cm.

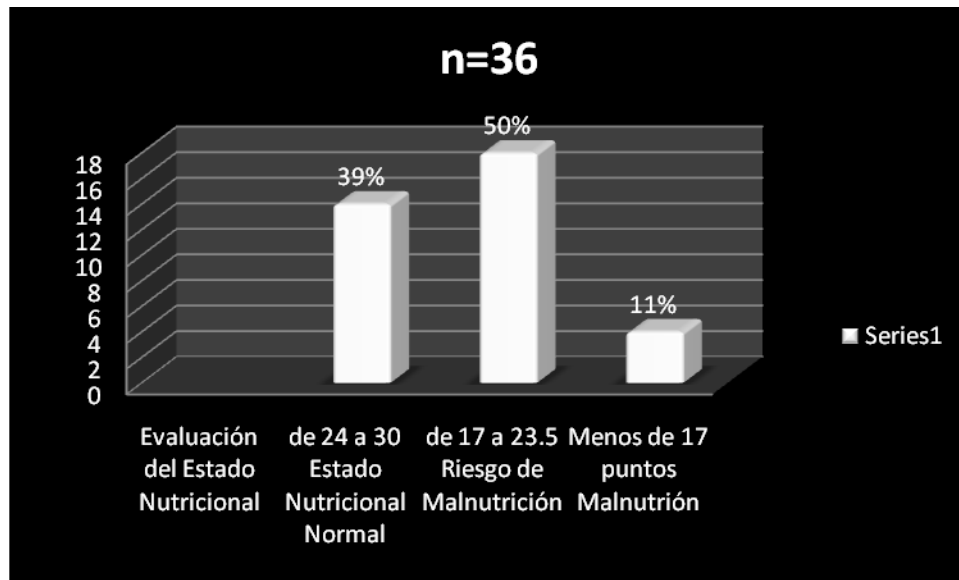
Gráfica 20
Circunferencia de pantorrilla (CP en centímetros)



Fuente: misma gráfica 1.

En esta grafica se muestra que el 83% de los adultos mayores tenían una circunferencia de pantorrilla mayor de 31 cm.

Gráfica 21
Evaluación del Estado Nutricional



Fuente: misma gráfica 1.

Esta grafica muestra el estado nutricional en el que se encuentran los adultos mayores aquí tenemos que el 50% de ellos se encuentran en un estado nutricional normal.

Resultados

Se pudo valorar a los 36 adultos mayores con demencia que cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados, de las instituciones “Fundación Alzheimer, alguien con quien contar” y “Asociación Alzheimer IAP”, utilizando el instrumento de valoración llamado MNA (Valoración Mínima Nutricional), en donde encontramos que el 67% de los adultos mayores a los que se les realizó la valoración eran mujeres y el 33% eran hombres, también se encontraban en un rango de edad de entre 65 y 85 años y se observó que el 50% de ellos se encontraban con riesgo de malnutrición.

En la gráfica No. 3 podemos observar que el 94% de los adultos mayores con demencia de las instituciones antes mencionadas no ha perdido el apetito, por lo tanto ha comido igual y sólo el 3% de ellos ha comido mucho menos.

Después se muestra el cuadro No. 1 en donde se muestra la relación entre la pérdida de peso y la edad, en donde encontramos que a los adultos mayores que se les realizó la valoración habían perdido peso entre 1 y 3 Kg. 8 personas de entre las edades de 65 y más de 85 años respectivamente, y 20 de esos adultos mayores no habían perdido peso y también 8 de ellos no lo sabían.

En el cuadro No. 2 se muestra la relación que hay entre el IMC y el género en el cuál encontramos que 11 o el 30% del total de las mujeres a las que se les realizó la valoración se encontraban con un IMC igual o mayor a 23, 4 o el 11% de ellas con un IMC entre los 21 y 23, 5 o el 14% de ellas entre 19 a menos 21 y 4 o el 11% tenían un IMC de menos de 19 dándonos como resultado un 66% para el total de las mujeres, en los hombres se encontraron que el 28% o 10 de ellos tenían un IMC igual o mayor a 23 y sólo el 6% o 2 de ellos tenían un IMC de 21 a menos 23 respectivamente.

