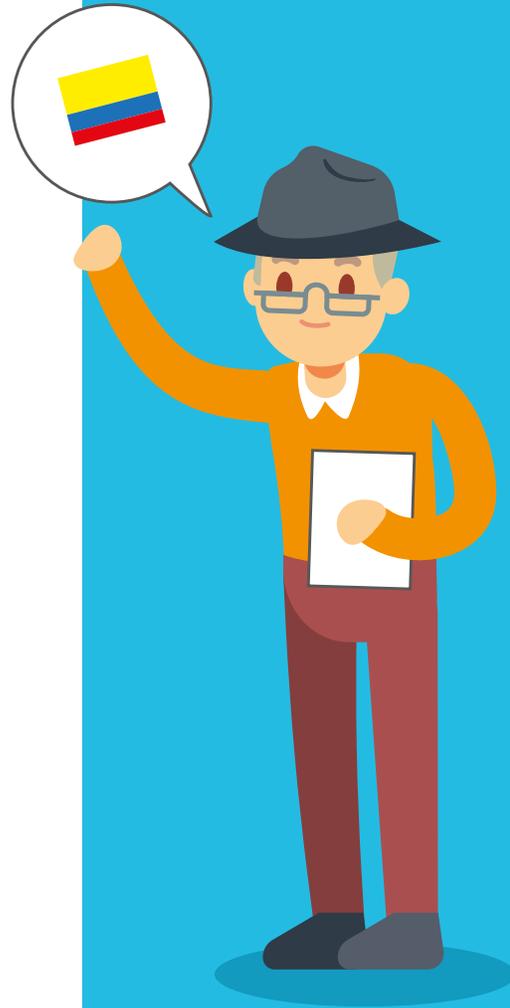


Salud, hábitos y estilos de vida saludables

MODELO DE CUIDADO CON ENFOQUE
DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO





En Alianza:



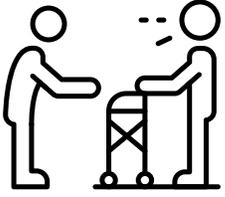
Fundación Saldarriaga Concha:
Lina María González Ballesteros.
Ana María Ortiz Hoyos.
Juan Manuel Cotte
Alejandro Díaz Oramas
Santiago López Zuluaga

Universidad Autónoma de Manizales
Andrea del Pilar González Marín.
Julialba Castellanos Ruíz.

Tabla de Contenido

Introducción.....	4	Trastornos de ánimo y cognoscitivos y signos de alerta.	37
Objetivo General	5	Objetivos específicos:	37
Sesión 1	6	Contenidos de la sesión:	37
Salud-Enfermedad y Situación y sistema de salud para personas mayores en Colombia....	6	Trastornos de ánimo y cognoscitivos.	37
Objetivos específicos:	6	Sesión 5	37
Instalación de la jornada	6	Actividad	40
Contenido de la sesión:	7	Anexos	41
Salud-Enfermedad	7	Signos de alerta	44
Actividad.....	9	Actividad	45
Situación y sistema de salud para personas mayores en Colombia	9	Sesión 6	46
Actividad.....	12	El duelo.....	46
Envejecimiento activo - Actividad física y ejercicio.....	13	Objetivos específicos	46
Objetivos específicos:	13	Contenidos de la sesión:	46
Contenido de la sesión:	13	Actividad	48
Actividad física y ejercicio.....	13	Anexos.....	49
Sesión 2	13	Promoción de hábitos de vida saludable (alimentación y nutrición - Efectos del envejecimiento sobre la alimentación y la nutrición).	51
Actividad.....	17	Objetivos específicos	51
Envejecimiento Activo.....	17	Contenidos de la sesión:	51
Actividad.....	18	Alimentación y nutrición	51
Anexo. Sopa de letras	19	Sesión 7	51
Sesión 3	20	Actividad	54
Cuidado y situaciones específicas de la vejez		Anexos	54
Sueño e incontinencia.	20	Efectos del envejecimiento sobre la alimentación y la nutrición	54
Objetivos específicos:	20	Actividad	58
Contenidos de la sesión	20	Anexo. Material para el desarrollo de actividad	58
El sueño	20	Comer saludable es comer rico ¡y pasar rico!	59
Actividad.....	23	Actividad	59
Anexos	23	Cierre	61
Incontinencia	26	Referencias.....	62
Actividad	28		
c. Anexos	29		
Inmovilidad y caídas y polifarmacia y automedicación.....	31		
Objetivos específicos	31		
Contenidos de la sesión:	31		
Inmovilidad y caídas.	31		
Polifarmacia y automedicación.....	33		
Actividad	33		
Anexos	34		

Introducción



El objetivo de este documento es brindar herramientas, metodologías y contenidos para que los facilitadores puedan llevar a cabo los cursos con el fin de promover los hábitos y estilos de vida saludable en los cuidadores y en la población envejeciente. Es importante aclarar que este taller se guía por el principio de aprendizaje colaborativo y que es más una guía. Es fundamental que los facilitadores impriman su sello y se apropien de estas actividades, así como que sepan leer las dinámicas de los diferentes grupos para ir las adaptando a la finalidad del taller.

El diseño de estas actividades responde a objetivos que tienen como fin capacitar a los formadores de cara a la promoción de hábitos de vida saludable. En este sentido la mayoría de las sesiones constan de dos elementos paralelos pero separados. Primero, se formará a los formadores en conocimientos más teóricos sobre vida saludable y cómo mantenerla, pero, en segundo momento, se hará énfasis en lo que queremos que se transmita a los cuidadores (es decir, al público del formador) una vez los cursos estén desarrollándose.

El primer objetivo se centra en ampliar el concepto de salud y la presentación de la situación de las personas mayores en Colombia. La importancia de este momento radica en que con un concepto de salud ampliado se puede emprender un proceso de transformación de los hábitos y estilos de vida de las personas participantes. Introducir el debate sobre la Salud y sobre la Salud-Enfermedad tiene sentido de cara a brindar referentes comunes entre los participantes para potenciar el contenido de las actividades. Es fundamental para un formador tener la visión general de lo que significa ser un envejeciente en Colombia actualmente. Es por ello por lo que además se hace énfasis en las enfermedades que más aquejan a las personas mayores y en la forma en la que estas se afilian al sistema de salud.

Otras de las temáticas a ser abordadas es la relacionada con recomendaciones en situaciones específicas, que abordan temas como el sueño, la incontinencia, la inmovilidad, las caídas, la polifarmacia y los trastornos cognoscitivos, entre otros. Está enfocado a que los formadores puedan transmitir herramientas para el cuidado de personas mayores en alguna de estas situaciones. Posterior a esto se realizará un repaso de los signos de alerta. Con esto se busca dotar de herramientas a los cuidadores para que agudicen sus sentidos frente a los signos de las personas mayores que ameriten una visita al médico o a algún profesional de la salud. Puestas todas en una lista podrían dar un panorama general sobre lo que es extraño y lo que no, que pueden evitarles a las personas mayores problemas de salud o dolores que pueden ser evitados (o tratados prontamente).

Otro objetivo de éste módulo obedece propiamente, a la promoción de hábitos de vida saludable en nutrición-alimentación. El módulo está diseñado para contener ac-

tividades que permitan mejorar la dieta, exponiendo los beneficios que los hábitos de vida saludable pueden tener en el proceso de envejecimiento, haciendo énfasis en que nunca es tarde para corregir malas prácticas. A su vez, las sesiones tienen también recomendaciones y signos de alarma para reforzar el estado de alerta frente a la población envejeciente.

Para finalizar el módulo se aborda la promoción de hábitos de vida saludable en actividad física y ejercicio. Su esquema será igual al anterior, presentándose primero los beneficios de mantener una vida activa y estrategias para incrementar la actividad en la vida diaria. También se presentan unos cuadros de recomendaciones y signos de alarma para mantener un óptimo monitoreo de la actividad física de las personas envejecientes.

La vejez no es sinónimo de deterioro de la salud, así como tampoco se corresponde con situaciones de abandono. El espíritu que motiva el diseño de estos cursos es dotar a las poblaciones de Personas Mayores de herramientas para asumir su vejez de forma activa. Por eso, además de la adaptación al contexto, es fundamental entusiasmar a las personas mayores con la idea de que su vejez es valiosa y que aún tienen mucho que dar a la sociedad, a sus familias y a sus propios proyectos de vida. ¡Que se animen a envejecer! Es decir, los sujetos participantes deben reconocer la importancia de adquirir hábitos y estilos de vida saludables, y adaptar las enseñanzas del curso a sus gustos, proyectos, contextos y a su cultura. Es muy importante que el diseño de este curso tenga muy en cuenta los contextos específicos de las poblaciones envejecientes, ya que de ello depende su éxito. Con esto me refiero a que conocer, por ejemplo, los productos típicos de la zona en la que se interviene, permitirá fomentar alimentos o comidas que no impliquen aumento de gastos en el hogar, o dificultades para adquirir el gusto a los alimentos.

Los contenidos de este curso fueron diseñados por la Fundación Saldarriaga Concha y adaptados por el equipo de trabajo de “Me cuido activo Manizales” fruto de la reflexión y la consulta de fuentes, además de la creatividad para crear actividades interesantes y de la experiencia vivida en el proyecto piloto desarrollado por un grupo interprofesional de la ciudad de Manizales. Cada una de las jornadas tendrá un número de actividades dentro de las cuales se espera desarrollar el tema y dar herramientas a los formadores para la realización de los cursos.

Objetivo General

El objetivo de este documento es brindar herramientas, metodologías y contenidos para que los facilitadores puedan llevar a cabo los cursos con el fin de promover los hábitos y estilos de vida saludable en los cuidadores y en la población envejeciente.



Salud-Enfermedad y Situación y sistema de salud para personas mayores en Colombia.



Objetivos específicos:

a

Objetivos Específicos	Lograr que los participantes amplíen su concepto de salud-enfermedad, otorgándole categorías nuevas y ensanchando el espectro más allá de la salud física.
	Lograr que los participantes entiendan que es imposible pensar el concepto de salud sin el de enfermedad.
	Lograr que los participantes se lleven una idea de la situación de salud de las personas mayores en Colombia.
	Dar a los formadores información sobre el sistema de seguridad social en salud y la afiliación a éste.

Instalación de la jornada

b

Se abrirá la primera sesión de la capacitación haciendo un saludo general, una presentación de los participantes y se resaltarán la importancia de la participación de todos, de la puntualidad y del empeño que puedan darle los participantes. Luego se hará una presentación general del curso, de la jornada en particular y de los participantes de la misma. Se puede decir algo como:

Buenos días para todas y todos, mi nombre es [...], de parte de la Fundación Saldarriaga concha y [aliados] es un placer contar con su presencia el día de hoy. Estas jornadas estarán destinadas a dotarlos de conocimientos en salud y vida saludable para que los transmitan a los cuidadores una vez estén haciendo los cursos. Cabe decir que este es un proceso grande, del cual ustedes son los protagonistas y que abarca una multitud de esfuerzos y manos amigas. Finalmente, el proceso que iniciamos hoy hace parte de una iniciativa nacional en el que ACADI/VOCA y el Gobierno de los Estados Unidos le están apostando a la salud de los colombianos y a la construcción de un nuevo país en paz.

Mejorar la salud de los envejecientes, e incluso de nosotros mismos, es un compromiso de todos, y es una labor fundamental para conservar a nuestras personas mayores con un envejecimiento de calidad. Salud, como veremos más adelante, abarca muchas cosas más que el sólo bienestar físico, y es fundamental tener la mente abierta y dispuesta para enfocarnos en aprender mucho para enseñar mucho. Es por ello que queremos genera un ambiente de aprendizaje, donde todos se sientan libres de preguntar y contestar preguntas, y donde el conocimiento de cada uno de los presentes es valioso. Es por ello que los colocamos a ustedes en el centro y, reiteramos, requerimos de su atención y compromiso para llevar a cabo esta capacitación de forma satisfactoria. Luego de la presentación personal y general del curso se procederá a dejar claros los acuerdos del curso: puntualidad, asistencia, permanencia en las sesiones, respetar la palabra y la opinión de los demás, entre otros que vayan surgiendo. Es importante que los acuerdos queden escritos en algún lugar y que al final se realice un símbolo de recogimiento a ellos (por ejemplo, un aplauso grupal, o una votación levantando la mano).

Luego de esta presentación se hará un barrido general por la totalidad del curso, que puede estar inspirado en la introducción de este documento, que servirá para dar un corto paneo de los componentes del curso y sus sesiones.

Contenido de la sesión:

C **Salud-Enfermedad**

Esta primera actividad tiene como finalidad aclarar el concepto de salud-enfermedad al que se referirá en el resto del curso, así como la necesidad de unir ambos conceptos. Se pedirá a los participantes que opinen sobre lo que ellos y ellas consideran como salud y enfermedad. Usando las nociones de los participantes, puede empezarse a pulir el concepto de salud, poniendo los que más se acerque pueden ir puliendo los conceptos, poniendo los más acertados a un lado del tablero y corrigiendo los que no estén correctos. Una vez todos hayan participado, puede decirse algo como lo siguiente [recogiendo los aportes de los participantes]:

En últimas, la salud es la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía biopsicosocial, en interacción dinámica con el medio en el cual vive, determinada por las condiciones sociales. Es un proceso construido en la interacción dinámica entre muchos factores individuales y poblacionales, en donde están en un mismo momento la salud, la enfermedad, los problemas, sus soluciones, diversas formas de bienestar o malestar. Biopsicosocial suena como una cosa muy grande, pero en el fondo es la unión de bio, cuerpo, psico, mente y social, sociedad. Este nuevo concepto de salud tiene en cuenta el entorno y las aspiraciones de los seres humanos.

Luego se puede empezar a introducir la unión de la salud y la enfermedad.



Pero muchos se preguntarán ¿por qué salud-enfermedad y no salud, a secas? Es muy importante no sólo transformar el concepto de salud con respecto a la mente y a la sociedad, sino también la salud internamente. Solíamos concebir la salud como la ausencia de enfermedad, pero la salud, más que ser un fin en sí misma, es un proceso por el cual se permite un goce de la vida social, como vimos antes. Esto quiere decir que todos nos encontramos transitando un camino entre la salud y la enfermedad, donde estar saludable significa lo que acabamos de mencionar, bienestar biopsicosocial.

Esto puede servir para empezar a introducir la conversación sobre la enfermedad.

Y viendo todos los mitos que tiene la salud, ¿qué tal los de la enfermedad? Como vimos antes [recoger aportes dados al inicio]. Más que los mitos de la enfermedad, que todos más o menos sabemos qué es, hay que cambiar de mentalidad frente a la relación entre envejecimiento y enfermedad.

¿Envejecer es sinónimo de enfermedad? No, hay muchas personas envejeciendo saludables. Es más, se podría decir que el envejecimiento es un logro de la humanidad en su conjunto, es una victoria de los estados y los sistemas de seguridad social. Ser anciano es, en cierto sentido, un triunfo frente a las enfermedades que antes mataban a las personas y que ahora curamos con una buena dieta, un tratamiento o prevenimos con una vacuna.

Con este concepto de “salud-enfermedad ampliados” se pueden añadir elementos del envejecimiento alrededor de los mitos y realidades de la medicina y el envejecer.

Mito	Realidad
La salud es la ausencia de enfermedad	La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento
El manejo de la salud se debe enfocar en tratar la enfermedad	La promoción de la salud es un medio para llegar a un fin, un recurso que permite a las personas llevar una vida individual y social productiva, una estrategia para mantener a las personas sanas.
La salud es algo absoluto	La salud es un proceso, la persona se desplaza entre el estado de salud





La sesión debe cerrar con una actividad para clarificar los conceptos y para verificar que éstos hayan sido incorporados. Para ello se propone lo siguiente:

Actividad

Tiempo 30 minutos, repartidos así:

- 5 minutos para la introducción de la dinámica
- 15 minutos para la realización de la actividad
- 10 minutos para una reflexión final

Materiales:

- Lana
- Papel periódico
- Revistas
- Tijeras
- Pegante

Descripción: Con las discusiones de Salud y Enfermedad más claras, se pondrá a los participantes en un círculo. Se le dará a alguno un carrete de lana, la persona que lo sostenga debe decir una forma en la que cuida de su salud (recordándoles lo recién aprendido) y en la que cuida la salud de sus cercanos. Luego debe lanzar el carrete de hilo a alguna persona del círculo, sosteniendo una punta. Al final puede hacerse una reflexión sobre la salud como una red de apoyo de personas, donde nuestras interacciones son el hilo de lana que nos conecta entre nosotros, y que es fundamental para mantener un tejido social sano.