En el cuadro No. 3 se muestra la relación que hay entre la movilidad y las úlceras por presión en los adultos mayores con demencia que participaron en la presente investigación, en donde encontramos que 31 de ellos o el 86% además de tener autonomía en el interior de su hogar no tenía ninguna ulcera por presión, y había 5 personas que es igual al 14% aunque tenían movilidad de la cama al sillón si había alguna úlcera o lesión cutánea.

En la gráfica No. 6 se observa que la primera parte de la evaluación o el cribaje se muestra que el 69% de todos los adultos mayores a los que se les realizó la evaluación obtuvieron un puntaje de 8 a 11 en donde se les da Riesgo de malnutrición, el 17% de ellos obtuvieron un puntaje de 12 a 14 obteniendo la clasificación de estado nutricional normal, y el 14% de ellos tuvieron el puntaje mínimo dándoles la categoría de malnutrición.

En el cuadro No. 4 tenemos la relación entre las comidas completas y la forma de alimentarse de los adultos mayores con demencia, donde se muestra que el 64% o 23 de ellos tomaban 3 comidas al día y se alimentaban solos sin dificultad, el 3% hace también 3 comidas al día y se alimenta solo con dificultad, y 5% de ellos necesita ayuda para alimentarse, el 17% tomaba 2 comidas al día y se alimentaba sin dificultad, mientras que el 3% de ellos lo hacía con dificultad con 2 comidas al día y el 5% también tomaba 2 comidas pero necesitaba ayuda para alimentarse y solo el 3% de todos tomaba una comida al día y necesitaba ayuda para alimentarse.

En la gráfica No. 11 se muestra el consumo de carne y huevo que los adultos mayores ingieren 1 o 2 veces a la semana y los lácteos si los consumen diariamente, en donde tenemos que el 88% de ellos si consumían 2 veces por semana carne y huevo y también lácteos diariamente y sólo el 3% de ellos no consumían lácteos diariamente ni carne y huevo 2 veces a la semana.

En la gráfica No. 12 se muestra que el 100% de los adultos mayores a los que se les realizó la valoración consumían frutas y verduras diariamente.

En la gráfica No. 21 muestra que el 50% de los adultos mayores con demencia a los que se les realizó la valoración obtuvieron de 17 a 23 puntos que dio como resultado riesgo de malnutrición y el 11% obtuvieron menos de 17 puntos encontrándose con malnutrición.

9. CONCLUSIONES

Se logró evaluar el estado nutricional de los adultos mayores con demencia en las instituciones antes mencionadas dándonos como resultado que un 52% de ellos se encontraban en un estado nutricional normal, el 37% de estos con un riesgo de malnutrición, y el 11% estaban con malnutrición, lo importante es que todavía encontramos riesgo de malnutrición en un porcentaje alto, y también existe malnutrición, es importante hacer más énfasis en la alimentación que reciben estos adultos mayores porque en ellos existe una pérdida de sus capacidades cognitivas y el cuidador primario, ya sea en casa o en la misma institución debe tener las herramientas para poder ayudarlo a obtener una correcta alimentación, por lo anterior se hizo la Guía Alimentaria para que las personas que se encuentran al cuidado de los adultos mayores con demencia

Se pudo demostrar que la Guía Alimentaria para adultos mayores con demencia que se dio a conocer en las instituciones antes mencionadas funcionó debido a que los familiares de estas personas no tenían los conocimientos suficientes acerca de la alimentación que debían brindarles a los adultos mayores, ahora lo que pude observar es que se debe poner más interés en la situación de la alimentación pues sigo insistiendo que la alimentación es la base de cualquier enfermedad y el mantenimiento de una mejor calidad de vida, entonces a los familiares y a las mismas instituciones se les proporcionó la Guía Alimentaria y se les explicó la importancia que tiene el estado nutricional en estas personas pues la malnutrición conlleva a más enfermedades que se pueden asociar a la demencia y por lo tanto brindarle una mala calidad de vida.

Como ya es bien sabido la demencia puede afectar la condición general de los adultos mayores, así como también su calidad de vida altera las actividades de la vida diaria pues existe una disminución en las capacidades cognitivas y motoras para poder tener una alimentación adecuada y que esto influya en el estado nutricional.

Recordemos que la evaluación del estado nutricional en los adultos mayores es muy importante pues de esto depende en gran medida la morbilidad y mortalidad en estas personas pues hay una gran repercusión con la calidad de vida que estamos brindándoles.

Es importante que nosotros como personal de enfermería tomemos en cuenta la valoración nutricional como un conjunto para este tipo de personas, pues muchas veces solo nos enfocamos en las áreas cognitivas de las personas y en tratar de reestablecerlas, siendo que la alimentación es una de las actividades más importantes de nuestra vida diaria, pues el acto de comer nos provoca bienestar a nuestro cuerpo.

La recomendación a las siguientes instituciones es que se enfatice en el estado nutricional de los adultos mayores que asisten, y que la valoración se haga completa pues solo se tomaba en cuenta el peso y la talla de estas personas, y otra es que se tiene que hablar con los familiares acerca de los beneficios que sus familiares pueden obtener al brindarles una buena alimentación tanto en la institución como en sus casas, pues muchos de los adultos mayores solo recibían alimentos mientras se encontraban en las instituciones antes mencionadas, por lo tanto también se les debe estar mencionando esta situación a los familiares, y pienso que también se debe aplicar la valoración del estado nutricional por lo menos cada 3 meses para obtener más beneficios acerca de su estado nutricional.

BIBLIOGRAFIA

Allevato M, Gaviria J, ActTerapDermatol 2008; 31: 154

Anderson Rowena, Cosío Gonzáles Maite, Resnikoff David, Síntomas Conductuales y Psicológicos en las Demencias, Lundbeck México S.A. de C.V. 2010. Pág.6-10.

Araiza R. Y Cols, Hacia la construcción de un nuevo paradigma en Enfermería. Madrid España, Mc Graw Hill. 2ª Edición.

Arbonés. G, Carbajal A, Gonzalvo. B, Joyanes. M, Marques Lopes. I, Martín L. Ma, Martínez. A, Montero. P, Nuñez. C, Puigdueta. I, Quer. J, Rivero. M, Roset. M, Sánchez-Muniz. F, Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo "Salud Pública" de la Sociedad Española de Nutrición, Nutr. Hosp. (2003) XVIII (3). Pág. 109-137.

Arbox. A, Deterioro Cognitivo de TIPO Vascular, M.Graw-Olivares, Sociedad Española de Neurología 2009 Ergon. 1ª Edición.

Ávila Fuentes José Alberto, Garant Marie-Pierre, Navarro Aguilar Sara, Relación entre los Factores que Determinan los Síntomas Depresivos y los Hábitos alimentarios en Adultos Mayores en México, Revista Panamericana Salud Pública Vol. 19 No. 5 May. 2005. Pág 37-42.

Basgal A. Adriana. Cuidados Nutricionales de Pacientes con Demencia tipo Alzheimer Institucionalizados, Curso de posgrado en Soporte Nutricional, Abril 2005 páginas 6-35

Bermejo López M, López Sabaler A.M. Rodríguez Rodríguez E, Basabe Tuero B, Carbajales P.A., Ortega Anta, Relación de Frutas y Verduras con la situación en Acido Fólico y Concentraciones Séricas de Homosisteina en un Colectivo de Ancianos Institucionalizados. Nutrición Hospitalaria V.20 No. 1 Madrid. Marzo 2005. Pág 12-18.