Finalmente, se distribuyen en subgrupos, se les hace entrega de las revistas para que representen en una cartelera el concepto de salud y el de enfermedad, los cuales deben ser socializados ante el grupo.

Situación y sistema de salud para personas mayores en Colombia

Para esta sesión se recomienda mantener una actitud activa, pues su contenido es algo teórico y puede generar dispersión fácil. Para ello será dividida en dos momentos: situación de salud y sistema de salud. La introducción debe dejar claro que se hará la exposición de un tema, luego una dinámica de dispersión y luego el otro tema y una actividad de cierre. Con el panorama claro será más fácil poner atención durante la totalidad de la sesión. Se espera presentar al formador o cuidador con un panorama general de la situación de salud las personas mayores en Colombia. Se espera que de esta sección usted aprenda cuales son las enfermedades que se presentan más comúnmente en la población de personas mayores, al igual que algunos aspectos



básicos sobre la afiliación y la utilización de estos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¿De qué se enferman las personas mayores? La sesión puede ser abordada así:

El envejecimiento es un proceso biológico, social y psicológico como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta. La última etapa del ciclo vital, la vejez, es propensa a sufrir algunas enfermedades que determinan un envejecimiento patológico, esto quiere decir, un mal envejecimiento. Como ya hemos visto, envejecer no es sinónimo de enfermar, pero hay un tipo de enfermedades que **suelen** afectar a los envejecientes. (7)

El incremento en la esperanza de vida ha hecho que la gente viva más tiempo y que pueda tener mayor probabilidad de llegar a la edad madura y a las edades más avanzadas. La prevalencia de las enfermedades crónicas en las personas mayores ha aumentado casi en un 80% entre el 2007-2011.

Como ya se había dicho, se puede hacer énfasis en que el envejecimiento es un triunfo de la humanidad como proyecto, y es un triunfo frente a la enfermedad.

En Colombia según datos arrojados por la Encuesta Nacional de Demografía y salud (ENDS) del 2010, el 45 % de los adultos mayores sufre de hipertensión arterial, 17% de alergias el 16% de artritis y enfermedades del corazón, el 11 % tienen diabetes y el 10% restante de enfermedades pulmonares. Las enfermedades respiratorias crónicas afectan al 7% y otro porcentaje igual sufre de problemas cerebrales, el 4% enfermedades renales crónicas, el 3% han tenido cáncer y el 1% tienen un diagnóstico de Alzheimer. Todas estas enfermedades fueron diagnosticadas alrededor de los 60 años hasta las 72.

Bueno, estos números pueden sonar muy sorprendentes, o no, dependiendo de lo que queramos lograr. Es importante ser pedagógicos de aquí en adelante y hacer una breve explicación de cada una de dichas enfermedades, preguntándole a los participantes si tienen dudas.

La hipertensión arterial es la enfermedad que más se diagnostica en la mayoría de los departamentos del país. La hipertensión significa, como su nombre lo dice, tener una tensión alta. En Bogotá, según el trabajo de línea de base para la política pública social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito Capital 2010-2025, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar entre las patologías que aquejan a las personas mayores, seguidas por las enfermedades de los huesos, las digestivas, respiratorias y la diabetes. Por otra parte, Boyacá es la región del país donde más se observan la neumonía y la bronconeumonía.

Cabe resaltar, que en la vejez es común encontrar que una misma persona tiene más

de una enfermedad crónica, momento en el cual se habla de comorbilidades. Esta situación es más común en mujeres al perder en la vejez la protección hormonal y estar más expuestas a comorbilidades cardiovasculares.

Las discapacidades se dan en mayor porcentaje en mujeres y aumentan después de los 70 años, mucho más en viudas, solteras, madres y quienes viven en familias extensas. El censo 2005 reportó una prevalencia en el grupo de 80 y 84 años: hombres, 38.3%, y mujeres, 37.6% de afectaciones en la funcionalidad. En los mayores de 85 años: mujeres cerca de 48%; hombres 46%.

El 13% de las personas mayores tienen dificultades permanentes para moverse o caminar, y entre el 7 y 4% tienen dificultades para ver con gafas y oír aun con aparatos, respectivamente.

En cuanto a la salud mental se puede decir que la depresión y la ansiedad son las patologías más frecuentes en las personas mayores, casi 2 de 3 adultos mayores informan haberse sentido cansados, tristes y decaídos y relatan haber sentido ganas de llorar o han llorado. Los mayores de 74 años han tenido sentimientos depresivos. Se encuentra que la depresión está asociada a un bajo nivel educativo, a hábitos como fumar, consumir alcohol y no hacer actividad física.

El deterioro cognoscitivo ha sido diagnosticado en el 2% de la población mayor de 65 años. Sin embargo, en el estudio SABE Bogotá 2012, 12.6% de las personas mayores presentaron puntajes que sugieren un deterioro cognoscitivo. El 8% de las personas mayores son dependientes y tienen su funcionalidad comprometida, requiriendo cuidador permanente.

Es importante aclarar que buena parte de este contenido no es necesario que los las personas mayores o sus cuidadores lo sepan, pero sí que los formadores, ya que para diseñar las actividades ellos deben tener claro el panorama de salud de las personas mayores en Colombia.





Actividad

Tiempo: 1 hora

Materiales: Grabadora

Descripción: Se utilizará metodología de grupo focal para hablar con los participantes sobre su estado de salud y su percepción del sistema. Pida permiso a los integrantes para grabar la actividad. A continuación, se muestra como se debe repartir el tiempo de la actividad.

- 5 minutos para realizar actividades de estiramientos y ejercicio cardiovascular ligero
- 5 minutos para explicar la actividad
- 15 minutos para preguntarle a cada uno de los integrantes del grupo las siguientes 3 preguntas:
 1. ¿Cuéntenos de que enfermedades sufre?
 2. ¿Qué tratamientos recibe para estas condiciones?
 3. ¿Cómo siente que es su estado de salud el día de hoy? ¿Se siente aliviado? Explique por qué.
- 10 minutos para que moderador haga comentarios sobre las 3 preguntas realizadas: enfermedades más prevalentes en el grupo, los tipos de tratamiento y la importancia de los hábitos de vida saludables en el tratamiento de la enfermedad y sobre el estado de salud reportado por los integrantes y como este se correlaciona o no dentro del grupo con la presencia de enfermedad.
- 15 minutos para preguntarle a cada uno de los integrantes del grupo las siguientes 3 preguntas:
 1. ¿Cuándo fue la última vez que asistió a donde un médico o prestador de salud?
 2. ¿Se siente satisfecho con la atención que ha recibido al asistir a un prestador de salud?
 3. ¿Qué barreras de acceso son las que más le dificultan acceder a los servicios de salud? (transporte, plata, discapacidad, etc.)
- 10 minutos para que moderador haga comentarios sobre las 3 preguntas realizadas: Es importante que en este punto se haga énfasis en la importancia de consultar al médico al menos una vez al año y se aconseje a las personas mayores sobre formas de superar las barreras de acceso al sistema.
- 5 minutos de cierre
- 5 minutos de ejercicios de estiramiento y cardiovascular leve

Envejecimiento activo - Actividad física y ejercicio.



Objetivos específicos:

a

Objetivos Específicos	Promover hábitos de vida saludable y capacitar a los formadores para que transmitan a los cuidadores actitudes de alarma y cuidado frente a situaciones de actividad física y ejercicio de las personas mayores
	Formar a formadores en conceptos básicos sobre actividad física y ejercicio, así como los efectos del envejecimiento en ellos.
	Dar algunos ejercicios para personas mayores

Contenido de la sesión:

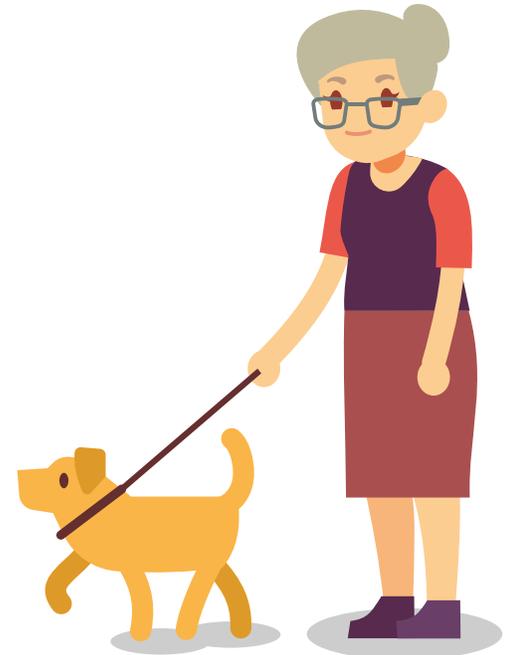
b

Actividad física y ejercicio

Lo primero que debe ser presentado es la diferencia entre actividad física y ejercicio, que, aunque sutil, es muy importante para continuar.

Es importante definir las diferencias entre los conceptos de actividad física y ejercicio. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH), estos dos conceptos, a pesar de estar relacionados, se refieren a grupos de actividades diferentes. La actividad física se refiere a cualquier actividad en la que se realicen movimientos del cuerpo, y dentro de la misma se pueden incluir actividades realizadas por todos los individuos durante su vida cotidiana como podar el césped, regar un jardín, pasear al perro, caminar de la casa al lugar de trabajo o a visitar un familiar, o subir y bajar escaleras. A su vez, el ejercicio es una forma de actividad física en la que se realizan movimientos del cuerpo de forma planeada, estructurada y repetitiva, que se realiza sin un fin diferente al de mover el cuerpo. Algunos ejemplos de tipos de ejercicio son la caminata, correr, montar bicicleta, nadar, hacer aeróbicos, levantamiento de pesas, artes marciales, deportes de equipo, yoga y pilates, entre muchos otros (National Institute of Health, 2015).

Sesión 2



La distinción entre actividad física y ejercicio es importante porque a la hora de juzgar si una persona es físicamente activa, es decir, se mueve un tiempo suficiente para obtener los beneficios de salud que confiere la actividad física, hay que considerar que esto no solo se logra a través del ejercicio. Teniendo esto en cuenta, la actividad física en las personas mayores se puede dividir en actividad física asociada al tiempo libre, al transporte, al trabajo, a tareas del hogar y al ejercicio físico estructurado (González-Gross & Meléndez, 2013). Sin embargo, es importante tener en cuenta que existen múltiples cuestionarios para valorar el grado de actividad física que agrupan estas actividades de diferentes maneras. Lo importante de este punto es reconocer que se puede ser físicamente activo de múltiples formas.

Esto es muy importante que sea transmitido a las personas cuidadoras ¡la actividad física es un montón de cosas más allá del ejercicio! Es importante tratar de mezclarlas con hobbies o con actividades grupales. Al igual que la comida, es más fácil tener éxito en esta sección si se vincula a la persona mayor en las decisiones y se negocia teniendo en cuenta sus gustos e intereses. Una persona propensa a quedarse en casa y solitaria podría disfrutar de caminatas ecológicas en compañía de un amigo o su familia. Así mismo, una persona que disfrute del ajedrez puede hacer planes e ir caminando a casa de su amigo a jugar una partida. El ejercicio puede ser articulado con otras actividades de la vida.

Luego se puede pasar a enunciar los beneficios de la actividad física para los envejecientes, y en general para la población. Pero antes se puede hacer una actividad con los formadores y preguntarles a ellos cuáles creen que son los beneficios para la salud,

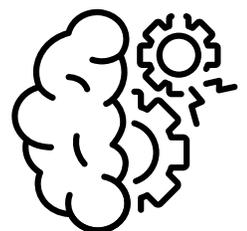
y si han sentido alguno de ellos luego de hacer ejercicio o actividad física.

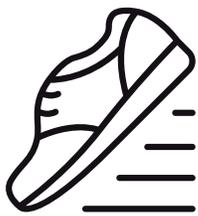
Los beneficios de la actividad física son diversos y pueden variar de persona a persona de acuerdo con factores como el sexo, predisposición genética, exposición al humo de cigarrillo o alcohol y alimentación, entre otros. A grandes rasgos los beneficios del ejercicio se pueden dividir en dos grandes grupos: beneficios para la salud (mental y física) y beneficios en la vida cotidiana. Estos se pueden sobreponer en algunos casos. En la siguiente tabla se muestra una lista de los beneficios de mantenerse físicamente activo (National Institute of Health, 2015).

Salud Física	Salud Mental	Vida Diaria
Previene la Enfermedad Cardiovascular	Puede prevenir la aparición de deterioro cognoscitivo (Enfermedad de Alzheimer)	Previene caídas
Previene algunos tipos de cáncer (particularmente seno y colon)	Disminuye el estrés y mejora el estado de ánimo	Aumenta la flexibilidad
Previene la aparición de diabetes	Previene la aparición de ansiedad y depresión	Ayuda a mejorar la resistencia y disminuye el cansancio
<i>Puede ayudar a manejar la diabetes y la hipertensión disminuyendo el requerimiento de medicamentos</i>		Ayuda a mejorar la fuerza
<i>Previene derrames e infartos cerebrales</i>		Disminuye aparición de limitación física y dependencia

La salud excede lo únicamente corporal y este cuadro es muy interesante porque tiene en cuenta, también, los beneficios de la actividad física y el ejercicio en la salud social y psicológica. La tabla anterior muestra solo algunos de los beneficios de ser activo físicamente, pero a grandes rasgos lo importante es considerar que la actividad física disminuye la aparición de enfermedades de distintos tipos y complicaciones asociadas a estas, ayuda a disminuir el estrés y mejorar el estado de ánimo y disminuye la aparición de deterioro físico que acompaña el envejecimiento.

En cuanto al tema del deterioro físico, es importante considerar que la actividad física que implica entrenamiento de fuerza y aeróbico (de resistencia) puede disminuir a la





mitad la probabilidad de presentar alguna limitación funcional y discapacidad en personas mayores. Por otra parte, la inactividad física o el sedentarismo son responsables de más de 3 millones de muertes al año a nivel mundial. Este hecho ubica a la inactividad física como uno de los 5 factores de riesgo más importantes para morir junto a la obesidad, la hiperglicemia (niveles altos de azúcar en la sangre), las cifras de tensión arterial elevadas y el tabaquismo (Taylor, 2014).

¿Qué tanto ejercicio debe realizar una persona mayor? De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas mayores deben realizar un total de 2 horas y 30 minutos de actividad física de intensidad moderada a la semana. Como se mencionó en las secciones anteriores, puede que parte de la actividad física sea parte de actividades de la vida diaria como transportarse de un lugar a otro, o movimientos realizados durante el trabajo, pero en cualquier caso siempre es necesario complementar con algo de ejercicio para maximizar los beneficios. En la siguiente tabla se muestran todas las recomendaciones de la OMS (World Health Organization, 2011) y el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, 2016).

Las personas mayores deben realizar actividad física de intensidad moderada (caminar rápido, bicicleta estática, aeróbicos) durante mínimo 2 horas y 30 minutos a la semana (p.e. 30 minutos al día 5 días de la semana o 50 minutos en 3 días de la semana).

Encuentre una actividad que se acomode a su nivel de acondicionamiento físico. Si no es activo físicamente, la caminata o la bicicleta estática son buenas opciones para empezar. La natación también puede ser una buena opción si tiene un lugar donde la pueda llevar a cabo.

Durante la actividad que mantener un ritmo constante durante periodos de al menos 10 minutos. Puede incluir periodos de descanso en su rutina.