Berndt T.J. 2006 Paciente con alzheimer disponible en <http://www.alzheimer.com.ar/index.htm>. Revisado Octubre 2010.

Brain Sir Russell, Diseases of the Nervous System. 5a Edición. Oxford University Press. Londres, New York y Toronto 1955.

Celestino Idalia Martha, Salazar González Cecilia, Novelo Huerta Irene, Nutrición y Desempeño Cognitivo del Adulto Mayor. Vol.8 No. 2, Chía Colombia, Octubre 2008 pp. 159-169.

Cereceda Fernández C, González González I, Antolín Juárez F.M, García Figueiras P, TarrazoEspineiraR , Suárez Cuesta B , Detection of malnutritiononadmission to hospital. NutrHosp. 2003; 18(2):95-100.

Courtney M. M. (1994) Guía Clínica de Enfermería, Nutrición y Dieta. 2ª Ed. MosbyYear Book.

Correa Monica P, Marco Romina, Otero Rocío, Comportamiento Alimentario en Adultos Mayores Institucionalizados con Deterioro Cognitivo, Asociación Médica de Argentina, Vol.9 No.1, Marzo 2008.

Enfermería Geriátrica en México, revisado Marzo 2013, disponible en: enfermeriaymas.com/país_mexico_portaf_enfermeria+geriatrica

Feria Marcela, Alzheimer una Experiencia Humana, Ed. Pax México, 1ª Ed. 2005.

Floyd RA, Hensley K. Oxidative stress in brain aging. Implications for therapeutics of neurodegenerative diseases. NeurobiolAging 2002;23:795-807.

FUNSAUD, La salud en México: 2006/2012, Fundación Mexicana para la Salud, Primera Edición revisado Mayo de 2013, www.funsalud.org.mx

García Fernández J. L. (1992) Historia Clínica en Anciano Manual de Geriátrica, Barcelo 2ª Ed. Pág. 138.

González Celis Ana Luisa, Padilla Adriana, Calidad de Vida y Estrategias de Afrontamiento ante problemas y Enfermedades en Ancianos de la Ciudad de México. UniversitasPsychological, Vol 5, No. 3 Bogotá Colombia Octubre-Diciembre 2006 pp.501-509.

Gutiérrez Reyes J.G, Serralde Zúñiga A, Guevara Cruz M, Prevalencia de desnutrición del Adulto Mayor al Ingreso Hospitalario, Nutrición Hospitalaria, Vol. 22, No. 6, Madrid, Nov-Dic. 2007, pp.702-709.

Genua G. M.I, (2001) Nutrición y Valoración del Estado Nutricional en el Anciano, disponible en <http://URL.www.matiaf.net/profesionales/articulos>. Revisado en octubre 2011

Langaricas, S.R. (1999), Gerontología y Geriátrica, Ed Interamericana, 1ª Ed, Pág. 70-76.

Luchsinger J, Mayeux R. Dietary factors and Alzheimer's disease. LancetNeurol 2004; 3: 579-87.

Moreiras O, Carbajal A, Perea I, Varela Moreiras G, Ruiz Sosa B, Nutrición y Salud en Personas de Edad Avanzada en España, EURONUT-SENECA. Estudio en ESPAÑA. Estilos de Vida. Estado de Salud. Hábitos Alimentarios. Valoración de la Ingesta. Revista Española Geriátrica Gerontológica (1993), Vol.28.

Muñoz María Angélica, Agudelo Gloria María, Lopera Francisco Javier, Diagnostico del Estado Nutricional de los Pacientes con Demencia tipo Alzheimer, Rev. Biomédica, Vol. 26, No. 1, Bogotá Marzo 2006.

Naciones Unidas, Población Mundial Alcanza 6500 millones. Centros de Información: revisado Diciembre 2010, disponible en <http://www.cinu.org.mx/prensa/resumen/2007/sem0507.htm>

Nery Anna, Hernández MLG, Gómez BA, Becerril LC, Rojas AM, RevEnferm 2009 abr-jun; 13 (2): 287- 96

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación.