Los adultos mayores con limitación para movilidad deben realizar ejercicios para mejorar el equilibrio y disminuir la fuerza 3 veces a la semana (p.e. ejercicios de estiramiento, pesas pequeñas)

Para mejorar el equilibrio y disminuir el riesgo de caídas, realice ejercicios de fortalecimiento con pesas pequeñas (de 5 kilogramos o 10 libras) 2 veces a la semana.

Con miras a facilitar la realización de actividad física intégreala a actividades que disfruta como ir de compras, practicar un deporte o la jardinería.

Si no está seguro de su nivel de acondicionamiento físico, consulte a un médico antes de iniciar un programa de ejercicio intensivo o de realizar alguna actividad física demandante.

En caso de presentar alguna discapacidad o enfermedad que le impida cumplir con las recomendaciones de ejercicio, la persona mayor debe procurar ser tan físicamente activa como le sea posible.

En caso de presentar alguna discapacidad o enfermedad que le impida cumplir con las recomendaciones de ejercicio, la persona mayor debe procurar ser tan físicamente activa como le sea posible.

Actividad

Tiempo 30 minutos

Materiales: No requiere

Descripción: La última actividad consistirá en compartir con los demás miembros del grupo los hobbies que cada uno tenga y pensar, en conjunto, cómo hacer para vincularlos con más actividad física. A su vez, cada uno dirá qué hábito que tiene no es saludable y cómo podría cambiarlo, según sus gustos e intereses.

Envejecimiento Activo.

El envejecimiento activo es una pieza fundamental del desarrollo de la totalidad de este curso, y se desprende de una nueva relación de la salud consigo misma y con su entorno. Si envejecer no significa necesariamente enfermar ¿cómo podemos envejecer ahora?

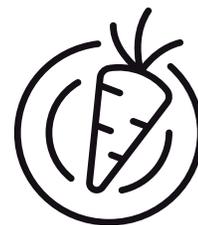
La sesión iniciará haciendo una recapitulación de la sesión anterior.

Para el año 2002 la Organización Mundial de la Salud adoptó el envejecimiento activo como el eje central para las políticas de envejecimiento. Este concepto se refiere al “proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas a través del proceso de envejecimiento” y enfatiza que las personas mayores son sujetos activos en la sociedad (WHO, 2002).

A nivel individual, El envejecimiento activo es una estrategia que se enfoca en el mantenimiento de unos mínimos niveles de salud, autonomía y presencia activa en la sociedad durante la vejez. A continuación, se muestran algunas de las condiciones que se deben cumplir en un individuo para que este pueda tener un envejecimiento activo.

- Tener una dieta adecuada
- Realizar actividad física regular
- Evitar el consumo de tabaco, alcohol o drogas
- Llevar a cabo un entrenamiento de funciones cognitivas como la memoria, lectura y escritura.

Es decir, el envejecimiento activo es, en el fondo, tomar las riendas del proceso de envejecimiento y decidir hacerlo de la mejor manera. Por eso la palabra activo es tan especial, es el proceso en el cual la persona envejeciente se preocupa por su proceso de envejecimiento.





Sin embargo, el proceso de envejecimiento social no es únicamente un proceso individual, aunque el individuo tenga buena parte de la responsabilidad en él. El envejecimiento activo también requiere de acciones del Estado para su promoción y cuidado. La segunda parte del envejecimiento activo es el que concierne a las políticas públicas. Es muy importante este elemento, porque como hemos visto envejecer es mantenerse en contacto con la sociedad, y ello también implica ejercer la ciudadanía, exigiendo derechos y vinculándose a los procesos políticos de su comunidad. La política pública debe estar enfocada en cuatro ejes: autocuidado; ambientes amigables para personas mayores; enfoque generacional; y facilitar la decisión más saludable.

Actividad

Tiempo 1 hora, repartida así:

- 5 minutos para presentar la actividad y hacer los grupos
- 30 minutos para la realización de las sopas de letra
- 20 minutos para su resolución
- El tiempo restante será usado para compartir las reflexiones

Materiales

- Cartulina
- Marcadores/colores
- Reglas

Descripción: Luego de la exposición, se puede proponer una sopa de letras donde en grupos pongan palabras que ellos consideran que están relacionadas con el envejecimiento activo. En caso de ser un grupo con un bajo nivel de escolaridad entregue la sopa de letras que se muestra en el anexo. En caso de no ser posible para algún participante o el grupo responder, repase la lista de términos en la sopa del anexo y vaya preguntando de forma abierta a los participantes cual es la importancia de cada uno de esos términos para su salud y para su vida. Luego cada grupo entrega a otro su sopa de letras para que la resuelva. Una vez finalizado el tiempo se compartirán las experiencias, con una persona por grupo hablando de cómo fue la construcción y la resolución de la sopa. La reflexión debe hacer énfasis en lo que los formadores deben transmitir a los cuidadores: el envejecimiento puede ser asumido de forma activa, y hay herramientas que permiten potenciar nuestros cuerpos y mentes en la vejez.

ENVEJECIMIENTOACTIVO
 A J E G Y J A J A G F T B S C B A A A Z
 S H J B T E S H H H D R V A T V A S A X
 D G E N R R D G A J S E C S I C I D C C
 F G Z M E C F G B K A Q X D V X N F A V
 G F T B S I G F I L P A Z D I Z T G L B
 H D R V A C H D T V A P F T D F E H I N
 J S E C S I J S O C S A D R A D R J D M
 K A Q X D O K A S X D R S E D S G K A P
 L P A Z D D L P S Z D T A Q F A E L D O
AUTOCUIDADO I P A I P N V D Z
 Z O A S D F G H L X Z C A J S A E C E X
 X I D I E T A Q U M L I S H I S R X V C
 C U E V C X Z A D J K P D G C D A Z I V
 V Y R B N M L Ñ A X Z A F G A F C F D B
 B T E G H J K L B M L C G F A G I D A N
 N R C V C X Z A L J K I H D P A O S P M
 M E H B N M L Ñ E L E O J S A J N A A P
 P W O G H J K L S A D N K A S H A P S O
 O Q S G H B I E N E S T A R D G L A D O

Anexo. Sopa de letras

E N V E J E C I M I E N T O A C T I V O
 A J E G Y J A J A G F T B S C B A A A Z
 S H J B T E S H H H D R V A T V A S A X
 D G E N R R D G A J S E C S I C I D C C
 F G Z M E C F G B K A Q X D V X N F A V
 G F T B S I G F I L P A Z D I Z T G L B
 H D R V A C H D T V A P F T D F E H I N
 J S E C S I J S O C S A D R A D R J D M
 K A Q X D O K A S X D R S E D S G K A P
 L P A Z D D L P S Z D T A Q F A E L D O
 A U T O C U I D A D O I P A I P N V D Z
 Z O A S D F G H L X Z C A J S A E C E X
 X I D I E T A Q U M L I S H I S R X V C
 C U E V C X Z A D J K P D G C D A Z I V
 V Y R B N M L Ñ A X Z A F G A F C F D B
 B T E G H J K L B M L C G F A G I D A N
 N R C V C X Z A L J K I H D P A O S P M
 M E H B N M L Ñ E L E O J S A J N A A P
 P W O G H J K L S A D N K A S H A P S O
 O Q S G H B I E N E S T A R D G L A D O

ENVEJECIMIENTO

VEJEZ

EJERCICIO

HABITOS SALUDABLES

PARTICIPACIÓN

ACTIVIDAD FISICA

INTERGENERACIONAL

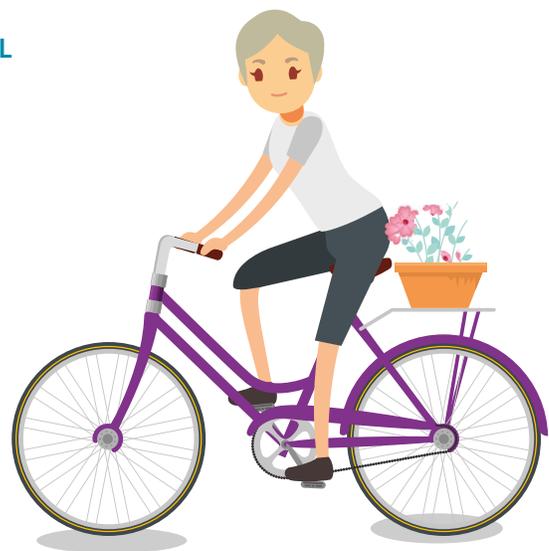
CALIDAD DE VIDA

AUTOCUIDADO

DIETA

DERECHOS

BIENESTAR



Cuidado y situaciones específicas de la vejez Sueño e incontinencia.

Objetivos específicos:

a

Objetivos Específicos	Capacitar a los formadores para que transmitan a los cuidadores actitudes de alarma y cuidado frente a situaciones que a las que las personas mayores se enfrentan con frecuencia.
	Formar a los formadores en signos de alarma de las siguientes situaciones físicas, de especial cuidado: <ul style="list-style-type: none">• Trastorno del sueño• Incontinencia• Inmovilidad• Equilibrio y mareos• Caídas• Polifarmacia y automedicación• Nutrición y alimentación
	Formar a los formadores en signos de alarma de las siguientes situaciones psicológicas, de especial cuidado: <ul style="list-style-type: none">• Aislamiento• Trastorno del ánimo• Trastornos cognoscitivos• Duelo disfuncional

Contenidos de la sesión

b

El sueño

Luego de hacer la presentación general, y la sensibilización sobre la importancia de familiarizarse con las condiciones comunes de las personas mayores para mejorar el cuidado y autocuidado de las mismas, se introducirá la primera situación frente a la cual tener monitoreo: el sueño.

Los trastornos del sueño son comunes en la población envejeciente, pues el proceso de sueño se vuelve más delicado y su privación puede disminuir la coordinación motora, puede producir irritabilidad, pérdida de memoria, pérdida de capacidades de atención y puede empeorar síntomas neurológicos.

La ingesta insuficiente de nutrientes, especialmente proteínas, así como tomar medi-

camentos frecuentemente contribuyen a trastornos del sueño. Los adultos mayores pueden necesitar más tiempo para disfrutar de un sueño adecuado cuando tienen una enfermedad degenerativa. Hay que considerar también que algunos establecen una asociación entre el quedarse dormido y el “temor a la muerte” provocando dificultades para dormir.

Una vez presentado el panorama general y la importancia del sueño, se empezará a presentar los trastornos del sueño más comunes, comenzando por el insomnio.

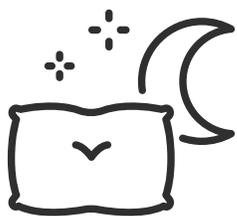
El **insomnio** se refiere a la imposibilidad de conciliar el sueño, se caracteriza por la actividad a horas inusuales de la noche, provoca un estado de fatiga y alteraciones en el estado de ánimo que afectan a la familia y al entorno de la persona afectada.

La **apnea del sueño** es un trastorno caracterizado por la detención de la respiración repetidamente durante el sueño. Puede ser obstructiva, posterior o mixta y las tres están relacionadas con los músculos de la garganta.

El **mioclonos** nocturno está caracterizado por los movimientos involuntarios de piernas y brazos en el momento del sueño, al menos cinco veces en una hora llegando a despertar al afectado. Los síntomas incluyen puntapiés al compañero de cama, frialdad de los pies, excesiva somnolencia en el día e insomnio.

Hay que aclarar, en este momento, que conocer estrictamente de qué se trata cada una de las enfermedades no es el centro de la actividad. En cambio, lo importante es tener información general sobre los trastornos del sueño para agudizar los sentidos a los signos de alerta.





Se puede usar el siguiente cuadro explicativo:

¿Cómo se puede saber si una persona padece un trastorno del sueño? Estrategias de cuidado

Se puede pedir a la persona afectada que anote la fecha y día de la semana en que se producen los problemas del sueño.

Es necesario que la persona sistematice los hábitos previos al sueño, como alimentos, bebidas (alcohol-cafeína) y medicamentos.

También es necesario consignar las actividades realizadas antes de acostarse tales como lectura, televisión, sexo, trabajo, ejercicio y vida social.

Registrar la hora de acostarse, el tiempo necesario para conciliar el sueño.

Sistematizar las características del sueño, calidad, incluyendo las fases de vigilia nocturnas, ensoñaciones, ronquera o movimientos anormales.

Registrar la hora de despertar.

Registrar la somnolencia y las siestas diurnas y todos aquellos factores poco habituales o de interés.

En caso de presentar alguna discapacidad o enfermedad que le impida cumplir con las recomendaciones de ejercicio, la persona mayor debe procurar ser tan físicamente activa como le sea posible.

Lo central de los signos de alarma es desarrollar estrategias de monitoreo del sueño. Es muy importante que los formadores queden con esta estrategia muy clara, ya que es lo principal que deben transmitir a los cuidadores cuando realicen los cursos. Estos signos están todos motivados por generar un sistema de monitoreo del sueño para adultos mayores que padezcan algún tipo de trastorno del sueño. El segundo bloque se refiere a la higiene del sueño.

Con los años se va volviendo más difícil llegar y conciliar el sueño, es por eso que es muy importante mantener un ambiente propicio para el sueño. A esto se le llama higiene del sueño. Es muy importante ordenar el cuarto y retirar los elementos que perturben el sueño. Con ello nos referimos a cualquier tipo de distracción, ruido o luces. Acá se puede pedir a los formadores que participen pensando qué tipo de cosas pueden ser retiradas de los cuartos. Los elementos que sean nombrados pueden ser

puestos en el tablero: celulares, relojes digitales que emitan luz, radios que emitan luz, televisores, entre otros. La higiene del sueño también requiere ordenar los objetos dentro del cuarto para que el dormir sea cómodo y acorde a las necesidades del envejeciente. Por ejemplo, una cama muy baja puede dificultar que la persona mayor se levante con facilidad. A su vez, unas cortinas muy delgadas dejarán entrar la luz y despertarán a la persona. Mantener una habitación muy llena de cosas puede dificultar la movilidad dentro del cuarto o propiciar accidentes cuando la persona mayor salga del cuarto en la noche.

Actividad

Tiempo 1 hora repartida así:

- 10 minutos para reunirse en los grupos del paciente, entregar el paciente y explicar la actividad
- 30 minutos para la lectura en conjunto de los diagnósticos o el análisis del mapa y para su discusión interna
- 20 minutos para socializar las experiencias

Materiales

- Hojas impresas con las historias (Sueño)
- Los pacientes realizados en la actividad anterior

Descripción: Cada grupo de participantes tomará el paciente construido en la actividad anterior y tomará un papel al azar, donde estará escrita una historia corta que deberán leer, algunas tendrán por detrás un mapa de la habitación, para algunos la solución será ordenar la habitación, para otros hacer un sistema de monitoreo y para otros llamar al médico (ANEXOS). El final de la charla debe volver a hacer hincapié en la importancia de transmitir a los cuidadores los signos de alerta y las estrategias de higiene del sueño, más que enseñarles los tipos de trastornos o que se vuelvan unos expertos en diagnósticos. A su vez, también hay que entrenarlos en mantener atención frente a las personas mayores y nunca menospreciar sus dolores o problemas.