Organización Mundial de la Salud (OMS); 2002, Envejecimiento activo: un marco político. Rev. Esp. Geriatric, Gerontol 37(52). Pp 74-105

Pérez Castejón J.M., DuramyTiirk S., Garigós Toro A., Tarraba Olivé, Prevención de la Dependencia y Envejecimiento Saludable, JANO 16-22 DE FEBRERO 2007. Disponible en www.doyma.es/jano

Pérez Perdomo M. L, Enfoque del Paradigma Enfermero en la Enfermería Geriátrica, Educare; 23. Disponible en <http://enfermeria21.com/educare>

Pérez Perdomo M. L, Orientaciones Para una mejor Atención de los Ancianos con Alzheimer en la Comunidad. Rev. Habana Ciencias Médicas. La Habana, Vol. VII, No. 4, oct-dic.2008.

Pertoldi W, Fragiaco C, Rapin C. H Y Cools, The Mini Nutritional Assessment a predictor of hospital costs in geriatric patient, J. AM, Geriatr. Soc; 44:230.

Programa de Acción; Atención al Envejecimiento, Secretaria de Salud Leija 7, Primera edición, 2001, revisado Mayo 2011, disponible en www.salud.gob.mx

Ritchie K, Lovestone S, The dementias. Lancet 2002; 360:1759-66.

Rivera Casado J. M. (1999), Alimentación, Nutrición, Salud y Envejecimiento Interrelación y Problemas, 8ª Edición, Madrid España, Ed. Caballero Pág. 11-24.

Salva I. A y Cools. (1999), Nutrición y Envejecimiento, Sociedad Catalanoblear de Geriatria y Gerontología.

Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento. Madrid: Organización de las Naciones Unidas, 2002. Revisado Septiembre 2010 Disponible en <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm>.

Shamah Levy Teresa, Cuevas Lucia, Mundo Rosas NasuVeronica, Morales Rúan Carmen, Turrubiates Cervantes Leticia, Villalpando Hernández S, Estado de Salud y Nutrición de los Adultos Mayores en México: Resultados de una encuesta probabilística Nacional. Rev. Salud Pública de México, Vol. 50, No. 5, Cuernavaca sept-oct. 2008.

Socarrás Suarez María Matilde, La Alimentación y Nutrición de las Personas Mayores de 60 años, Revista Habanera de Ciencias Médicas, Vol.8 No. 1, La Habana, ene-mar.2009.


Tomey A. M, Raile M (2000), Modelos y Teorías en Enfermería. 4ª Edición, Ed. Elsevier España.

United Nations.Dept. of Economic and Sosial Affairs. Population Division, World Population Ageing 2007, Ed. UnitedNations 2007.

Varela Luis, Chávez Helver, Gálvez Miguel, Méndez Francisco, Características del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor Hospitalizado a Nivel Nacional. Revista Soc. Med. Inter. Vol.17, No. 4, 2004.

Viera Gómez Nelson, Bomin Rodríguez Beatriz, Gómez de Molina Iglesias Marisela, Yáñez Fernández Belkis, Zaldívar González Armaldo, Caracterización Clínica de Pacientes con Deterioro Cognitivo, Rev. Cubana Médica (2003), Vol.1, No. 42.

Zúñiga E, Vega D. Envejecimiento de la población de México, reto del siglo XXI. México: ConsejoNacional de Población, 2004.