Anexos



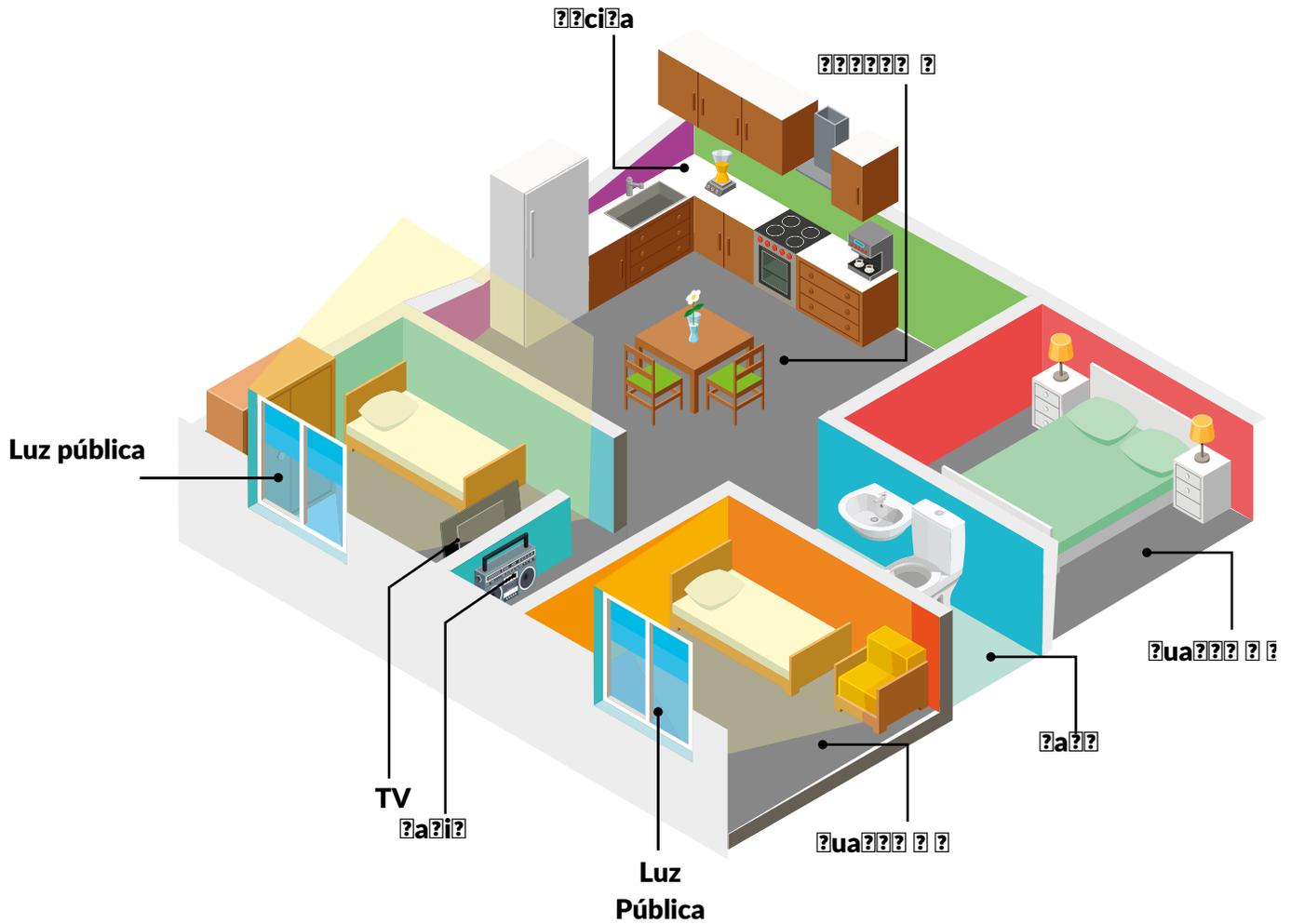
Sueño #1:

La escena debe ser dramatizada con el paciente/muñeco.

El paciente vive en un cuarto que da a la calle y repetidas veces en la noche despierta al cuidador (tú) con sonidos por la casa. De la semana pasada el día lunes lo despertó un sonido en la cocina, cuando se levantó el paciente estaba en la cocina preparándose algo, a las 2:30am. El miércoles de dicha semana el cuidador notó al cuidado cansado y con ojeras. El jueves deciden en familia afrontar la situación, pues el paciente no quiere hablar de lo que le ocurre, así que deciden revisar el hogar en busca que información y alternativas.



Señale en el mapa qué puede estar afectando el sueño del paciente y qué alternativas puede haber para mejorarlo.



Sueño #2

Es importante que la historia sea dramatizada con el paciente:

El paciente tiene claras actitudes de irritabilidad, de falta de memoria y de capacidades de atención. El paciente lleva aislado unos 3 o 4 meses sin conversar mucho con su familia, únicamente con un nieto. El cuidador (tú) pregunta al niño, que le comenta que habla mucho con su abuelo y que lo quiere. También le dice que los vecinos de abajo ponen música duro y eso le impide dormir bien. Debido a ello asumió ver televisión y leer en la noche como una estrategia para pasar el tiempo.

Los cuidadores investigan y en el piso de abajo ya no residen los jóvenes de antes, pero la situación de la persona mayor no ha mejorado en esos meses. En un momento deciden hablar con el paciente con ayuda de su nieto. Deciden hacer una cena (9pm)

para conversar. Al principio se muestra tranquilo y empieza a hablar de su problema de irritabilidad y falta de atención. Comenta que lee mucho en las noches y que ve televisión, así como menciona el incidente con los vecinos. Sin embargo, algo no sale bien, cuando es confrontado y dicen que no hay vecinos abajo que hagan ruido el paciente se va molesto luego de decir que no entendían por lo que estaba pasando ni lo acompañaban. Decide hacerse un tinto y salir al balcón a fumar.

Haga una lista con los signos de alarma de la situación:

Sueño #3

Es importante que la historia sea dramatizada con el paciente:

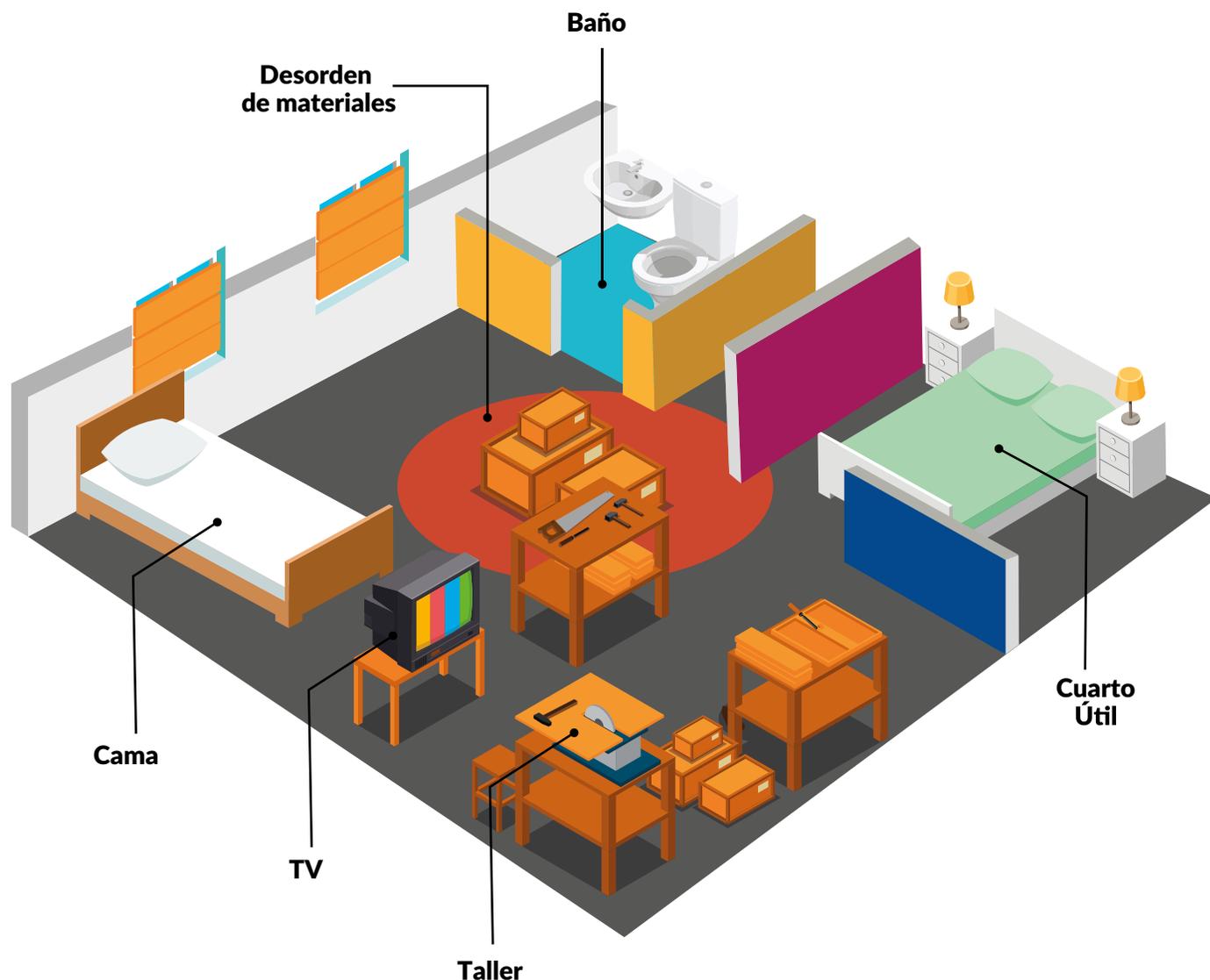
Preocupados por la salud de su tía abuela y su pareja (los pacientes), que se ven visiblemente cansados, la familia (tú) emprende una búsqueda de razones del cansancio de sus seres querido. Al hijo mayor de la pareja, el único que reside en el país, le fue imposible tenerlo en su casa y pidió ayuda a un amigo que tiene una casa grande en el centro de la ciudad, donde además de él hospeda inquilinos.

La familia decide charlar del tema con la pareja de personas mayores, quienes responden que debido a la imposibilidad de mantenerse, deben ambos tener emprendimientos. Él se dedica a asesorar personas (es de profesión abogado) a cambio de dinero. Ella es carpintera y se dedica a hacer pequeños pedidos a conocidos, como sillas o muebles pequeños. Aprovechando el tamaño del cuarto, confiesa haber convertido una parte en su taller personal.



Cuando la familia se dirige a la casa a ver el estado de la habitación se sorprenden, ya que no sólo esta está llena de objetos de carpintería en el piso, sino que las únicas dos ventanas que tiene son de madera y están selladas

¿cuáles de estas situaciones pueden ser mejoradas? ¿Dónde están los signos de alarma (en el texto y en el mapa)? ¿qué estrategias se pueden adoptar para mejorar el sueño de la pareja?



Incontinencia

Se iniciará con una breve recapitulación de la sesión anterior, no mayor a 5 minutos, recordando los conceptos principales aprendidos (apnea, insomnio, higiene del sueño, etc). Una vez recordado esto, se iniciará la segunda situación introduciendo el tema de la incontinencia. La incontinencia [FALTA]. Dicha condición puede dificultar el día

a día de las personas envejecientes tanto por sus consecuencias físicas como psicológicas. Una persona con incontinencia es más propensa a aislarse y a tener miedo o pena de salir de casa.

La incontinencia urinaria es una condición que puede conducir al deterioro de la calidad de vida de una persona y afectar las capacidades funcionales del estado físico. Puede ser un problema higiénico y social y consiste en la pérdida involuntaria de orina. Entre el 30% y 50 % de los casos son transitorios, es decir pueden curarse con un buen tratamiento.

Con el envejecimiento el sistema urinario puede sufrir una reducción de la capacidad vesical, aumento de la frecuencia de micción y del volumen residual de la orina, variación de la urgencia para orinar (puede no sentirse hasta que la vejiga este completamente llena).

Sin embargo, no todas las incontinencias son iguales ni permanentes, es por eso importante mantener un monitoreo una vez que se detecte esta situación. Es importante, por esta razón, tener en cuenta los tipos de incontinencia y las soluciones específicas para cada tipo, y quiénes tienden a sufrirla.

¿En quiénes es más común sufrir de incontinencia?

- Mujeres
- Quienes tienen una enfermedad aguda
- Quienes tienen infecciones de las vías urinarias, las cuales constituyen uno de los problemas de salud más comunes entre los adultos mayores. Los síntomas más comunes son fiebre y vomito.
- Los hombres que presentan inflamación de la próstata
- Las personas mayores que sufren estreñimiento o impactación fecal
- Quienes tienen alteraciones en la movilidad, alteraciones psicológicas y/o deterioro neurológico y cognoscitivo.
- Finalmente, aquellas personas mayores que enfrentan a un cambio de casa o a un ambiente nuevo.

Además:

Hay cuatro tipos de incontinencia: de urgencia, de estrés, refleja y funcional:

- La incontinencia de urgencia es la emisión involuntaria que ocurre después de sentir una fuerte urgencia de orinar,
- La incontinencia por estrés es la perdida de orina que se da por el aumento de la presión intra-abdominal debida a la debilidad del suelo pélvico y los músculos elevadores del ano





- La refleja es la pérdida de orina involuntaria causada por la falta de un control neural potente
- La funcional es aquella incapacidad de alcanzar el baño a tiempo por factores ambientales, limitaciones físicas o deterioro cognoscitivo.

Algunos medicamentos relajantes musculares, sedantes, narcóticos e hipnóticos pueden favorecer la incontinencia en tanto relajan los músculos que controlan la orina y reducen la percepción del deseo de orinar. Los diuréticos aumentan el volumen de la orina por lo que no se recomienda tomarlos en la noche, y el alcohol y los tranquilizantes reducen la continencia.

Es necesario considerar también algunas causas externas como las dificultades de la visión y la disminución de la agilidad que acompañan la vejez, hacen aumentar el tiempo de reacción para alcanzar el baño, llevando al aislamiento social por temor a salir de casa, sintiéndose deprimido y perdiendo su autonomía funcional.

Otro tipo de incontinencia está relacionada con el descontrol intestinal (incontinencia fecal) consistente en el escape involuntario de heces, desde el manchado de la ropa interior hasta la emisión de un gran volumen de heces, provocando molestia personal y de sus cuidadores y familiares por los malos olores y la incomodidad del evento. Como factores predisponentes están el estreñimiento, el sedentarismo y una alimentación con poca ingesta de fibra y líquidos. La impactación fecal es la causa principal de la incontinencia fecal y se requiere limpieza manual, reeducación intestinal (ejercicios de Kegel) y dieta líquida para controlarlo. El control neurológico de la continencia ano-rectal suele ir paralelo al control de la continencia urinaria

Con este panorama claro es más fácil tener un monitoreo de las actividades de la persona envejeciente una vez se detecta un problema de incontinencia. Lo importante no es recordar los síntomas al pie de la letra, sino pensar qué tipo de soluciones le competen a qué tipo de incontinencias.

Actividad

Tiempo 1 hora repartida así:

- 10 minutos para reunirse en los grupos del paciente, entregar el paciente y explicar la actividad
- 30 minutos para la lectura en conjunto de los diagnósticos o el análisis del mapa y para su discusión interna
- 20 minutos para socializar las experiencias
- Materiales
- Hojas impresas con las historias (incontinencia)
- Los pacientes realizados en la actividad anterior

Descripción: Cada grupo tomará el paciente construido en la actividad anterior y tomará un papel al azar, donde estará escrita una historia corta que deberán leer. Algu-

nas tendrán por detrás un mapa de la casa, para algunos la solución será ordenarla, para otros hacer un sistema de monitoreo y para otros llamar al médico (ANEXOS). El final de la charla debe volver a hacer hincapié en la importancia de transmitir a los cuidadores los signos de alerta y las estrategias de organización de la casa, más que enseñarles los tipos de trastornos o que se vuelvan unos expertos en diagnósticos. A su vez, también hay que entrenarlos en mantener atención frente a las personas mayores y nunca menospreciar sus dolores o problemas.

c. Anexos

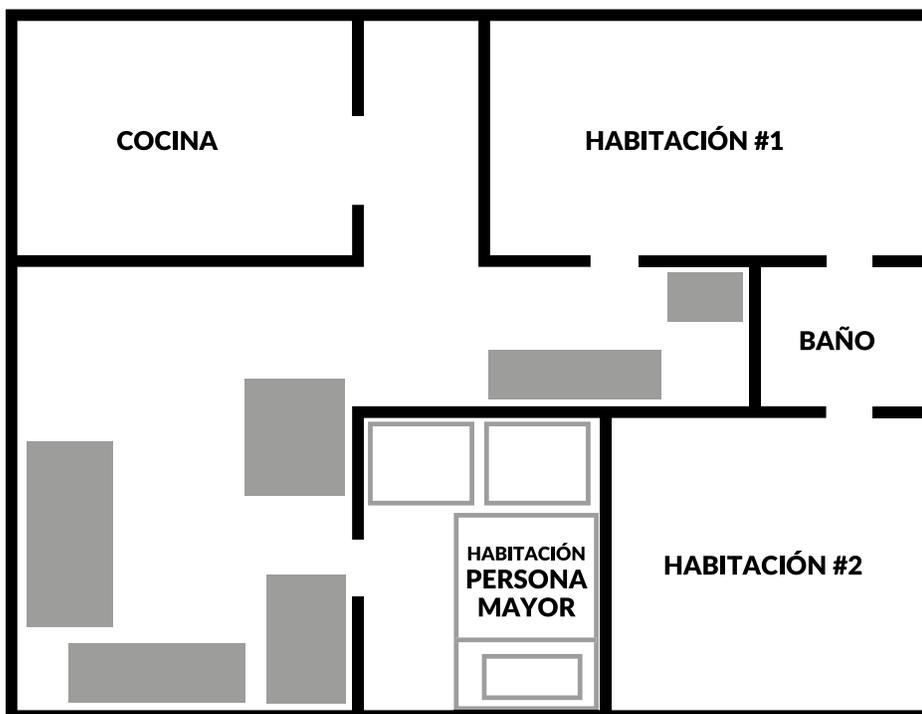
Incontinencia #1

Es importante que la historia sea dramatizada con el paciente.

Una persona mayor (el paciente) se encuentra retrotraída y solitaria. No le gusta salir al parque ni ir al grupo de tejido con sus amigas. La familia (tú) empieza a notar que su abuela deja de salir de casa y empieza a comportarse de forma extraña. Incluso dentro de la casa se la empieza a ver menos, y cuando pasa es por cortos períodos de tiempo y se la nota tensa y angustiada. Visiblemente afectados, tanto ella como su familia, deciden ir donde un profesional que les pide que dibujen la distribución de su casa.

El doctor les comenta que podría estar sufriendo de incontinencia

Subrayar los signos de alarma, señalar modificaciones en el mapa (muebles son grises) y escribir recomendaciones.



Una vez encontrada una solución el equipo debe escribir el final de la historia (donde debe decidir si la paciente se cura, no, o aprende a manejar su situación)

Incontinencia #2

La abuela (paciente) se encuentra tiene un problema de incontinencia desde hace más de 6 meses. Se escapa líquido cuando tose o estornuda, amanece con la cama mojada algunas noches y su actitud se ha vuelto arisca y solitaria. La paciente ha dejado de lado actividades en su comunidad como el club de ajedrez y de escritura, y ha dejado de participar en los almuerzos familiares por miedo a tener situaciones vergonzosas. La familia ha monitoreado con mucho juicio el último mes con de sucesos:

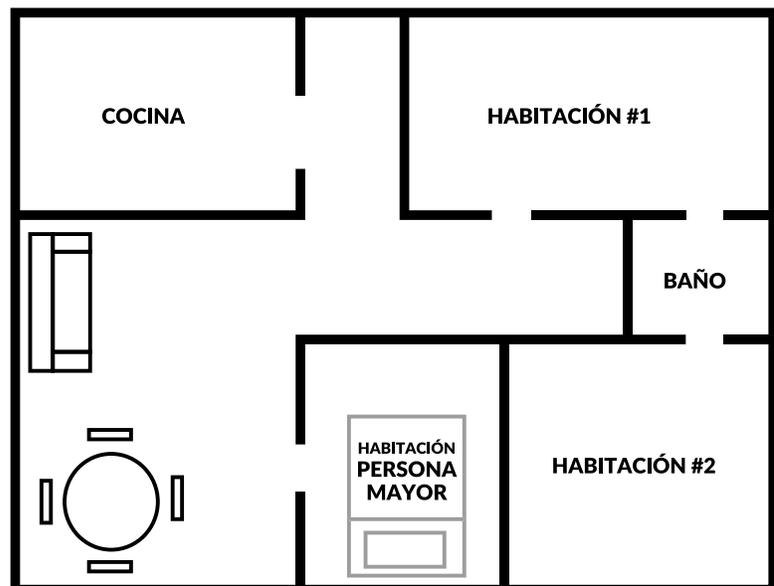
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Cama mojada	Irritabilidad			Incidentes Vergonzosos		
		Cama mojada			Cama mojada	
	Orines en el piso			Irritabilidad	Olor extraño en el cuarto	
Cama mojada		Irritabilidad	Cama mojada			

Además, su casa luce así:

Señale las buenas y malas prácticas de la familia, así como los signos de alerta.

¿Deben consultar al médico?

Terminen la historia



Inmovilidad y caídas y polifarmacia y automedicación.

a Objetivos específicos

a

Objetivos Específicos	Identificar, comprender y establecer la diferencia de los 4 conceptos de Inmovilidad, caídas, polifarmacia y automedicación
	Enseñar a los formadores la importancia de comunicar a los cuidadores tanto las advertencias como los riesgos que se tiene al usar los medicamentos así como, como los signos de alerta y las estrategias para reducir el riesgo de caídas.



b Contenidos de la sesión:

b

Inmovilidad y caídas.

La presente sesión unirá dos situaciones, el riesgo de caídas y la inmovilidad, y la polifarmacia y la medicación. Ambos temas son importantes y relevantes, y aunque no están directamente ligados, serán unidos para ir avanzando más en este aspecto. Empezaremos con la inmovilidad y caídas:

La inmovilidad consiste en la reducción de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria, por deterioro de funciones relacionadas con el sistema neuromusculo-esquelético. Son causa frecuente del deterioro de esta función las reacciones a algunos fármacos, el dolor, la deficiente nutrición, depresión, falta de motivación, deterioro sensorial y el temor a las caídas.

La movilidad puede deteriorarse por condiciones de salud específicas como las fracturas, las enfermedades pulmonares, insuficiencias cardiovasculares, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis, alteraciones malignas, lesiones de la médula espinal y cirugías.

El deterioro de la movilidad en las personas mayores puede ser irreversible afectando la locomoción y la postura erecta. Es necesario programa planificado de ejercicios, una buena nutrición, acompañados de un apoyo psicológico para trabajar el miedo a las caídas, que puede volverse incapacitante.



Uno de los factores que usualmente se relaciona con las caídas son los episodios de mareos que a veces sufren las personas mayores. Sin embargo, no es un determinante, es decir, el mareo no está directamente relacionado con el riesgo de caídas:

El mareo es un síntoma subjetivo difícil de medir que con frecuencia aumenta en los mayores de 75 años, generalmente experimentan una sensación de desorientación relacionada con posiciones o movimientos del cuerpo en el espacio. Los mareos se clasifican en **vértigo** caracterizado por la sensación de que los objetos giran alrededor; el **aturdimiento pre sincopal** en donde hay una sensación de desmayo inminente asociada a falta de equilibrio y el **desequilibrio** en donde hay una sensación de pérdida de balance corporal.

El mareo no compromete la vida de la persona mayor, pero afecta la funcionalidad disminuyendo la actividad física con las consecuencias que se derivan de ello. Muchas de las causas son manejables, pero necesitan ser consultadas.

Las causas de mareo son diversas y van desde las afectaciones al sistema neuro vestibular hasta el sedentarismo, la mala nutrición y la ingesta indiscriminada de medicamentos (polifarmacia).

¿Pueden estos mareos o desequilibrios causar caídas?

En algunos casos pueden estar asociados, pero no son causa directa. Las caídas y traumas por accidentes son frecuentes en los adultos mayores y deben ser prevenidas en tanto pueden ser causantes de la muerte de la persona. En algunos momentos constituyen una alerta de enfermedad y conllevan pérdida de autonomía funcional. Una vez que la persona mayor se ha caído una vez, corre el riesgo de sufrir otras caídas. La lesión más común es la fractura de cadera.

El riesgo de caída está relacionado con cambios en el sistema sensorial propios de la edad, alteraciones en la visión: distinción de colores, profundidad, agudeza, etc.; problemas musculo-esqueléticos: disminución de fuerza muscular; la pérdida de neuronas y la lentitud para reaccionar; los problemas en los pies afectan la estabilidad; los problemas cardíacos y vasculares; la incontinencia de urgencia; la desorientación y la pérdida de memoria, las caídas que anuncian una enfermedad como la neumonía y todos los riesgos ambientales que incluyen la organización del lugar donde vive: iluminación inadecuada, superficies resbaladizas, mobiliario inadecuado y la vestimenta que utiliza.

Otras causas habituales de caídas son el aburrimiento, la depresión, la pérdida de confianza, el deterioro cognoscitivo avanzado y el alcoholismo. Es muy importante adecuar el espacio en el que la persona mayor habitará y evitar los riesgos.

Para los formadores lo importante es que comuniquen a los cuidadores tanto las advertencias frente al mareo, como los signos de alerta y las estrategias para reducir el riesgo de caídas. Los dos primeros momentos, como ya se mencionó, requieren

de un monitoreo minucioso: estar atentos frente a los síntomas del mareo y poner mucha atención a la persona mayor cuando se queje de ello. Finalmente, el último elemento es fundamental. Un ambiente amigable con las personas envejecientes es uno que facilite su movilidad y evite las caídas. Si bien cada persona envejeciente tiene sus requerimientos específicos dependiendo de su situación de salud, como regla general se debe tener un espacio que sea fácil de transitar, con pocos obstáculos y pocos elementos contundentes cerca de ellos. A su vez, deben verse los lugares más transitados por la persona mayor y asegurarse de que el riesgo de caídas sea mínimo (cables atravesados, poco espacio de tránsito en un pasillo, grandes extensiones de espacio sin apoyo, etc).

Polifarmacia y automedicación.

Por otra parte, la polifarmacia y automedicación son riesgos a los cuales la población envejeciente suelen enfrentarse, debido al incremento en la ingesta de medicamentos asociado a la vejez. Las personas mayores responden a los medicamentos de maneras diferentes debido a múltiples factores como enfermedades crónicas o sensibilidad a nivel de receptores, por lo que las concentraciones farmacológicas desencadenan respuestas distintas en una persona joven que en una mayor.

Es muy importante consultar con el especialista antes de auto medicarse buscando un diagnóstico correcto y así mismo una buena prescripción. En ese mismo sentido, se debe informar al médico los medicamentos tomados, considerados “inofensivos”, naturales o suplementos alimenticios o vitamínicos, en tanto que hay algunos que obstaculizan la acción de fármacos evitando que controlen la afección para la que fueron formulados.

Por esta razón, se debe mantener un monitoreo constante sobre los medicamentos ingeridos por la persona mayor. La realización de una tabla con los medicamentos diarios o que sea otra persona (y no la persona mayor) la que ordene los medicamentos y dé la dosis diaria pueden ser estrategias útiles para evitar la sobre-medicación o la sub-medicación. Es importante que los formadores transmitan estas últimas recomendaciones a los cuidadores.

Actividad

Tiempo 1 hora repartida así:

- 10 minutos para reunirse en los grupos del paciente, entregar el paciente y explicar la actividad
- 30 minutos para la lectura en conjunto de los diagnósticos o el análisis del mapa y para su discusión interna
- 20 minutos para socializar las experiencias

Materiales

- Hojas impresas con las historias (inmovilidad y caídas y polifarmacia)
- Los pacientes realizados en la actividad anterior



Descripción: Cada grupo tomará el paciente construido y elegirá un papel al azar, donde estará escrita una historia corta que deberán leer. Algunas tendrán por detrás un mapa de la casa, para algunos la solución será ordenarla, para otros hacer un sistema de monitoreo y para otros llamar al médico (ANEXOS). El final de la charla debe volver a hacer hincapié en la importancia de transmitir a los cuidadores los signos de alerta y las estrategias de organización de la casa, más que enseñarles los tipos de trastornos o que se vuelvan unos expertos en diagnósticos. A su vez, también hay que entrenarlos en mantener atención frente a las personas mayores y nunca menospreciar sus dolores o problemas.

Anexos

Inmovilidad y caídas / polifarmacia y automedicación #1

Es importante que la historia sea dramatizada con los pacientes.

Esta es la casa de la familia (tú) de una señora mayor (paciente). El área gris es la zona de juego de los niños de 7 y 5 años que la pareja tiene. La persona mayor sufre de mareos leves, que no impiden su movilidad, pero sí la dificultan. Ella es una amante de la cocina y la jardinería, le encanta salir a cuidar las plantas del parque y a conversar con otros envejecientes. Sin embargo, se ha caído dos veces el último mes, afortunadamente sin consecuencias.

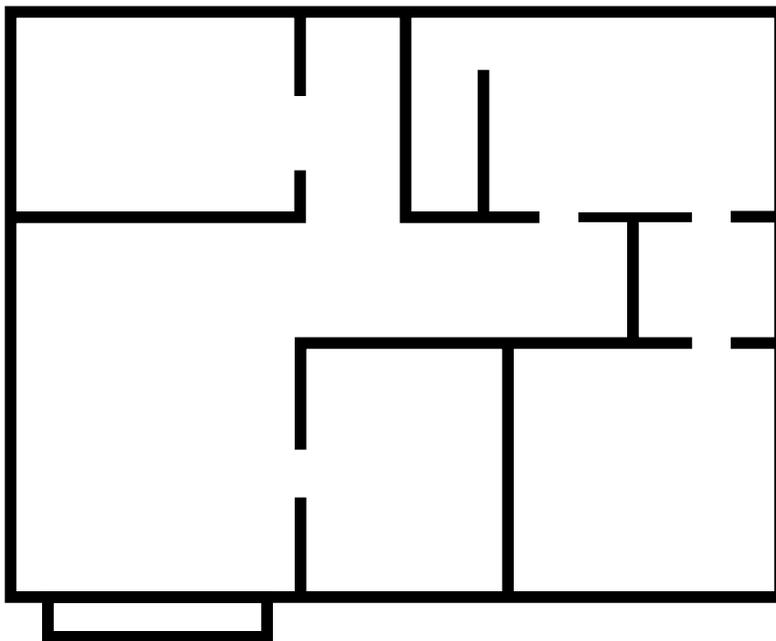
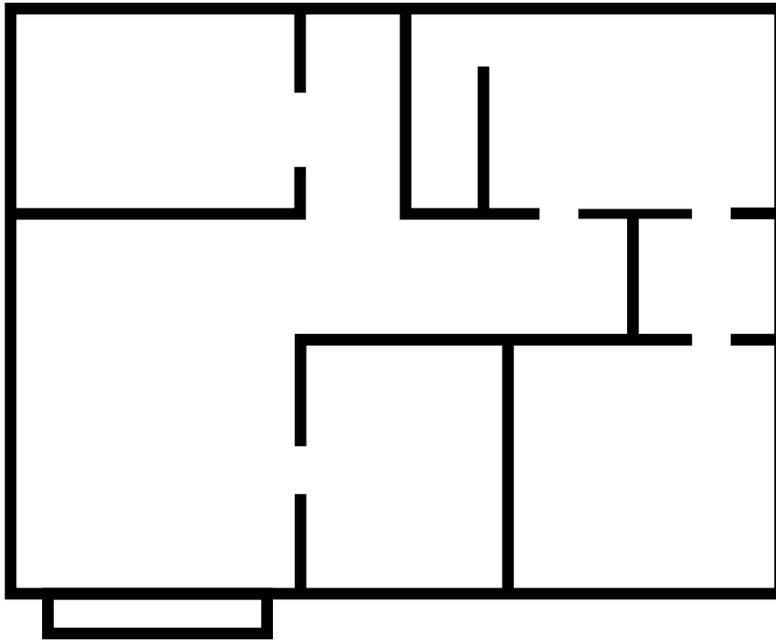
¿Cómo mejorar el ambiente para que sea amigable y seguro? ¿Pondría barandillas de ayuda? Dibuje los que, cree, son los principales caminos que usa la persona mayor.

Termine la historia. ¿Se recupera la señora? ¿Las barandas y apoyos mejoran su calidad de vida? ¿Jugará con sus nietos?



Inmovilidad y caídas / polifarmacia y automedicación #2

Es importante que la historia sea dramatizada con los pacientes. Unas parejas de envejecientes rediseñaron su casa para que fuera segura y previniera las caídas. La señora, de 72 años, debe usar silla de ruedas para moverse. Dibuje el antes y el después del apartamento (y póngale nombre y utilidad a las habitaciones. (Pueden dibujar muebles o salones para hobbies)



Inmovilidad y caídas / polifarmacia y automedicación #3

Es importante que la historia sea dramatizada con los pacientes.

Una pareja de pacientes tiene el siguiente consumo de pastillas:

Hombre:

- Una pastilla roja todas las mañanas
- Tres pastillas azules, dos en la mañana (luego del desayuno) una en la noche (antes de dormir)
- Una naranja cada 48 horas
- Una verde que debe tomar cada vez que sienta dolor
- Una pastilla amarilla pequeña 1 vez a la semana, comenzando el martes.

Mujer:

- 2 pastillas verdes en la mañana, 2 en la tarde
- 4 pastillas redondas repartidas en una semana, la mujer se las toma día por medio
- Una cucharada de jarabe con vitaminas 3 veces a la semana
- 1 pastilla azul a la semana
- 1 pastilla naranja a la semana (debe ser dos días después de la azul)

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
DIA							
NOCHE							

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
DIA							
NOCHE							

Termine la historia ¿cuáles son los riesgos de sobremedicarse? ¿Qué medicamentos se pueden confundir más fácil? ¿Qué recomendación de cuidado daría?

Trastornos de ánimo y cognoscitivos y signos de alerta.



Objetivos específicos:

a

Objetivos Específicos	Reconocer los signos y señales de alarma relacionadas con el ánimo y el deterioro cognoscitivo que pueden afectar el desempeño cotidiano del adulto mayor
	Dar a los formadores una visión concreta de los signos de alerta, recogiendo los elementos difusos de la actividad anterior para dar un cuadro en el cual puedan resumirse todas las señales frente a las cuales los cuidadores deben presentar alerta
	Formar a los formadores en un cuadro claro de señales de alerta, que deben transmitir a los cuidadores en sus cursos

Contenidos de la sesión:

b

Trastornos de ánimo y cognoscitivos.

Los déficits propios del proceso de envejecimiento conllevan al aislamiento social de la persona afectada, provocando dificultades para relacionarse con otras personas y con su entorno y mucha soledad. El auto concepto y la autoestima están reforzados por el trato con otras personas. Comportamientos asociados con confusión, demencia o alcoholismo pueden alejar a los demás; sin embargo, el aislamiento puede convertirse en un mecanismo auto protector cuando se teme la opinión negativa de los demás a propósito de las dificultades.

La institucionalización o el vivir en ciudades donde el anonimato es la tendencia puede separar a la persona mayor de amigos y familia empeorando la situación de aislamiento y soledad.

Además de ello, se pueden presentar problemas de ánimo frente a la llegada de la vejez sin una correcta compañía de sus ventajas. Con esto queremos decir que, algunas veces se envejece con los prejuicios de la vejez muy presentes, sin darse la oportunidad de repensar su rol dentro de la sociedad:

Los cambios de rol que se dan en la persona mayor, de trabajador(a) a jubilado(a), esposo (a) a viudo (a), de padre o madre a abuelo(a), lo hacen cuestionar sobre su papel y utilidad para la sociedad y lo puede entristecer hasta la depresión.

La **apatía, ansiedad y depresión** son los trastornos del afecto más frecuentes en las personas mayores presentando humor y aspecto triste, incluyendo llanto, ideas y comportamientos suicidas, pesimismo y sentimientos de inadecuación, indefensión, comportamiento dependiente, indecisión, preocupación por el futuro, culpabilidad, vergüenza y falta de energía alterando la memoria, el sueño, la atención, el interés y placer sexual y quejas somáticas como cefalea, estreñimiento, sequedad de la boca, dolores de estómago, náuseas o dispepsia.

Una vez reconocidas las principales afectaciones de ánimo que presentan las personas mayores, es hora de agudizar los sentidos a las señales de alarma:

Frente a la depresión y las manifestaciones de inutilidad hay que estar muy alertas. Los intentos sutiles de suicidio se relacionan con conductas como dejar de comer, sobredosis accidentales y falta de cumplimiento de los tratamientos médicos. La valoración física completa es muy importante en tanto que hay alteraciones fisiológicas que tienen síntomas similares, el hipotiroidismo, por ejemplo.

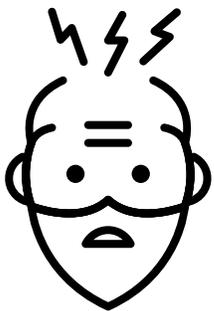
Como causas psicosociales comunes de la depresión se encuentra la pérdida real o anticipada de la salud, de la autonomía, de seres queridos, de roles o la disminución del auto concepto.

El autocuidado está amenazado por la poca motivación, la baja autoestima, las barreras ambientales, el deterioro cognoscitivo, el dolor, las restricciones de la movilidad y la parálisis, afectando la capacidad de llevar a buen término las actividades cotidianas de bañarse, vestirse, alimentarse, eliminar heces y orina, cumplir con las indicaciones médicas y relacionarse con otras personas en diferentes espacios laborales y recreativos. Estas dificultades transforman la relación de la persona mayor con sus familiares, hay culpa y vergüenza por el contacto íntimo que se hace necesario para el cuidado, situación que empeora cuando el cuidador debe ser una persona externa a la familia.

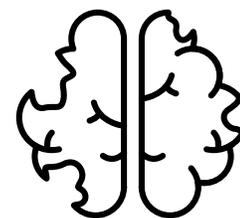
Este momento es muy importante, ya que (como hemos mencionado) el autocuidado es la piedra angular del proyecto, y proteger el autocuidado de las enfermedades es fundamental. Muchas de las afectaciones del ánimo tienen consecuencias en una pérdida de autocuidado, los cuidadores deben estar atentos a dichas advertencias y deben continuar con los cuidados.

Además:

El deterioro cognoscitivo es la forma como actualmente se conoce la demencia en sus distintas presentaciones. Hace referencia al deterioro adquirido y persistente de las funciones intelectuales afectando principalmente el lenguaje, la memoria y las habilidades visoespaciales, acompañado por supuesto de



cambios en la personalidad y trastornos cognitivos. El deterioro cognoscitivo puede ser leve, moderado o severo y puede ser provocado por la enfermedad de Alzheimer, las demencias multiinfarto o causas mixtas. (5)



Demencia leve	Síntoma inicial es la pérdida de memoria de cosas recientes y desorientación. Presencia de irritabilidad, cambios de carácter y afecto triste.
Demencia moderada	Mayor desorientación de tiempo y lugar, dificultades en el lenguaje, se afecta la lecto- escritura y el cálculo. Retraimiento e indiferencia afectiva.
Demencia grave o severa	Dificultades para comunicarse, deterioro intelectual total. Incontinencias, trastornos de alimentación con problemas para deglutir y masticar. Movimientos estereotipados y repetitivos, alteraciones en la marcha y el equilibrio.

Frente a esto es muy importante mantener las señales de alerta y no permitir que la enfermedad llegue a estados avanzados. Un correcto monitoreo y ayuda profesional pueden impedir que la calidad de vida de la persona mayor se deteriore.

Sin embargo, también pueden ser detonados por cambios de entorno, o por tratamientos de otras enfermedades.

El cerebro envejecido es muy vulnerable y sensible a los cambios del entorno. Los fármacos, las enfermedades de otros órganos y los cambios ambientales afectan su funcionamiento. El síndrome del delirium constituye la manifestación clínica de la influencia de estos factores en el cerebro, algunos cambios ambientales como puede ser una hospitalización pueden provocar desorientación y parecerse a una demencia. Entonces, el delirium que en algunas ocasiones se denomina también Síndrome Confusional Agudo es una alteración orgánica cerebral de aparición aguda, asociada a diferentes enfermedades como infección urinaria, neumonía, trastornos hidroelectrolíticos entre otros y es reversible si se trata la enfermedad causante.

Frente al deterioro cognoscitivo tanto el afectado como la familia tienen una primera respuesta de negación y menosprecio de los síntomas por lo sutil de su presentación. Sin embargo, una vez instaurada la situación es progresiva y conduce al deterioro, por lo que requiere pronta atención y manejo para la persona afectada y su familia.

Actividad

Tiempo 1 hora repartida así:

- 10 minutos para reunirse en los grupos del paciente, entregar el paciente y explicar la actividad
- 30 minutos para la lectura en conjunto de los diagnósticos o el análisis del mapa y para su discusión interna
- 20 minutos para socializar las experiencias
- Materiales
- Hojas impresas con las historias (anexo trastornos de ánimo y cognoscitivos)
- Los pacientes realizados en la actividad anterior

Descripción: Cada grupo tomará el paciente construido en la actividad anterior y tomará un papel al azar, donde estará escrita una historia corta que deberán leer. Algunas tendrán por detrás un mapa de la casa, para algunos la solución será ordenarla, para otros hacer un sistema de monitoreo y para otros llamar al médico (ANEXOS).

El final de la charla debe volver a hacer hincapié en la importancia de transmitir a los cuidadores los signos de alerta y las estrategias de organización de la casa, más que enseñarles los tipos de trastornos o que se vuelvan unos expertos en diagnósticos.

A su vez, también hay que entrenarlos en mantener atención frente a las personas mayores y nunca menospreciar sus dolores o problemas.



Anexos

Trastornos cognoscitivos y de ánimo #1

Es importante que la situación sea dramatizada con el paciente

El abuelo (paciente) le comenta a su familia (tú) que se siente solo y sin ánimos. La familia estaba muy ocupada con sus asuntos, entonces no le prestó la atención necesaria. Luego de un mes en el que cesaron las llamadas la familia se preocupó y decidió visitarlo en el apartamento, donde lo encontraron visiblemente cansado y descuidado.

Su cuarto permanecía sucio y había adquirido mal olor, él llevaba días sin bañarse ni cortarse las uñas. Al sugerirle que saliera al parque respondió que no agresivamente, y pidió que lo dejaran solo. La trabajadora doméstica de su casa, la única persona con la que tenía contacto, comentaba que si no fuera por ella él hubiera dejado de comer.

Al investigar, la familia se percató que el barrio en el que vive carece de personas envejecientes y está lleno de locales, lo que lo hace muy vacío por las noches. El desplazamiento es difícil y no hay muchos parques ni zonas de esparcimiento. A su vez, se dieron cuenta que su abuelo había vuelto a beber, y él tuvo problemas con el alcohol en su adultez.

Luego de unas semanas de monitoreo, la situación del abuelo no mejoraba, pero se percataron de un problema de incontinencia surgido por el consumo de mucho café y alcohol.

La decisión de internarlo fue tomada de mala manera por él, y a regañadientes fue llevado a una institución, donde la situación incluso empeoró. A pesar de no ser violento, respondía agresivamente a enfermeras y otras personas mayores y sólo se sentaba en su esquina y pedía no ser molestado.



Subraye los signos de alerta, haga una lista con posibles soluciones y termine la historia



A large rectangular area consisting of ten horizontal light blue bars, intended for writing the answer to the prompt above.

Trastornos cognoscitivos y de ánimo #2

La madre (paciente) le comenta a su hijo mayor (tú) que está muy frustrada por no poder realizar piezas de cerámica en su clase de los martes. Le comenta, también, que los compañeros de ella se burlan y dificultan su labor dentro de la clase. La familia se despide y no vuelven a verla en dos semanas.

Un día por la mañana el hijo mayor recibe un mensaje por WhatsApp en el que dice que se saldrá de las clases de cerámica y que está muy frustrada. El hijo responde que no se preocupe y que si no se siente cómoda no es necesario que continúe yendo. El hijo mantiene económicamente a su madre, que de joven fue agricultora y no logró conseguir una pensión. Desde que vive en la ciudad, hace 10 años, se había dedicado a la jardinería (con lo que lograba sostenerse). Lamentablemente, una caída dañó su cadera y le fue imposible seguir practicando la jardinería, que requería de desplazamientos y riesgos que ya no podía darse el lujo de correr (sobre todo en balcones, que era su especialidad).

Dos semanas después la situación parecía haberse solucionado, la madre no volvió a comentar a su hijo frustraciones por la clase y la situación parecía que se había regularizado (aunque la relación seguía teniendo menor intensidad que antes, y las llamadas se iban haciendo menos comunes).

Un día el hijo, al llegar del trabajo, encontró a su madre en la puerta de su casa, visiblemente cansada, flaca y descuidada (sin maquillar, y él sospechaba que incluso sin bañar). El hijo preocupado la abrazó y le preguntó qué le pasaba, a lo que la madre respondió con frialdad, le dio un abrazo, le entregó un diario y le pidió que la dejara ir. El hijo no se lo permitió, le dijo que tenían que solucionar la situación en ese instante y que él estaba muy preocupado. La situación terminó en una pelea en la cual el hijo se puso muy molesto, gritó a su madre y la obligó a pasar esa noche en su casa.

Durante la noche el hijo leyó el diario que le había entregado su madre. Un párrafo lo sorprendió:

He sido una mujer berraca papito, usted sabe que es así. Levanté una familia de 4 hijos yo sola, después de que su papá nos abandonara. Nunca dije que no podía, nunca los dejé pasar hambre y nunca permití que ser mujer me impidiera sacar a mis 4 niños adelante. Pero ahora es más difícil, y usted es el único que está cerca de mí y al que le puedo hablar. Después de ese accidente no soy la misma, me siento inútil. Y ni la cerámica, ni el ajedrez, ni nada. ¡NADA ME SIRVE!

El hijo baja al primer piso, despierta a su madre y la abraza

¿Cuáles son los signos de alarma? ¿Qué le recomienda al hijo hacer?
Termine la historia





Signos de alerta

Incontinencia Urinaria o Fecal

Orinar mucho, presentar mucha sed y mucha hambre

Presentar desmayos o caídas

Si presenta el peor dolor de cabeza de su vida

Si esta orinando poco y se le hinchan los pies

Dolor en el pecho

Dificultad para respirar

Tos que dura más de dos semanas dolor el pecho cuando toce.

Ardor al orinar u orina espumosa

Fiebre (mayor a 38°C)

Hipotermia (menor a 36°C)

Dolor en las piernas que aumenta cuando camina y disminuye con el reposo

Pérdida de peso a pesar de estar comiendo lo mismo o falta de apetito

Sangre en la orina o en la deposición

“Masas o bultos” debajo de la piel o nuevos lunares o lesiones en la piel.

Visión borrosa, visión doble o puntos ciegos

Disminución de la audición o pitos en los oídos

Dolor abdominal o dolor de espalda severos

Tener todos los signos de alarma puestos en un solo espacio nos permite tener la visión general que es fundamental que el cuidador se lleve a casa, y que el formador pretenda enseñar. Es por eso que la realización de esta actividad puede parecer un poco como evaluativa. Se pretende mantener activos a los participantes haciéndoles preguntas permanentemente, recordando las historias leídas en la jornada anterior y las estrategias para agudizar los estados de alerta. Es a su vez necesario recordar los sistemas de monitoreo que se deben tener sobre la persona mayor una vez manifiesta dificultades en alguno de los campos mencionados.

Actividad

Tiempo 1 hora repartida así:

- 10 minutos para reunirse en los grupos del paciente, entregar el paciente y explicar la actividad
- 30 minutos para la lectura en conjunto de los diagnósticos o el análisis del mapa y para su discusión interna
- 20 minutos para socializar las experiencias

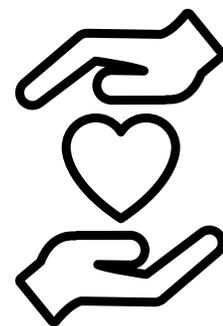
Materiales

- Los pacientes realizados en la actividad anterior

Descripción: Con todo lo aprendido, los participantes deben escribir dos finales de la historia de su paciente, uno si no hubiera sido intervenido de alguna de las situaciones mencionadas, y otra si sí lo hubieran hecho. Es importante que los formadores se lleven la idea de lo fundamental que es el papel del cuidador dentro del futuro de la persona cuidada. Los cuidadores pueden hacer la diferencia ¡Y deben hacerla! Son importantes y su trabajo debe ser valorado como tal. Una vez la actividad termine el facilitador de los formadores debe cerrar con una reflexión final que incluya estos elementos mencionados. Puede ser algo como:

Es muy importante que puedan ver la relevancia del trabajo de los cuidadores, y lo importantes que ellos son para las personas que cuidan. Una historia de vida entera, miles de anécdotas, risas y tristezas están encapsuladas en la persona cuidada, y es gracias al poder del cuidador que ella podrá tener una vejez digna que le permita traspasarle conocimientos a sus hijos, a sus nietos y a sus vecinos. ¿Se imagina alguno de ustedes si esa receta familiar de algún plato se hubiera perdido? Los envejecientes tienen grandes cosas para dar a sus familias y a la sociedad, y los cuidadores son parte de esos procesos.

Finalmente, cada grupo debe finalizar el recorrido con sus pacientes. De forma consensuada y con el mayor respeto, cada grupo debe elegir alguna forma de terminar el recorrido con los pacientes. Ya sea enterrándolos, quemándolos, arrugándolos o botándolos. Para finalizar la actividad de pueden compartir los sentimientos generados alrededor de finalizar una etapa del cuidado.



El duelo

Objetivos específicos

a

Objetivos Específicos	Establecer las herramientas básicas para abordar y evaluar el duelo en la vejez
------------------------------	---

Contenidos de la sesión:

b

Esta sesión se diferencia un poco de las anteriores en la medida en que toca un tema delicado tanto para cuidadores como para cuidados. El duelo es una situación a la que tanto los cuidadores como las personas mayores se ven enfrentadas, y deben estar en capacidad de elaborar. Esto puede ser ya sea porque muera un cercano o la pareja de la persona cuidada, o que muera el cuidado y el duelo deba ser emprendido por el cuidador.

El duelo se define como la respuesta a la pérdida de un ser querido, consta de diferentes manifestaciones todas encaminadas a superar el dolor de la pérdida y a la adaptación a la nueva situación. Se caracteriza por la constante recordación de la persona perdida, sentimientos de tristeza y dolor que se manifiestan en lo psíquico, pero también en lo físico. La manera de afrontar una pérdida y su duelo está directamente relacionada con las creencias culturales, religiosas y con la edad de quien la sufre. Para las personas mayores ver morir a su pareja es muy doloroso y representa una de las adaptaciones más difíciles.

Conocer las fases del duelo (propuestas por Elizabeth Kübler Ross) facilita entender y permite manejar y acompañar el proceso, comprendiendo cuando la respuesta es la esperada o cuando se requiere ayuda de un profesional. (Negación, Ira, negociación, depresión y aceptación). Es esperable que la reacción inicial sea aguda y esté marcada por la no aceptación de la pérdida.

En este momento se puede profundizar en las fases del duelo, para capacitar a los formadores en identificación de las mismas para pulir las señales de alarma. Aunque las etapas del duelo sean autoexplicativas, es necesario tomarse un segundo para explicarlas. La Negación se caracteriza por asumir la noticia de una enfermedad terminal negando, como sugiere su nombre, su realidad. La Ira es el momento en el cual el cuidador o ser querido siente rabia frente a la realidad que antes negaba (de enfermedad o muerte). La negociación es el momento en el cual el afectado por el duelo se va haciendo a la idea de la realidad del mismo, negociando entre sus posturas y la

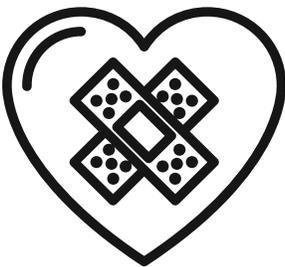


realidad, empezando a aceptarla. La siguiente fase de depresión es la aceptación triste y trágica del hecho, pero sin revés curativo, es decir, con la herida aún abierta. Se caracteriza por ser un momento de mucha tristeza y pensamientos sobre la persona fallecida. Finalmente, la aceptación es la fase final del duelo y se elabora con calma y tranquilidad, algo así como “hacer las paces” con la pérdida o la inminente pérdida.

Este proceso —el del duelo— suele durar dos a tres meses, pero puede alargarse dependiendo de la relación previa que se tenía con la persona fallecida, puede ser más complicado si se tenía una relación conflictiva y difícil. Al final del proceso, en la adaptación, se comienzan a expresar los afectos y pensamientos de aceptación y resignación frente a la pérdida y frente a padecimientos crónicos el duelo puede haber empezado antes de la muerte física facilitando el proceso de desapego. En general la expresión de sentimientos debe facilitarse, así como propiciar los ritos y la compañía y expresiones de solidaridad de amigos y familiares.

Si pasados 6 a 8 meses el dolor y la tristeza en lugar de disminuir aumenta y se acompañan de ideas depresivas, es necesario buscar la ayuda de un especialista y se empieza a hablar de un duelo patológico, que hay que atender. Es posible que frente a enfermedades crónicas incapacitantes o pérdida de miembros se dé un proceso de duelo como el descrito. De igual forma la familia de la persona mayor que se enfrenta a la enfermedad pasa por un proceso similar y en este momento de habla de un duelo anticipatorio.

Es muy importante mantener las señales de alarma en situación de duelo, pues un duelo mal llevado puede ocasionar deterioros en la salud mental y abandono del autocuidado que repercuten en la calidad de vida de la persona mayor. El duelo es también importante para la familia, ya que un duelo es más fácil de llevar si la relación con el paciente era suave y fluida. Tanto la familia, los allegados, el cuidador como el propio cuidado deben enfrentarse a este tipo de pérdidas y estar preparados para ellas.



Actividad

Tiempo 1 hora repartida así:

- 10 minutos para reunirse en los grupos del paciente, entregar el paciente y explicar la actividad
- 30 minutos para la lectura en conjunto de los diagnósticos o el análisis del mapa y para su discusión interna
- 20 minutos para socializar las experiencias

Materiales

- Hojas impresas con las historias (anexo duelo)
- Los pacientes realizados en la actividad anterior

Descripción: Cada grupo tomará el paciente construido en la actividad anterior y tomará un papel al azar, donde estará escrita una historia corta que deberán leer. Algunas tendrán por detrás un mapa de la casa, para algunos la solución será ordenarla, para otros hacer un sistema de monitoreo y para otros llamar al médico (ANEXOS).

El final de la charla debe volver a hacer hincapié en la importancia de transmitir a los cuidadores los signos de alerta y las estrategias para el duelo, más que enseñarles los tipos de trastornos o que se vuelvan unos expertos en diagnósticos. A su vez, también hay que entrenarlos en mantener atención frente a las personas mayores y nunca menospreciar sus dolores o problemas.

Anexos

Duelo #1

Una pareja de personas mayores disfrutaba de una vejez saludable y activa, haciendo actividades juntos como jugar ajedrez y pasear el perro. También tenían actividades separados, él gustaba mucho de la jardinería y hacía trabajos en el vecindario por dinero (aunque no lo necesitaba). Ella disfrutaba mucho de su grupo de costura y de sus clases de lectura, donde también escribían. Se alimentaban bien y, aunque no tenían pensión, sus hijos les entregaban dinero mensualmente. Eran autónomos, vivían solos y hacían parte de su comunidad de forma activa.

Sin embargo, el Alzheimer atacó a la mujer y en cuestión de meses la relación familiar se deterioró. A pesar de que no lo reconociera al final, su pareja permaneció siempre a su lado y la acompañó en ese proceso, asumiendo las veces de su cuidador. Lamentablemente, dicha labor obligó al hombre a dejar de lado sus hobbies. Durante unos meses la situación se deterioró y él sufrió de un síndrome de burn out, o cansancio del cuidado.

Una noche él salió a comprar insumos para hacer una torta de zanahoria. Cuando regresó su pareja no estaba. La búsqueda de ella duró 2 semanas, hasta que les dieron referencias de su fallecimiento, había muerto atropellada durante la noche y, al no tener documentos, había sido llevada a Medicina Legal.

Dos meses después el mayor había caído en una visible depresión. No lograba no culparse del suceso y había empezado a aislarse, perdiendo su autonomía y las pautas del cuidado. Su familia, acostumbrada a su autonomía, se había demorado en responder. Una vez lo hizo, decidieron llevarlo a su casa, donde descubrieron la profundidad de su pérdida. Luego de 8 meses la situación no mejoraba, y la familia estaba buscando ayuda.

Subraye los signos de alarma y termine la historia (es importante que el esposo sea “dramatizado” por alguien del grupo, quien se meterá en su papel para ayudar a construir el final de la historia).



Duelo #2

El paciente muere luego de una ardua lucha contra el cáncer. Su hija menor (escoger a alguien del grupo), había sido quien había manejado los últimos meses de la enfermedad en su casa, y desarrolló una relación tóxica con su madre. Antes de ser llevada al hospital, donde pasó los últimos 2 meses, la relación estaba mediada por gritos de ambas partes. La hija había perdido su empleo, se veía visiblemente cansada y su vida familiar estaba deteriorada.

La familia había querido recoger a su hermana, pero la muerte de su madre la había afectado mucho. Contaban sus hijos que lloraba con frecuencia, tenía actitudes de aislamiento y algunas veces pasaba semanas enteras sin hablar con nadie. La familia empezó a preocuparse luego de que sus hijos hablaran de la situación de ella.

Según las fases del duelo, ella se encontraría estancada en el momento de negación e ira. La familia quiere ayudarla, pero no encuentra formas de hacerlo. El terapeuta (el resto del grupo) debe asumir las consultas con la hija.

Escoger a alguien del grupo que dramatice la situación de la hija, que fabrique una historia y que la exponga al grupo como si estuviera en una terapia, a lo que el grupo debe aconsejar según la teoría de las fases del duelo. Terminar la historia con el final que más les parezca adecuado.



Promoción de hábitos de vida saludable (alimentación y nutrición - Efectos del envejecimiento sobre la alimentación y la nutrición).



Objetivos específicos

a

Objetivos Específicos	Promover hábitos de vida saludable y capacitar a los formadores para que transmitan a los cuidadores actitudes de alarma y cuidado frente a situaciones alimentarias de las personas mayores
	Formar a formadores en conceptos básicos sobre alimentación y nutrición, así como los efectos del envejecimiento en ellos.
	Dar información sobre la situación nutricional de las personas mayores en Colombia y los mayores problemas a los que se enfrentan
	Proveer elementos básicos de dieta para personas mayores.

Contenidos de la sesión:

b

Alimentación y nutrición

En el contexto del envejecimiento, una nutrición óptima es la piedra angular del envejecimiento saludable. Esta se puede ver afectada por una mala alimentación o por condiciones que afectan la forma en la que el cuerpo utiliza los alimentos. Con respecto a la alimentación esta puede verse afectada por factores sociales, económicos, ambientales, cambios físicos o cambios en la función mental de las personas. Por otra parte, la forma en la que el cuerpo utiliza estos alimentos (la nutrición) puede verse afectada por cambios inherentes al envejecimiento o enfermedades. Por esta razón, es importante tener en cuenta todas las condiciones de una persona mayor y su contexto a la hora de definir que es una alimentación adecuada. Teniendo esto en cuenta, es importante hacer énfasis en la importancia de la identificación de adultos mayores con alto riesgo nutricional (ingesta insuficiente de calorías y/o nutrientes). Este tema

7
sesión

será tratado más a fondo a través del capítulo ya que es esencial para el mantenimiento de la salud de estas personas (Barkoukis, 2016).

Esta sesión que acompañará la instalación de la jornada será un poco teórica, y su finalidad es explicar a los formadores conceptos básicos para identificar una buena dieta, teniendo herramientas desde la nutrición. Con respecto a la pregunta por las cantidades de alimento a consumir, a continuación se presentan algunas de las recomendaciones del Instituto Nacional de Envejecimiento de los Estados Unidos (National Institute on Aging, 2010). La pirámide muestra qué cantidad de cada grupo de alimentos se debe comer en total durante un día completo. Los grupos de los que se debe consumir una mayor cantidad se encuentran más abajo en la pirámide.



Algunas aclaraciones:

- Utilice una taza o pocillo para medir sus porciones de vegetales y frutas. El tamaño de una taza es alrededor del puño de su mano.
- Dentro de lo posible no cocine los vegetales.
- Una porción de granos equivale a un pastelillo, una tajada de pan, una taza de cereal o media taza de arroz o pasta cocinada.
- Una porción de proteína equivale a un huevo, un cuarto de taza de frijoles cocinados, 30 gramos de carne, pollo o pescado (un pedazo de carne de 100gr equivaldría a 3 porciones).
- Una porción de lácteos equivale a un vaso de leche descremada o semidescremada, 50 gramos de queso o 1 vaso de yogur bajo en grasa.
- La grasa vegetal puede consumirla en comidas como aguacate, maní o nueces

Además de esta pirámide, el Instituto Nacional de Envejecimiento tiene 10 recomendaciones y consejos básicos sobre la alimentación de una persona mayor de 65 años:

10 Consejos para alimentarse mejor después de los 65 años

Tome abundantes líquidos, evitando las bebidas azucaradas o con alto contenido de sodio.

Haga de la comida un evento social, procure comer acompañado al menos dos veces a la semana.

Conozca cuales son las comidas saludables para usted (puede consultarlo con su médico o nutricionista).

Conozca la cantidad de comida que debe comer (ver pirámide).

Coma una amplia variedad de vegetales de diferentes colores.

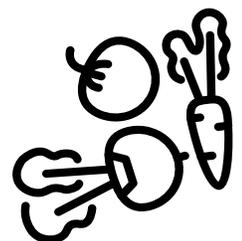
Tenga en cuenta sus dientes y encías, si tiene problemas para masticar pruebe frutas enlatadas no endulzadas o cocine las frutas y verduras para ablandarlas. También puede consumir sopas bajas en sal o atún.

Utilice especias, hierbas o limón para darle sabor a sus comidas, evite la sal.

Refrigere los alimentos siempre que lo requieren y evite las carnes y huevos crudos

Lea las etiquetas de los alimentos, en estas puede enterarse de las calorías y el contenido de azúcar y grasa que tiene lo que se está comiendo.

Consulte con su médico si requiere tomar suplementos vitamínicos.



Actividad

Tiempo 40 minutos repartidos así

- 5 minutos para repartir las hojas y explicar la actividad
- 25 minutos para la escritura de las comidas
- 10 minutos para socializar

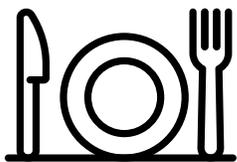
Materiales

- Papel
- Objetos para escribir (lápices, colores, marcadores, etc)

Descripción: Basándose en las recomendaciones que se dan en esta sección y en la pirámide, queremos que los formadores llenen un menú con lo que ellos consideran que debe una persona mayor comer en un día.

Anexos

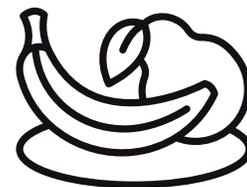
Efectos del envejecimiento sobre la alimentación y la nutrición



Desayuno	
Onces	
Almuerzo	
Onces	
Cena	

Esta sesión tendrá como finalidad exponer los efectos del envejecimiento sobre la alimentación y nutrición, en general, y la situación de alimentación y nutrición de las personas mayores en Colombia, en particular. Primero se hablarán de los problemas de nutrición y alimentación más comunes y preocupantes: malnutrición y obesidad.

El problema nutricional y de alimentación más importante en la población de adultos mayores es la malnutrición, que puede definirse como la falta de los nutrientes necesarios para un adecuado funcionamiento del cuerpo. La malnutrición puede presentarse por un bajo consumo de alimentos o por alguna enfermedad que cause una pobre utilización de los nutrientes contenidos en estos. Esta condición es una señal de peligro en el adulto mayor y debe ser intervenida para evitar deterioro de la salud y calidad de vida. Esta puede estar condicionada por una situación de pérdida, dependencia y enfermedad crónica (Chen, Schilling, & Lyder, 2001). También es más común en persona con reseca en la boca, dificultad para tragar, personas con un bajo nivel educativo o personas que se sienten solas (Montejano Lozoya et al., 2014). Es importante tener en cuenta que independiente de que una persona mayor sea aparentemente gorda y tenga un peso elevado, puede presentar malnutrición o estar a riesgo de presentarla (Barkoukis, 2016).



En el otro lado del espectro de los trastornos nutricionales se encuentra la obesidad, que en la actualidad es uno de los problemas más graves que está enfrentando la humanidad y tiene consecuencias muy graves, particularmente a nivel del corazón. A pesar de que la obesidad puede llegar a ser un problema en la población de personas mayores esta no debe ser valorada de la misma forma que en las personas más jóvenes (Barkoukis, 2016). Está demostrado que en las personas mayores el hecho de tener un peso elevado o de parecer gordo no es un buen predictor del riesgo de presentar un infarto. En consecuencia, es más importante valorar la presencia de otras condiciones como la presencia de condiciones como hipertensión, diabetes o colesterol elevado a la hora de evaluar si la persona mayor esta saludable. En general, personas mayores “obesas” pueden ser saludables mientras no sufran ninguna otra condición (Dhana et al., 2016).

Con lo anterior no se está diciendo que está bien presentar sobrepeso u obesidad en la población de adultos mayores. Sin embargo, en ausencia de enfermedad es mejor que la persona tenga una adecuada nutrición con un peso elevado, a que presente malnutrición con un peso “saludable”.

Es importante prevenir estas dos enfermedades no sólo con señales de alerta sino con estrategias de monitoreo para minimizar el riesgo.

Con miras a minimizar el riesgo de presentar malnutrición, las personas mayores deben estar pendientes de ciertos aspectos de sus hábitos alimenticios. Por otra parte, hay que tener en cuenta que existen ciertos factores que predisponen a la persona mayor a presentar un mayor riesgo de malnutrición. Identificar estos factores es clave para evitar que la persona mayor desarrolle malnutrición y todas las complicaciones asociadas a esta condición. De acuerdo con los aspectos tenidos en cuenta por la evaluación nutricional MNA (Mini Nutritional Assessment Form) a continuación se hace una lista de recomendaciones y signos de alarma (Guigoz, 2006).



Recomendaciones

Debe comer al menos 3 comidas completas al día y se recomienda tomar dos meriendas entre estas comidas.

Consuma productos lácteos al menos una vez al día.

Consuma huevos o legumbres (lentejas, frijoles o garbanzos) una o dos veces a la semana.

Tome más de 5 vasos de líquido al día, procurando que la mayoría sea agua.

Coma alguna proteína animal (carne, pollo o pescado) una vez al día, idealmente más pescado y pollo que carne de res.

Coma frutas o verduras al menos dos veces al día.



Signos de Alarma

Pérdida del apetito durante los últimos 3 meses.

Haber perdido más de 3 kilogramos de peso corporal en los últimos 3 meses.

Haber tenido alguna enfermedad aguda o situación de estrés (p.e. muerte de un familiar) en los últimos 3 meses.

Tener problemas para moverse dentro o fuera de su casa.

Tener demencia (Alzheimer) o depresión.

Tomar más de 3 medicamentos al día.

Presentar úlceras o lesiones en la piel.

Necesitar ayuda de otra persona para alimentarse.

En caso de presentar alguno de los signos de alarma presentes en la lista anterior, se recomienda que asista al médico o al nutricionista para que le realicen una valoración nutricional completa y poder definir qué medidas preventivas se deben tomar en su caso para evitar la aparición de malnutrición.

Una vez con las advertencias sobre malnutrición y obesidad claras, la sesión podrá virar al tema concreto de Colombia. El facilitador debe decir a los formadores que los datos siguientes corresponden a la situación nutricional de Colombia, para tener en mente el panorama general de la nutrición.

La Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) evaluó la situación nutricional de los adultos mayores en Colombia. De acuerdo con los resultados preliminares de esta, la malnutrición se presenta en aproximadamente 1 de cada 40 personas mayores. Además de esto se evidenció que residentes de estrato 1, residentes del área rural, personas con un bajo nivel educativo e inscritos al régimen subsidiado dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) presentan más malnutrición que el resto de la población de personas mayores. Uno de los grupos con mayor número de personas con malnutrición es el de la población analfabeta donde 1 de cada 25 personas presenta esta condición (Ministerio de Salud, 2016). Además de esto, cerca de 35 de cada 100000 personas en el país mueren por malnutrición cada año (Cardona-Arango, Segura-Cardona, & Espinosa-López, 2012).

Sin embargo, el mayor problema no son las personas mayores con malnutrición, sino el hecho que hay un grupo muy importante dentro de la población que está a riesgo de desarrollar esta condición. Alrededor de la mitad de las personas mayores tienen un alto riesgo de presentar malnutrición. El riesgo de malnutrición aumenta con la edad y es mayor en las mujeres y en las personas solteras (Ministerio de Salud, 2016).

Con respecto a obesidad y sobrepeso, la encuesta SABE evidenció que 2 de cada 5 personas mayores en Colombia está en sobrepeso y 1 de cada 5 son obesas. La presencia de sobrepeso se asoció más a ser de sexo masculino y tener una menor edad, mientras que la obesidad se presenta más en mujeres, en las zonas urbanas, y los estratos medios. De igual manera se evidencia que un mayor ingreso económico y vivir en estratos altos se asoció con presentar menos obesidad (Ministerio de Salud, 2016).



El panorama en Colombia es claro, el riesgo de malnutrición se articula con otras situaciones de vulnerabilidad, lo que hace que las poblaciones en dicha situación sean más propensas a desarrollar malnutrición. No sólo los ingresos, sino el tejido social del que se hace parte y la actividad física y mental son factores que se correlacionan con la malnutrición.

Actividad

Tiempo 30 minutos repartidos así:

- 5 minutos para explicar la actividad y repartir los materiales
- 20 minutos para resolverla
- 5 minutos para compartir experiencias

Materiales

- Hojas con los cuadros impresos (ANEXO)
- Materiales de escritura (lápices, colores, etc)

Descripción: A los participantes se les repartirán hojas y se les pedirá a los participantes que diligencien los dos cuadros. En caso que en el grupo haya personas que tengan limitaciones visuales importantes o dificultades para lectura y escritura, el formador deberá trabajar la actividad de forma. Con miras a que las personas tengan presentes las recomendaciones y signos de alarma, es importante que usted tenga las dos listas en un tablero

Anexo. Material para el desarrollo de actividad

1. Utilizando como guía la lista de recomendaciones que se muestra este capítulo queremos que en la siguiente lista nos diga cuales cumple y cuales no cumple usted (o la persona bajo su cuidado).

Recomendaciones con las que cumple:	Recomendaciones con las que no cumple:



Una vez todos hayan terminado de escribir las recomendaciones con las que cumple y con las que no, se continuará con el siguiente cuadro:

2. A continuación, basándose en la lista de signos de alarma haga una lista de cuales presenta usted (o la persona bajo su cuidado).



Comer saludable es comer rico ¡y pasar rico!

Esta sesión será corta, y tendrá como objetivo transmitir a los formadores el entusiasmo por compartir y comer en compañía, evento fundamental para las personas mayores. Lo que debe transmitirse a los cuidadores está alrededor del espíritu de esta sesión, por eso es importante mantener el tono informal y de charla durante la sesión.

Actividad

Tiempo 1 hora

Materiales

- Tablero
- Marcador

Descripción: En un tablero se harán dos líneas y se preguntará a los formadores qué comidas creen que son saludables, qué comidas les gustan y qué comidas creen que no son saludables. Las primeras serán puestas en la columna izquierda, las segundas en la mitad y las últimas en la derecha. El fin de esta actividad es identificar preliminarmente comidas saludables, pero también la importancia del gusto y de vincular a la persona envejeciente dentro de la construcción de su dieta.

Es muy importante que tengamos en cuenta las tres columnas cuando tratemos con la persona cuidada, y ustedes deben hacer que los cuidadores se vuelvan sensibles a ello. Una dieta que encuentre un equilibrio entre salud y gusto

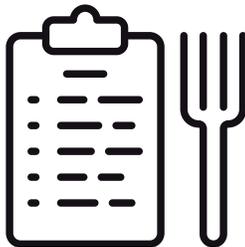
de la persona envejeciente es fundamental, porque una dieta que sea hecha así será una dieta que pueda cumplirse. Identificar las comidas que la persona envejeciente prefiere y que son saludables puede también evitar problemas a la hora de la comida.

También es importante recordar, en este momento, que la comida es cultura. Los seres humanos llevamos siglos cocinando juntos y experimentando con nuevos platos y sabores. Tener una dieta saludable no es sinónimo de comidas “aburridas” o “sin sabor”.

En este momento se pedirá a los formadores que cuenten el plato que más recuerdan de sus madres o sus abuelas, o ese sabor que tienen fijado en la memoria y que no han vuelto a probar.

La comida es cultura, y la salud, como hemos visto, tiene muchas más cosas de las que usualmente se cree. La alimentación no tiene por qué ser un problema. Disfrute, dese la oportunidad de aprender a hacer el salpicón tan delicioso que hacía su abuela, o pregúntele a su mamá cómo logra que el sancocho le quede tan bueno. La comida es una oportunidad de ser saludable en el cuerpo, pero también saludable en las relaciones familiares y en los vínculos que generamos con la persona cuidada, y puede ser un momento en el cual hacerla sentir en una relación más recíproca, enseñándole de su sabiduría a la persona cuidadora. Por último, la comida también es un momento de evocar recuerdos y memorias, que pueden hacer de la experiencia del cuidar más amena. No tiene por qué ser una batalla, la comida y la alimentación pueden ser una oportunidad.

Para finalizar la sesión, se preguntará a los formadores por momentos graciosos o memorables que hayan pasado tanto con sus familias como sus adultos mayores.



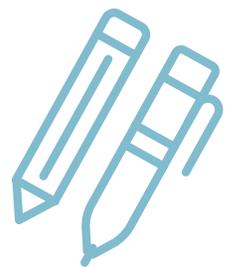
Cierre

Es importante tomar unos minutos de la última sesión para generar un espacio que sirva como cierre de la jornada y del curso de Hábitos y estilos de vida saludables. Así como una actividad lúdica donde a través del juego se retome los diferentes temas vistos y nos permita hacer una evaluación de los conceptos vistos durante todo el módulo. Es importante que el facilitador haga un breve discurso de cierre recalcando lo importante de la alianza y la labor de estos cursos. Puede ser algo como.

Desde la Fundación Saldarriaga Concha y [aliados] queremos darle las gracias por participar dentro de las actividades de este módulo y felicitarlos por el cumplimiento de los pactos y la energía entregada aquí. Es muy importante recordar la labor tan fundamental que tienen ustedes, formarán cuidadores para que logren mejorar en los cuidados a sus seres queridos, vecinos, padres, personas dependientes e incluso hijos. El cuidado es uno, y estos cursos, aunque enfocados en personas mayores, pueden ser replicados a las demás edades con ajustes. Es muy importante, por eso lo reitero, que ustedes se crean el cuento: son un eje importantísimo del proyecto, son formadores de cuidadores y en sus manos está esta responsabilidad, que es a la vez un reto y una oportunidad. Así que como cierre quiero pedir a todos y todas, un gran aplauso: para ustedes mismos, para sus compañeros y para todos los que hicieron posible, de alguna manera, estos cursos.

Acá es muy importante resaltar las labores específicas dentro de cada curso, es decir, agradecimientos a los formadores en particular dependiendo de su rol dentro de los cursos. Además del seguimiento y acompañamiento a las personas formadas en el proyecto. Este reconocimiento a la labor es importante, porque vincula a los formadores con el curso.





Referencias

- Barkoukis, H. (2016).** Nutrition Recommendations in Elderly and Aging. *Medical Clinics of North America*, 100(6), 1237–1250. <http://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.06.006>
- Booth, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J. (2012).** Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143–1211. <http://doi.org/10.1002/cphy.c110025.Lack>
- Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., & Espinosa-López, A. M. (2012).** Mortalidad de adultos mayores por deficiencias nutricionales en los Departamentos de Colombia Elderly mortality caused by nutritional deficiency in Colombia's Departments. *Rev. Salud Pública*, 14(4), 584–597. Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n4/v14n4a04.pdf>
- Chait, M. M. (2010).** Gastroesophageal reflux disease: Important considerations for the older patients. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 2(12), 388–96. <http://doi.org/10.4253/wjge.v2.i12.388>
- Chen, C. C. H., Schilling, L. S., & Lyder, C. H. (2001).** A concept analysis of malnutrition in the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 131–142. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01950.x>
- De Lorenzo, D. (2012).** ¿De dónde viene la frase “Somos lo que comemos”? Retrieved from <http://www.nutrigenomica.udl.cat/blog/de-donde-viene-la-frase.html>
- Dhana, K., Koolhaas, C. M., Van Rossum, E. F. C., Ikram, M. A., Hofman, A., Kavousi, M., & Franco, O. H. (2016).** Metabolically healthy obesity and the risk of cardiovascular disease in the elderly population. *PLoS ONE*, 11(4), 1–12. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0154273>
- Franklin High School. (1995).** Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines. San Francisco.
- González-Gross, M., & Meléndez, A. (2013).** Sedentarism, active lifestyle and sport: Impact on health and obesity prevention. *Nutrición Hospitalaria*, 28 Suppl 5(5), 89–98. <http://doi.org/10.3305/nh.2013.28.sup5.6923>
- Guigoz, Y. (2006).** The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature - What does it tell us? *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 10(6), 466–485. [http://doi.org/10.1016/S0899-9007\(98\)00171-3](http://doi.org/10.1016/S0899-9007(98)00171-3)
- McDaid, D., Sassi, F., & Merkur, S. (2015).** Promoting Health and Preventing Disease. (D. McDaid, F. Sassi, & S. Merkur, Eds.), European Observatory on Health Sys-

tems and Policy Series (1st ed.). New York: Open University Press. <http://doi.org/10.1097/00017285-198805000-00004>

Ministerio de Salud. (2016). SABE Colombia: Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento.

Montejano Lozoya, a R., Ferrer Diego, R. M., Clemente Marin, G., Martinez-Alzamo-ra, N., Sanjuan Quiles, A., & Ferrer Ferrandiz, E. (2014). Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. *Nutricion Hospitalaria*, 30(4), 858–869. <http://doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7829>

Morley, J. E. (2012). Undernutrition in older adults. *Family Practice*, 29(SUPPL. 1). <http://doi.org/10.1093/fampra/cmr054>

National Institute of Health. (2015). Benefits of exercise. Retrieved from <https://nhs.uk/health/benefits-of-exercise-for-older-adults/>

National Institute on Aging. (2010). Healthy Eating After 50. Retrieved from <https://www.nia.nih.gov/health/publication/healthy-eating-after-50>

Proctor, R. A. . (1882). The Influence of Food on Civilization. *The North American Review*, 135(313), 547–563.

Shaw, B., & Agahi, N. (2014). Smoking and physical inactivity patterns during midlife as predictors of all-cause mortality and disability: A 39-year prospective study. *Eur J Ageing*, 11(3), 195–204. <http://doi.org/10.1136/bjo.2006.091447>

Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287–298. <http://doi.org/10.2147/CIA.S23404>

Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1059), 26–32. <http://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366>

USDA. (2015). Choosing healthy meals as you get older.

USDA. (2016). Older Adults. Retrieved from <https://www.choosemyplate.gov/older-adults>

World Health Organization. (2011). Global Recommendations on Physical Activity for Health: 65 years and above. [http://doi.org/ISBN 978 92 4 159 997 9](http://doi.org/ISBN%20978%2092%204%20159%20997%209)