ANEXOS
INSTRUMENTOS


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública
Evaluación del Estado Nutricional
Mini Nutritional Assessment

Nombre: _____ Apellidos: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Peso en kg: _____ Talla en cm: _____ Altura talón-rodilla: _____

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al Cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

A	¿Ha perdido apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos meses?				
	0 = anorexia grave 1 = anorexia moderada 2 = Sin anorexia		<input type="checkbox"/>		
B	Perdida reciente de peso (< 3 meses)				
	0 = Pérdida de peso > 3 meses 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kilos 3 = no ha habido pérdida de peso		<input type="checkbox"/>		
C	Movilidad				
	0 = de la cama a sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio		<input type="checkbox"/>		
D	¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?				
	0 = sí 2 = no		<input type="checkbox"/>		
E	Problemas neuropsicológicos				
	0 = demencia o depresión grave 1 = demencia o depresión moderada 2 = sin problemas Psicológicos		<input type="checkbox"/>		
F	Índice de masa corporal (IMC=peso/talla)** en kg/m**				
	0 = IMC < 19 1 = 19 < IMC < 21		<input type="checkbox"/>		
	Evaluación del Cribaje (puntuación máxima 14 puntos)				
	12 o más	Normal no es necesario continuar con la evaluación.			
	11 puntos o menos	Posiblemente mal nutrición – Continuar con la evaluación			
	Evaluación				
G	¿El paciente vive independientemente en su domicilio?				
	0 = no 1 = sí		<input type="checkbox"/>		
H	¿Toma más de 3 medicamentos al día?				
	0 = no 1 = sí		<input type="checkbox"/>		
I	¿Úlceras o lesiones cutáneas?				
	0 = no 1 = sí		<input type="checkbox"/>		
J	¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalente a dos platos y postre)				
	0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K	¿Consumen el paciente productos lácteos al menos 1 vez al día?	Si No			
	¿Huevo o legumbres 1 ó 2 veces a la semana?	Si No			
	Carne, pescado ó aves diariamente?	Si No			
	0.0 = 0 o 1 sies 0.5 = 2 sies 1.0 = 3 sies		<input type="checkbox"/>		
L	¿Consumen frutas o verduras al menos 2 veces al día?				
	0 = no 1 = sí		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M	¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, café, té, leche, vino, cerveza)				
	0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = más de 5 vasos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N	Formas de alimentarse				
	0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad		<input type="checkbox"/>		
O	¿Se considera el paciente que está bien nutrido?				
	0 = mal nutrición grave 1 = no lo sabe ó mal nutrición moderada 2 = sin problemas de mal nutrición		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P	En comparación con las personas de su edad ¿Cómo encuentra el paciente su estado de salud?				
	0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q	Circunferencia braquial (CB en cm)				
	0.0 = CB < 21 0.5 = 21 < CB < 22 1.0 = CB > 22		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
R	Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)				
	0 = CP < 31 1 = CP > 31		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Evaluación (Máx 16 puntos)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Evaluación global (máx. 30 pts)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Evaluación del estado nutricional		<input type="checkbox"/>		
	De 17 a 23.5 pts. Riesgo de mal nutrición		<input type="checkbox"/>		
	Menos de 17 pts. Mal nutrición		<input type="checkbox"/>		



Nuevas Estrategias Epidemiológicas y Proteómicas en Salud Pública.
Secretaría de Desarrollo Institucional.
Programa Transdisciplinario y desarrollo 0.5.5



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO: _____

VIVE CON: _____

DOMICILIO _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN Y OTORGA EL CONSENTIMIENTO:

Participante () Representante Legal () Familiar ()

Parentesco _____

1. Declaro en forma libre y voluntaria sin existir ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido por las explicaciones que se me han proporcionado, el propósito y los riesgos del procedimiento, aclarando las dudas que me he planteado. Así mismo declaro que he leído y comprendido totalmente el consentimiento y los espacios en blanco han sido llenados antes de firmar.
2. Estoy enterado que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que otorgo.

POR LO TANTO Y CON LA ANOTACIÓN VERBAL Y ESCRITA AUTORIZO QUE SE ME (LE) REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS PLANTEADOS.

ACEPTO EL PROCEDIMIENTO: SI () NO ()

En: _____ Lugar y fecha Hora

Nombre y firma de la persona que dio
el consentimiento principal

Nombre y firma del investigador

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma