

Manual de **formación**

La atención y el cuidado de las personas
en situación de dependencia



PlanE

Plan Español para el Estímulo de
la Economía y el Empleo

 **GOBIERNO
DE ARAGON**

Departamento de Servicios Sociales
y Familia

Manual de **formación**

La atención y el cuidado de las personas
en situación de dependencia

Manual de **formación**

La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia



PlanE

Plan Español para el Estímulo de la Economía y el Empleo



GOBIERNO DE ARAGON

Departamento de Servicios Sociales y Familia

Edita

Gobierno de Aragón.
Departamento de Servicios Sociales y Familia
Dirección General de Atención a la Dependencia

ISBN

978-84-8380-234-2

Depósito Legal

Z-2.867-2010

Coautoras

Erika Fuertes¹
María Mateo¹
Yolanda Lanza¹

Coordinación y revisión

M^a Mercedes Martínez Rovira²

Colaboradores

Sofía Conches¹, Gema Cuello¹, Nuria Muñoz¹, Paz Mur¹,
Begoña Moreno¹

Imágenes

Fotógrafos: José Carlos Ruiz, Carlos Navarro,
Elisa Cuartelles

Modelos: Manuel López, Toñi Pons, Manuel Tosaus,
Julia Rodríguez, José María Rubio

Agradecimientos

Departamento de formación de Fundación Rey Ardid
Departamento de innovación y proyectos de Fundación
Rey Ardid
Centro de Día Residencia Romareda-Rey Ardid
Residencia de Mayores de Delicias-Rey Ardid
Centro de Rehabilitación y apoyo Psicosocial del
Actur- Rey Ardid

Fotografía

Elipsis Producciones

Diseño y maqueta

Virtual&Civán, s.l.u.
www.virtualcivan.es

Impresión

Tipolínea. Zaragoza

¹ Fundación Rey Ardid.

² Dirección General de Atención a la Dependencia.

Presentación

Desde la puesta en marcha de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, su desarrollo se ha configurado como un objetivo prioritario para el Gobierno de Aragón. Para el Departamento de Servicios Sociales y Familia, ha sido un reto su implementación y desarrollo y podemos decir que estamos consolidando el Sistema Aragonés de Atención a la Dependencia. Este esfuerzo es lo que merece una norma que nació como la mayor medida en materia de política social en las últimas décadas ya que reconoce un nuevo derecho de los ciudadanos y da respuesta a las necesidades de las personas en situación de dependencia.

Nuestra tarea, sin embargo, va más allá de garantizar las prestaciones y servicios que establece el Sistema de Atención a la Dependencia. La calidad de los servicios y de la atención a las personas también es un objetivo que cumplimos de forma paralela a la atención. Por eso, para garantizar esa calidad, es necesario que las personas que lleven a cabo los cuidados de las mismas tengan conocimientos y habilidades que permitan prestarles una atención integral y con la mejor calidad posible.

En este “Manual de formación. La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia”, todos los profesionales encontrarán enseñanzas prácticas que trasladar a las personas que prestan o van a prestar cuidados a otras que se encuentran en situación de dependencia. Además les servirá de guía para ofrecer información de recursos sociales, y les facilitará los métodos que giran en torno de la necesidad de cuidados para el cuidador.

Considero que este manual facilitará y agilizará el trabajo de los formadores de cuidadores, y complementará los conocimientos que necesitan para su quehacer diario. Es un paso más para que las personas en situación de dependencia mejoren su calidad de vida.

ANA FERNÁNDEZ ABADÍA
Consejera de Servicios Sociales y Familia

Cuando cuidamos a personas en situación de dependencia, lo primero que tenemos que tener en cuenta es que estamos estableciendo una relación con otra persona. El respeto a la persona y a su dignidad es irrenunciable en la tarea de cuidar.

La ética del cuidado se fundamenta en la relación con el otro y en las emociones. No es lo mismo cuidar de una manera a hacerlo de otra.

Un cuidado de calidad implica:

- Cuidar respetando su autonomía.
- Contar con ellos, respetar sus decisiones y su intimidad.
- Mejorar la comunicación con ellos y tener un trato humano.

En las situaciones de dependencia es cuando más claramente se entrelazan los problemas médicos con los sociales, económicos, familiares o afectivos.

Por eso:

- Porque la persona es un todo físico, psíquico, social y espiritual, el cuidado ha de ser integral y abarcar todos estos aspectos.
- El cuidado debe de ser dinámico y adaptarse a las circunstancias particulares de cada persona en cada momento.
- El cuidado ha de ser continuo en el tiempo.
- El cuidador principal debe apoyarse en otras personas y recursos sanitarios y sociales. Ha de tener siempre “detrás” un equipo y ha de seguir las indicaciones para el cuidado de estos profesionales.

Cuidamos para mejorar o mantener la autonomía, para conseguir la mejor calidad de vida posible para esa persona. Debemos plantearnos el cuidado como una herramienta de rehabilitación. La regla de oro es solo hacer por ellos aquello que ellos no puedan hacer por sí mismos; a veces necesitarán solo que les animemos a hacerlo, otras veces que les mostremos primero cómo se hace y por último, en algunos casos lo tendremos que hacer por ellos. Ese es el orden.

La atención a las personas en situación de dependencia se desarrolla en lo cotidiano. Muchas veces no se precisan grandes medios técnicos y, pequeñas modificaciones en el hogar hacen que sea más fácil la vida para el cuidador y el cuidado. En ese sentido tendremos que facilitar en las casas el espacio para moverse, la iluminación y la accesibilidad en general. En cada caso las necesidades serán unas pero, con frecuencia mejorar la seguridad en el baño o retirar muebles de los pasillos mejora la vida de todos, incluidos los no dependientes. Otra particularidad de la atención en el domicilio es la posible sensación de aislamiento e indefensión que pueda tener el cuidador. El cuidador principal necesita apoyos, para el mismo y para la tarea que realiza. El cuidador no debe temer buscar ayuda, preguntar, llamar por teléfono... La tarea de cuidar no debe de estar circunscrita a la familia, encerrada en la casa. Es una cuestión social.

YOLANDA LANZA
Médico Geriatra

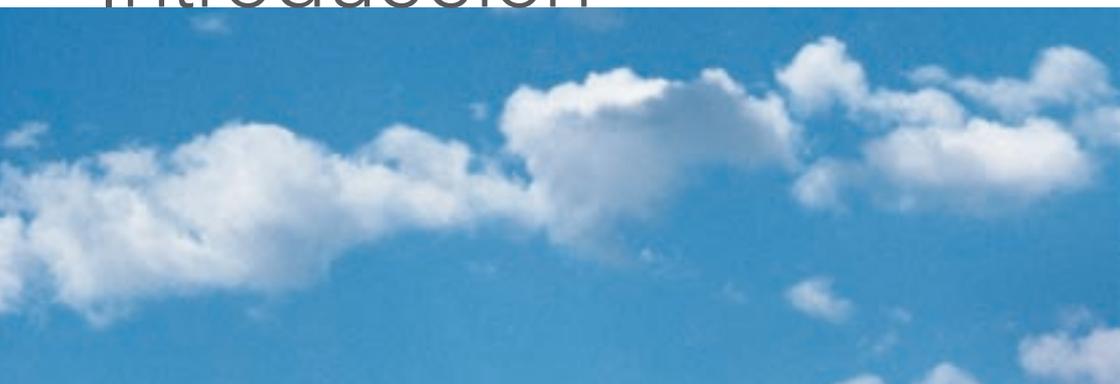
La capacidad de cuidar de otros seres humanos es una conducta tan cotidiana como aprender a vestirse o a caminar. De algún modo todos somos cuidadores y personas a las que cuidar. En el transcurso de nuestras vidas inevitablemente ejercemos ambos roles. Sin embargo, aprender a ser cuidador no surge de forma automática y en ocasiones no resulta nada sencillo.

Cuidar a una persona en situación de dependencia no siempre es fácil y en numerosas ocasiones supone una notable fuente de estrés. El desempeño del rol de cuidador está asociado a importantes niveles de sobrecarga emocional y física, así como a numerosos costes personales afectando a su trabajo, vida familiar, pareja, ocio y tiempo libre... en definitiva, a su vida en general.

El objetivo de este Manual no es otro que ayudarles en su difícil labor de cuidadores. En concreto, ayudarles a sentirse mejor, poner a su disposición una serie de estrategias, manteniendo hábitos saludables, aprendiendo a reconocer sus sentimientos, evitando la soledad y el aislamiento, que le van a permitir estar menos triste, sentirse menos agobiado, disfrutar un poco más en el día a día.

ERIKA FUERTES
Psicóloga

Introducción



Este material pretende servir de apoyo a los formadores de cuidadores de personas en situación de dependencia.

Para que sea útil trataremos de responder a varias preguntas. ¿Qué significa estar en situación de dependencia? ¿De quién hablamos cuando nos referimos a “los cuidadores de personas en situación de dependencia”? ¿En qué consiste cuidar? ¿Cómo se puede cuidar mejor?

Puede decirse que una persona está en situación de dependencia cuando presenta una pérdida más o menos importante de su autonomía funcional y necesita de la ayuda de otras personas para poder desenvolverse en su vida diaria. Normalmente, las causas de la dependencia de una persona son múltiples y varían bastante de unas personas a otras. Estas causas pueden deberse tanto a factores físicos como psicológicos, sociales o del ambiente.

En la mayoría de las familias es una única persona la que asume la responsabilidad de los cuidados. La mayor parte son mujeres: madres, esposas, hijas y nueras.

Cuidar implica muchas y variadas actividades de prestación de ayuda. Aunque las áreas en las que se prestan cuidados y las tareas que se desarrollan dependen de cada situación particular, muchas de estas tareas son comunes a la mayoría de las situaciones de cuidado. Cuidar puede ser una de las experiencias más conmovedoras y satisfactorias. Puede sacar a la luz cualidades, aptitudes o talentos que de otra forma hubieran pasado desapercibidas. También puede ser una de las experiencias más solitarias e ingratas. En muchos casos, el cuidado es, al mismo tiempo, solitario, ingrato, conmovedor y satisfactorio. Lo que es seguro es que es una de las experiencias más dignas y merecedoras de reconocimiento por parte de la sociedad.

Desde este reconocimiento y respeto al cuidador y a sus formadores es desde donde se sitúa este manual. Además, el cuidado, tanto en el entorno domiciliario como en el profesional, debe ser excelente: respetando la dignidad de la persona en situación de dependencia y fomentando su autonomía.

Para intentar dar respuesta a estas cuestiones, el Manual se introduce con un caso/testimonio de un cuidador. Continúa con las cuestiones que determinan la situación de dependencia (Mi familiar necesita ayuda porque...), las tareas del cuidado (Mi familiar necesita ayuda para...) y el cuidado del cuidador (Yo como cuidador necesito...).

Índice



1 Un día como cuidador	13
2 Mi familiar necesita ayuda por:	
entender la situación de dependencia	17
2.1 Porque presenta alguno de los siguientes síndromes:	18
2.1.1 Síndrome demencial	19
2.1.2 Incontinencia urinaria	23
2.1.3 Estreñimiento	26
2.1.4 Incontinencia fecal	28
2.1.5 Malnutrición	30
2.1.6 Úlceras por presión	38
2.1.7 Síndrome de inmovilidad	42
2.1.8 Caídas	46
2.1.9 Trastorno del sueño	50
2.2 Porque tiene alguna de estas enfermedades crónicas:	54
2.2.1 Diabetes	55
2.2.2 Hipertensión arterial	58
2.3 Porque tiene alguna de estas enfermedades discapacitantes: ...	60
2.3.1 Accidente cerebro vascular agudo	61
2.3.2 Esclerosis múltiple	66
2.3.3 Esclerosis lateral amiotrófica	70
2.3.4 Parkinson	72
2.3.5 Lesiones medulares	78
2.3.6 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	81
2.3.7 Alteraciones osteoarticulares	84
2.3.8 Enfermedad mental	87
2.4 Porque padece:	96
2.4.1 Alteraciones del desarrollo físico	97
2.4.2 Alteraciones del desarrollo psíquico	103
2.4.3 Alteraciones sensoriales	108
3 Mi familiar necesita ayuda para:	
las necesidades de cuidados	113
3.1 La higiene personal	114
3.1.1 El aseo	115
3.1.2 El vestido y el calzado	122
3.1.3 El arreglo personal	125
3.2 La eliminación	130
3.2.1 La eliminación urinaria	131
3.2.2 La eliminación fecal	139
3.3 La alimentación	144
3.3.1 Recomendaciones	145
3.3.2 Cuidados en caso de disfagia	150
3.4 La movilidad	162
3.4.1 La movilización	163
3.4.2 Ayudas en la marcha	167
3.4.3 Cambios posturales (para encamados)	172
3.4.4 Movilización y transferencias	176

3.5 Medicación.....	182
3.5.1 Normas generales.....	183
3.5.2 Administración de fármacos.....	184
3.5.3 La oxigenoterapia.....	187
3.6 Prevención de úlceras por presión.....	188
3.6.1 Identificar a las personas en riesgo.....	189
3.6.2 Prevención.....	191
3.6.3 Tratamiento.....	195
3.7 Ocupar el tiempo y mantener las relaciones sociales.....	196
3.7.1 Ocio y tiempo libre.....	197
3.7.2 Relaciones sociales.....	197
3.8 Cuidar de la seguridad. Adaptaciones en el hogar.....	198
3.8.1 Cuidar de la seguridad.....	199
3.8.2 Adaptar la vivienda.....	201
3.8.3 Productos de apoyo para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (antes ayudas técnicas).....	206
4 Yo como cuidador necesito:	
el cuidado del cuidador.....	213
4.1 Aprender a cuidarme.....	214
4.1.1 Mi salud física.....	215
4.1.2 Mi salud psíquica.....	220
4.1.3 Mis relaciones sociales.....	234
4.2 Aprender a comunicarme.....	236
4.2.1 La comunicación.....	237
4.2.2 Mejorar la comunicación.....	238
4.3 Entender y manejar situaciones difíciles en el cuidado.....	242
4.3.1 Enfado y agresividad.....	244
4.3.2 Aislamiento, soledad y tristeza.....	246
4.3.3 Conducta perseverante y repeticiones.....	249
4.3.4 Deambulación.....	250
4.3.5 Agitación.....	252
4.3.6 Problemas de sueño.....	255
4.3.7 Demandas excesivas.....	257
4.4 Potenciar el buen cuidado y evitar el mal cuidado.....	258
4.4.1 Mejorando la autonomía.....	259
4.4.2 Mejorando la autoestima.....	261
4.4.3 Tratando con respeto y dignidad.....	262
4.5 Conocer los cuidados al final de la vida.....	264
4.6 Conocer los recursos que me pueden ayudar.....	268
4.6.1 Catálogo de servicios y prestaciones del SAAD.....	269
4.6.2 Puntos de información del Gobierno de Aragón.....	272
Glosario.....	279
Bibliografía.....	285
Webgrafía.....	287
Filmografía.....	287

1

Un día como cuidador



Hola, soy Clara tengo 58 años y cuido de mi madre que padece Alzheimer. Al principio tardamos en darnos cuenta, acababa de morir mi padre y pensamos que los olvidos, despertarse de madrugada, desorientarse en su propia casa, podían ser producto del proceso de duelo que estaba viviendo ante la pérdida de su marido. Pero poco a poco vimos que estas conductas se producían cada vez más a menudo y sin motivo aparente. Así que decidimos consultar a un especialista, ya que la situación era desconcertante para toda la familia. A los meses nos comunicaron el diagnóstico, “su madre padece la enfermedad de Alzheimer”. Ante estas palabras, surgieron dentro de mí sentimientos y emociones contradictorias: por un lado alivio por saber lo que realmente le ocurría a mi madre, rabia e impotencia, culpabilidad por no darme cuenta antes, un sentimiento de responsabilidad y deber,...

Con calma y paciencia la convencimos de que tenía que venir a vivir con nosotros, todo eran cambios para ella y para nosotros. Tuvo que dejar su casa, su pueblo, sus amistades, sus tiendas, SU VIDA. Mi marido, mis hijas y yo tuvimos que aprender a vivir con la enfermedad. Eso fue lo más difícil de entender, que esas cosas eran producto de una enfermedad y que teníamos que ir adaptando nuestra vida a ella. Que el Alzheimer mandaba en nuestras vidas, sobre todo en la mía, que tenía que sumar esa carga a las propias de mi trabajo y de mi casa.

Todas las mañanas me levanto con dolor de cabeza, duermo con el aparato que me dejó mi hija, pegado a la oreja, para oír si la abuela se levanta, si tiene tos o si me llama por la noche sin motivo aparente. Bueno a mi no me llama, llama a su madre. Pero aún así, intento poner mi mejor sonrisa y pensar que quizá hoy será un día diferente a los demás.

Ahora yo soy las manos, los pies y los ojos de mi madre. Me levanto pensando en ella: tengo que prepararle el desayuno, tengo que lavarla y cambiarle el pañal, tengo que levantarla y llevarla al sillón del salón para que no esté sola. Mientras estoy con ella no pasa nada, pero el otro día buscaba las llaves de casa para dar un paseo juntas y no las encontré. *¿Has visto las llaves de casa? ¿Sabes dónde pueden estar?*, pregunté a mi madre y me contestó que no. No insistí más de la cuenta, ya que por suerte cuento con varios juegos de llaves. Unos días más tarde, sentada en el sofá, aparté uno de los cojines y allí estaban las llaves de casa con unas cuantas cosas más desaparecidas en algún momento.

Así transcurren mis días, ayudando a mi madre en prácticamente todas las actividades que realiza, intentado encontrar cosas desaparecidas, controlando los ataques de ira y agresividad que sufre en ocasiones, intentando gestionar el tiempo para llegar a todo, prestar atención a mis hijas y mi marido y a todo esto añadir que intento continuar con MI PROPIA VIDA.

2

Mi familiar necesita ayuda por: entender la situación de dependencia



- 2.1 Porque presenta alguno de los siguientes síndromes
- 2.2 Porque tiene alguna de estas enfermedades crónicas
- 2.3 Porque tiene alguna de estas enfermedades discapacitantes
- 2.4 Porque padece

2.1 Porque presenta alguno de los siguientes síndromes:

2.1.1 Síndrome demencial

2.1.2 Incontinencia urinaria

2.1.3 Estreñimiento

2.1.4 Incontinencia fecal

2.1.5 Malnutrición

2.1.6 Úlceras por presión

2.1.7 Síndrome de inmovilidad

2.1.8 Caídas

2.1.9 Trastorno del sueño

2.1.1 Síndrome demencial

La demencia puede tener distintas causas pero siempre se caracteriza por una disminución de las capacidades mentales y:

- 1. Un nivel de conciencia normal:** la persona no está dormida, ni obnubilada ni en coma. Está despierta.
- 2. Es adquirido;** es decir, se nota un cambio, antes la persona no estaba así ni tenía esos fallos.
- 3. Es persistente en el tiempo:** debe durar al menos semanas o meses.
- 4. Afecta a diferentes funciones:** es más que un trastorno de la memoria, se afectan también otras funciones intelectuales.
- 5. Tiene consecuencias importantes en el funcionamiento personal,** laboral o social de la persona.



Causas de demencia

- Degeneración del sistema nervioso: Enfermedad de Alzheimer, Demencia frontotemporal, Demencia de cuerpos de Lewy.
- Problemas vasculares que afectan al sistema nervioso: ACVA, demencia multinfarto, etc.
- Demencias secundarias a muchas causas: traumatismos, infecciones, tumores, tóxicos, etc.

Manifestaciones clínicas

- 1. Alteración de las funciones superiores:**
 - a. Memoria:** se afecta primero la memoria a corto plazo. Al principio siguen recordando cosas del pasado aunque no recuerden lo que han comido. Con el tiempo se va afectando toda la memoria.
 - b. Orientación espacial y temporal:** confunden lugares y fechas.
 - c. Atención:** se distraen con mucha facilidad.
 - d. Lenguaje:** dificultad para expresarse o comprender el lenguaje, tanto el verbal como el escrito.

- e. **Praxias, los gestos:** tienen dificultades para la realización de tareas cotidianas. No saben cómo se hacen las cosas (cocinar, vestirse...).
 - f. **Dificultades para reconocer objetos o personas.**
 - g. **Dificultad para planificar, para organizar:** no saben que tienen que hacer antes o después en la realización de una tarea. Por ejemplo se pueden poner la chaqueta debajo del vestido o el pijama encima de la ropa de calle.
 - h. **Alteración en la capacidad de pensamiento y de juicio:** tienen muchas dificultades para razonar, para ver las consecuencias de sus actos, etc.
- 2. Alteraciones psicológicas y de la conducta** pueden aparecer a lo largo de todo el proceso:
- a. **Delirios:** son interpretaciones falsas de la realidad (como creer que les roban o que hay extraños en la casa).
 - b. **Alucinaciones:** son percepciones falsas. Ven u oyen cosas que no están.
 - c. **Falsos reconocimientos:** confunden a una persona con otra, no se reconocen a sí mismos o confunden al cuidador con un extraño.
 - d. **Alteraciones del estado de ánimo:** es muy frecuente la ansiedad por las propias dificultades que tienen para comprender el mundo que les rodea. También puede aparecer depresión.
 - e. **Apatía, falta de motivación e iniciativa.**
 - f. **Cambios en la personalidad:** acentuación de rasgos previos y rigidez o cambios por defecto como enlentecimiento o dependencia.
 - g. **Trastornos del sueño.**
 - h. **Deambulación errática:** caminar incesantemente.
 - i. **Inquietud y agitación, los enojos y la ira.**
 - j. **Negativismo:** rechazo a hacer cosas.
 - k. **Cambios en los hábitos alimenticios:** a veces comen de forma compulsiva o se niegan a comer o comen “cosas que no se comen”.
 - l. **Trastornos de tipo sexual:** a veces también aparecen. Se caracterizan por la falta de pudor.
- 3. Consecuencias funcionales:** progresiva incapacidad para hacer las actividades cotidianas que acostumbraba a hacer y limitaciones para hacer nuevas actividades:
- a. **Actividades instrumentales de la vida diaria:** progresivamente cada vez más dificultades para comprar, llamar por teléfono, coger el autobús, cocinar, etc.
 - b. **Actividades básicas de la vida diaria:** Lavarse, vestirse, ir al baño, comer, caminar.

Tratamiento de las demencias

El tratamiento es complejo y se debe abordar desde muchos aspectos; los fármacos, las terapias, los cuidados diarios.

1. Hacer un buen diagnóstico y lo antes posible.
2. Tratamiento farmacológico:
 - a. Fármacos para tratar la causa, si la hay.
 - b. Fármacos para mantener el nivel cognitivo, para frenar el deterioro.
 - c. Fármacos para tratar las alteraciones psicológicas y conductuales.
3. Cuidados. Deben adaptarse a cada momento de la evolución de la enfermedad, atender a las necesidades de la persona y procurar siempre fomentar su autonomía. Pueden ir desde una simple supervisión de la tarea hasta suplir por completo a la persona en su realización.
4. Supervisar la salud general.
5. Apoyos al cuidador.
6. Recursos institucionales.

Consideraciones en las demencias

Visión general de la demencia

Las enfermedades demenciantes deberían considerarse, ante todo, como formas de discapacidad. El grado en que se afecta la persona depende en gran medida de la calidad de la atención que recibe.

A que obliga la tarea de cuidar

Los cuidados se orientan en primer lugar a mantener y reforzar la personalidad. Proporcionar un entorno seguro, cubrir las necesidades básicas y proporcionar atención física son esenciales, pero solo como parte del cuidado de la persona de forma global.

Prioridades para entender

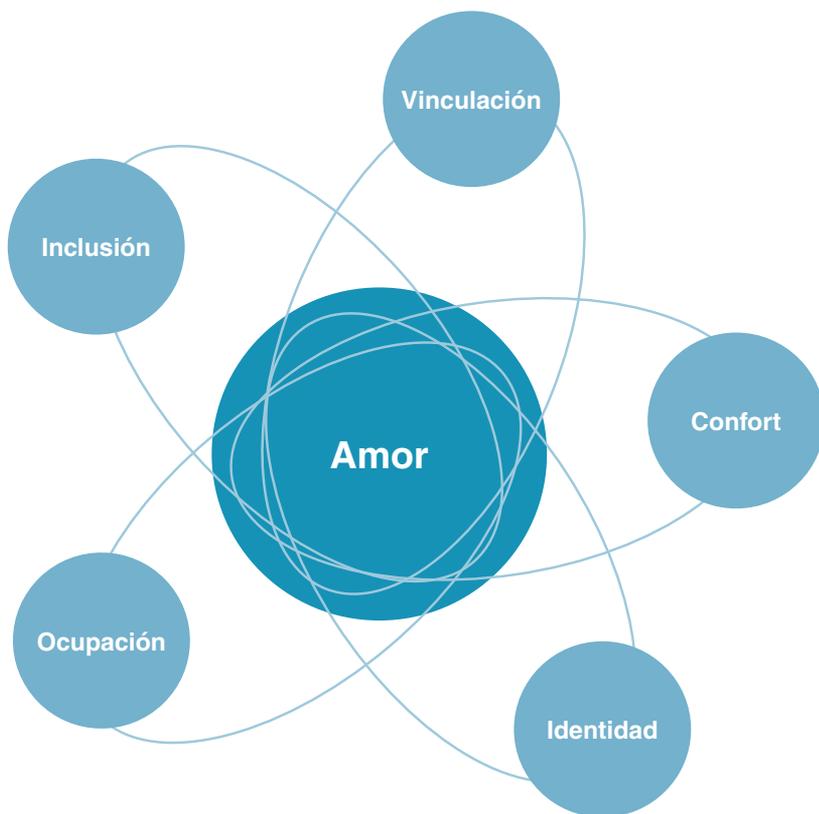
Es importante tener un conocimiento claro y preciso de las habilidades de la persona, gustos, intereses, valores, formas de espiritualidad. Hay tantas manifestaciones de demencia como personas con demencia.

Conductas problema

Todas las denominadas conductas problema deberían ser consideradas, en primer lugar, como intentos de comunicación, relacionados con una necesidad. Es preciso tratar de entender el mensaje y así comprometerse con la necesidad que no está siendo cubierta.

Sentimientos de los cuidadores

En el proceso de cuidar, el punto clave es permanecer en contacto con nuestras preocupaciones, sentimientos, vulnerabilidades, etc., y transformar éstos en recursos positivos para nuestro trabajo.



2.1.2 Incontinencia urinaria

Es la pérdida involuntaria de orina que origina un problema higiénico y social.

Consecuencias

Se trata de un problema que puede tener consecuencias:

- Tanto para la salud (infección urinaria, inmovilidad, úlceras cutáneas, etc.).
- Como para la realización de las actividades cotidianas (por el miedo a una pérdida de orina en lugares inapropiados).
- Para la economía familiar (pañales, institucionalización).
- Y, en definitiva, para la autonomía, la calidad de vida y el bienestar emocional (incluso de las personas que les rodean).

Causas

- Dificultades en el ambiente; mala iluminación, baño alejado, poco accesible.
- Enfermedades o problemas que dificultan la movilidad.
- Deterioro de las funciones mentales/cognitivas.
- Enfermedades ginecológicas, urológicas o neurológicas.
- Alteraciones psicológicas.

Tipos de incontinencia

Incontinencia urinaria transitoria

Se produce por una causa y en un momento determinado y desaparece cuando se trata la causa.

Incontinencia urinaria persistente

Dura más de tres semanas y no está relacionada con problemas agudos.

Incontinencia de esfuerzo

- Las pérdidas de orina se producen en situaciones en las que aumenta súbitamente la presión intraabdominal como, por ejemplo, al toser, subir escaleras, levantar objetos pesados, levantarse, etc. sin haber sensación previa de ganas de orinar.
- Frecuente en mujeres y en hombres tras cirugía de próstata.
- Aparece por el día y disminuye o desaparece por la noche.



El baño adaptado facilita el mantenimiento de la continencia.

Incontinencia de urgencia

- La pérdida de orina aparece después de que la persona experimenta un súbito deseo de orinar (urgencia miccional) y le resulta imposible llegar a tiempo al aseo.
- Tanto por el día como por la noche.
- Las pérdidas suelen ser importantes.
- No hay pérdidas con el esfuerzo.

Incontinencia urinaria por rebosamiento

- Es más frecuente en el varón.
- Las micciones incontinentes son frecuentes y de pequeña cantidad, día y noche. El calibre del chorro suele ser reducido, con poca fuerza y entrecortado. Puede aparecer gran dificultad par iniciar la micción voluntariamente y aparecer goteo al final.
- Puede darse sensación de vaciamiento incompleto (cuando es por una obstrucción) con ansiedad y molestias abdominales.

Incontinencia urinaria funcional

Normalidad en el tracto urinario. Pérdida de orina por imposibilidad de alcanzar el retrete o usar sus sustitutos en el tiempo necesario por deterioro físico o cognitivo, falta de motivación o existencia de barreras arquitectónicas.

Signos de alarma para detectar incontinencia

- Incapacidad de esperar unos minutos cuando se tiene deseo de orinar.
- No se tiene la sensación de que se llena la vejiga.
- Cuando comienza a orinar no se tiene la sensación física de estar haciéndolo.
- Acude muy pocas o muchas veces a orinar al cabo del día.
- No es capaz de parar de orinar una vez que ha empezado a hacerlo.

Normas generales: “No haga, ayude a hacer”

- Consultar al médico cuando aparecen los signos de alarma.
- No eliminar los líquidos (1,5 l al día, zumos).
- Extremar la higiene.
- Use ropas fáciles de desabrochar y quitar.
- Adaptar el entorno para compensar los defectos funcionales, de movilidad y memoria. El cuarto de baño debe ser fácil de reconocer, tanto de día como de noche. Ponga una señal en la puerta y deje la luz encendida por la noche.
- Asegúrese que el cuarto de baño es cómodo y que resulta fácil moverse en él.
- Si la incontinencia tiende a producirse por la noche, vigile los líquidos en las horas cercanas.
- Fomente el hábito de orinar antes de acostarse.
- Llévelo al baño a intervalos regulares (cada 2 o 3 horas).
- Si a pesar de estas medidas persiste la incontinencia, use pañales, pero si es posible, solo durante unas horas al día (fomenta la incontinencia y favorece las úlceras por presión).

2.1.3 Estreñimiento

Concepto

El hábito defecatorio varía según las personas, la dieta, la movilidad, etc. Lo normal es entre 2 o 3 deposiciones no líquidas al día y 2 o 3 a la semana, no dolorosas y con sensación de evacuación completa.

Factores de riesgo

- La edad avanzada.
- El deterioro de la función mental.
- La falta de movilidad.
- La dieta pobre en líquidos y fibra.
- La hospitalización.
- La existencia de varias enfermedades en la misma persona.
- La administración de distintos fármacos a la misma persona.
- El hábito de no hacer caso cuando se siente la necesidad.

Complicaciones

Fecaloma: Impactación rectal.

Clínica: Estreñimiento persistente. Diarrea periódica. Obstrucción intestinal aguda e incontinencia urinaria. Estado confusional agudo.

Diagnóstico: tacto rectal.

Tratamiento: desimpactación manual más enemas.

Otras complicaciones

Megacolon idiopático, incontinencia fecal, fisura anal, hernias, prolapso de la mucosa anal, etc.

Tratamiento

Higiénico-dietético (efectivo hasta en un 60% de los casos)

- Aumentar la ingesta de fibra: Es conveniente realizar dos colaciones a base de alimentos ricos en fibra. La introducción debe ser progresiva, debe de ir acompañada de un aumento en la ingesta de líquidos para evitar la dureza de las heces y por tanto la posibilidad de impactación fecal.
- Alimentos ricos en fibra son: salvado de trigo, pan integral, legumbres, patatas, zanahorias, frutas y verduras. Las verduras y hortalizas mejor crudas, bien troceadas o al dente. Frutas frescas sin pelar, papilla, compota, macedonia. Evitar zumos como sustitutos.



Alimentación variada.

- No colar los purés de verduras, legumbres o frutas.
- Líquidos: al menos 1,5 litros al día.
- Gran variedad de alimentos.
- Ejercicio físico: es siempre más conveniente la movilidad activa.
- Control de las enfermedades de base que pueda tener la persona.
- Revisión del tratamiento farmacológico.

Tratamiento conductual

- Procurar que las personas acudan al servicio a la misma hora (mejor después del desayuno).
- Facilitar el acceso al baño y que las condiciones del mismo sean apropiadas para la persona.
- Acudir con prontitud a la llamada de ayuda para ir al servicio.

Laxantes

Siempre deben de ser indicados por el médico:

- Los más fisiológicos son los que aumentan el volumen de las heces.
- Enemas dos veces por semana previenen la impactación fecal.

2.1.4 Incontinencia fecal

Concepto

Expulsión involuntaria de heces. Puede ir desde una cantidad mínima hasta una pérdida completa del control de las deposiciones.

Es más frecuente en mujeres, en mayores y en personas con alteraciones de la movilidad

Consecuencias

Repercusiones físicas

- Lesiones en la piel, aumenta el riesgo de úlceras por presión.
- Aumenta el riesgo de infección urinaria.
- Aumenta el riesgo de inmovilidad.
- Aumenta el riesgo de caídas.
- Aumenta el riesgo de malnutrición y de ingesta restringida de líquidos.

Repercusiones psíquicas

- Alteración de la autoestima.
- Vergüenza.
- Aislamiento.
- Alteración de la imagen corporal, etc.

Repercusiones sociales

- Produce importantes gastos.
- Representa una importante carga familiar que muchas veces desemboca en el ingreso en residencia.

Causas

- Impactación fecal-fecaloma.
- Enfermedades neurológicas (demencias, accidentes cerebro-vasculares,...).
- Alteraciones locales en el intestino.
- Circunstancias que hacen al individuo tener diarrea y/o reprimir el deseo defecatorio (inaccesibilidad, ausencia de cuidados, depresión, protesta social).

Tratamiento. Consideraciones a tener en cuenta

Tratamiento de la causa, si es posible, además de medidas dietéticas y extremar los cuidados:

- Según la causa, en ocasiones, se podrá realizar una rehabilitación de la musculatura del esfínter anal y ejercicios de percepción rectal.
- Es indispensable extremar la higiene, con aseos frecuentes y cambios de pañal si se usa. Cuidado de la piel.
- Vigilar la dieta evitando las restricciones: una dieta ligeramente astringente no debe acarrear una disminución de proteínas, calorías o líquidos.
- Productos de apoyo: Facilitan la tarea del cuidador y mejoran la autonomía y la calidad de vida de la persona:
 - Empapadores y absorbentes.
 - Compresas y pañales.
 - Sábana de sujeción sin mangas, pijama cremallera (antipañal) para evitar que la persona se quite el pañal o manipule empapadores o sondas...).

2.1.5 Malnutrición

Nutrición

Es el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo utiliza, transforma e incorpora en sus estructuras una serie de sustancias recibidas a través de los alimentos.

La nutrición depende de la alimentación, y puede decirse que hay varias formas de alimentación, pero solo una de nutrición.

Los alimentos

Son sustancias naturales o transformadas, que al ingerirlas aportan al organismo materias asimilables con una función nutritiva. Esta función consiste en mantener los fenómenos que ocurren en el organismo y la reparación de las pérdidas que constantemente se producen en él.

Los alimentos pueden clasificarse atendiendo a su **función**:

- **Energética**: que al quemarse en los tejidos liberan la energía para mantener el funcionamiento de los procesos vitales. Esta función la realizan los glúcidos y los lípidos.
- **Plástica o reparadora**: para el crecimiento y desarrollo de los tejidos. Esta función la realizan las proteínas.
- **Reguladora**: organizando y facilitando los procesos metabólicos en el organismo. Esta función la realizan los minerales, vitaminas y el agua.

Los nutrientes

Son las sustancias contenidas en los alimentos y asimilables por el organismo humano:

- **Hidratos de carbono**: energéticos y estructurales.
- **Lípidos**: energéticos y estructurales.
- **Proteínas**: estructurales.
- **Vitaminas y minerales**: reguladoras.
- **Agua**: el componente más importante del cuerpo humano, formando el 65% del organismo. La cantidad diaria en la ingesta, debe ser de 1,5-2 litros/día. Es componente esencial de la sangre, regulador de la temperatura corporal y forma parte de la orina, eliminando las sustancias de desecho.

La dietética

Es la ciencia que propone formas de alimentación equilibrada, variada, y suficiente, que permiten cubrir los requerimientos nutricionales.



Pirámide de la Alimentación Saludable SENC 2004

Alimentación equilibrada

Es la ingesta diaria de alimentos que aportan los nutrientes necesarios para garantizar el desarrollo y mantenimiento del organismo. La distribución, es:

- Hidratos de carbono: 55-60%.
- Proteínas: 25-30%.
- Grasas. 15-20%.

En situaciones normales y en ausencia de enfermedad es recomendable la elaboración de menús equilibrados, que garanticen el aporte suficiente de alimentos de todos y cada uno de los grupos y que cubran la cantidad diaria recomendada.

Los problemas de nutrición pueden ser prevenidos, controlados o tratados, pero los signos de alarma de la malnutrición son, a menudo, pasados por alto. La malnutrición no tratada puede llevar a una espiral de infecciones, mayor desnutrición y muerte.

Causas de malnutrición

- Cambios que se originan en el organismo por edad avanzada.
- Dependencia para las actividades instrumentales (incapacidad para comprar, preparar o servirse comidas adecuadas por alteración:
 - Física (movilidad).
 - Sensorial (visual, auditiva o de comunicación).
 - Psíquica (depresión, demencia...).
 - Social (soledad, ingresos insuficientes...).
- Entorno físico.
- Enfermedades cuyo tratamiento obliga a restricciones en la alimentación.
- Enfermedades que afectan a la boca, el aparato digestivo, infecciones, tumores...
- Hospitalización y algunos fármacos.

Consecuencias de la malnutrición

- Pérdida de peso.
- Edemas (hinchazón), aumento del hígado, diarrea.
- Bajan las defensas, aumentan las infecciones.
- Pérdida de músculo y de fuerza muscular (caídas, neumonías...).
- Debilidad, depresión y pérdida de apetito.
- Mayor riesgo de intoxicación por fármacos.
- Síntomas por pérdida de nutrientes esenciales.

Intervención nutricional

Siempre bajo indicación médica.

1. Vía oral

Alimentación básica adaptada

Consiste en la modificación de los alimentos naturales para adaptarlos a las necesidades de la persona:

- Cambios en la consistencia:
 - Dietas blandas cuando existe alteración en la masticación. Alimentos que no necesitan masticarse, libres de espinas y huesos (tortillas, pasta, arroz, pasteles de carne...).
 - Dietas trituradas. Deben de ser homogéneas (añadir copos de puré de patata, papillas de cereales...).



Preparado para alimentación por sonda.

– Añadir alimentos de alta densidad de nutrientes:

- Proteínas (leche en polvo, queso rallado, clara de huevo cocida, atún en lata).
- Calorías (aceite de oliva virgen, nata, cremas de frutos secos, chocolates, helados).
- Vitaminas (zumos, lácteos, ensaladas y gazpachos).

– Uso de alimentos fortificados: cereales de desayuno con vitaminas, zumos con fibra, leche con calcio...).

Suplementos orales

Son preparados farmacéuticos que se añaden a la dieta habitual.

Pueden ser semisólidos o líquidos y se administran 30 minutos antes de las comidas para que no quiten el hambre.

2. Nutrición enteral

Alimentación a través de una sonda

- Al estómago (nasogástrica, gastrostomía).
- Al yeyuno (nasoyeyunal, yeyunostomía).

Los preparados se prescriben por el especialista. Se usa a largo plazo en tumores y enfermedades neurológicas de larga evolución (ictus, etc.) y a corto plazo cuando existe desnutrición por una causa reversible.



Aún cuando la alimentación se administre por una sonda directamente al estómago, hay que extremar la higiene de la boca.

Complicaciones

– Mecánicas:

- Neumonitis por aspiración.
- Erosiones en la nariz, estoma, esófago y estómago.
- Extracción de la sonda.
- Obstrucción de la sonda.
- Perforación digestiva.

– Infecciosas:

- Contaminación bacteriana de la alimentación que produce diarrea.
- Neumonía por aspiración.

– Gastrointestinales:

- Diarrea.
- Estreñimiento.
- Vómitos y distensión gástrica.

– Metabólicas.

– Psicológicas (menores en el caso de gastrostomía).

– Orales: exige una limpieza cuidadosa de boca y labios.

3. Alimentación parenteral

Es la administración de nutrientes por vía intravenosa. Es de uso hospitalario.

Objetivos nutricionales

- Mantener un buen estado nutricional.
- Evitar el desarrollo de la malnutrición.
- Aportar una ingesta proteica suficiente.
- Asegurar una hidratación correcta.
- Evitar el estreñimiento.
- Facilitar la deglución.
- Conseguir el máximo nivel posible de autoalimentación.

Requisitos de la dieta

1. Siempre la dieta y su administración (oral, por sonda, etc.) debe de estar indicada y supervisada por el médico.
2. Si existen dificultades para tragar, se modificará la consistencia de sólidos y/o líquidos haciendo uso de espesantes.
3. Si no llegamos a aportar los nutrientes necesarios es útil utilizar purés y papillas enriquecidos. Si aún así come poco se debe plantear el uso de suplementos nutricionales o vitamínicos.
4. Los alimentos deben estar siempre a una temperatura adecuada.

Técnicas de facilitación y productos de apoyo

1. Resulta práctico la utilización de baberos, grandes servilletas o delantales para evitar que la persona se manche.
2. Evitar cualquier factor externo que pueda aumentar la distracción (TV, radio, etc.).
3. Si la persona en situación de dependencia quiere comer con frecuencia y es obeso, trocear más la comida, recurrir a zanahorias, pepinillos, etc.
4. Mantener una buena higiene bucal. Limpiar la boca al menos tres veces al día y siempre después de cada ingesta.
5. Convertir las comidas en un hábito, realizarlas todos los días a la misma hora y en la misma habitación.
6. Comer sentado en la mesa favorece la mecánica de la deglución.
7. Elaborar platos que en poca cantidad aporten muchos nutrientes. Son muy útiles, en este sentido, los purés y papillas enriquecidos en vitaminas, proteínas y minerales.
8. Partir la comida en trozos pequeños para evitar el atragantamiento y facilitar la masticación.
9. Dar la comida sin prisas y con mucha paciencia.

10. Para facilitar la autoalimentación, se presentarán los platos que se puedan comer con la mano o con un solo cubierto (croquetas, buñuelos).
11. En caso de disfagia adaptar y modificar la textura de los alimentos: texturas suaves y homogéneas (no mezclar diferentes consistencias).
12. Utilizar técnicas si la persona no abre la boca o tiene problemas para masticar (masajear la mandíbula, ponerse enfrente para que pueda imitar nuestros actos, etc.).
13. Los líquidos se darán siempre cuando la persona esté alerta, preferentemente durante el día y no al final de la tarde ni durante la noche.
14. Utilizar diferentes colores para identificar los objetos (platos, vasos, cubiertos, etc.).
15. Usar vasos, platos y cubiertos que no se rompan para evitar lesiones.
16. Para favorecer la autonomía se pueden usar productos de apoyo, tanto para la preparación de los alimentos (cortadores, loncheadores, trituradores, tablas...) para servir los alimentos (jarras..) y para comer y beber de forma autónoma (cubiertos adaptados, tazas con dos asas y ligeramente inclinadas, platos inclinados y con reborde...).

Malnutrición en la enfermedad de Alzheimer

La mayoría de los pacientes de Alzheimer, como consecuencia de los trastornos cognitivos y de las alteraciones de la conducta alimentaria, tienden a:

- Disminuir la ingesta de alimentos.
- Perder peso.
- Padecer malnutrición severa.

Según las fases de la enfermedad

Los problemas más frecuentes en las diferentes fases de la enfermedad son:

Estadio inicial

- No se observa desnutrición en esta fase.
- Existe autonomía para la alimentación pero la pérdida de memoria produce descuidos, olvidos de la comida y de los horarios, repetición de alimentos en una misma toma, etc.
- Por falta de atención pueden no completarse las tomas de alimentos.

Estadio medio

- Existe dependencia parcial para la alimentación, el paciente necesita ayuda para comer y beber, y en ocasiones mastica y deglute insuficientemente los alimentos.
- Aparece rechazo a la comida.
- Disminuye la percepción de los olores y sabores.
- Disminuye la salivación, sequedad de boca y riesgo de infecciones.
- Pueden presentarse dificultades para tragar.
- Disminuye la capacidad para realizar movimientos coordinados como utilizar correctamente los cubiertos u otros objetos habituales.
- No reconocen bien los objetos ni los alimentos.

Estadio grave

- Existe una dependencia absoluta del cuidador para la alimentación.
- Aparecen trastornos graves de la deglución, presentándose disfagia tanto para sólidos como a líquidos y riesgo de aspiración de alimentos, lo que provoca una actitud negativa de la persona hacia la comida.
- El aparato digestivo puede tener sus funciones enlentecidas.
- Anorexia senil o indiferencia total ante los alimentos.
- Dificultad de evacuación intestinal por estreñimiento o fecalomas.

2.1.6 Úlceras por presión

¿Qué son las úlceras por presión?

Son lesiones producidas por una disminución del flujo sanguíneo, localizadas en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea.

Se producen por presión prolongada o fricción (roces por movimiento o arrastre) entre dos planos duros: la cama o silla y el hueso.

Factores que favorecen la aparición de úlceras

1. Presión prolongada o fricción.
2. Falta de higiene e irritación de la piel, humedad.
3. Inmovilidad.
4. Disminución de la sensibilidad; disminuye la percepción del dolor y la presión.
5. Desnutrición y deshidratación.
6. Alteración del estado mental. La persona se niega a moverse o a que lo movamos y a adoptar determinadas posturas.
7. Envejecimiento. Se asocia a una serie de cambios fisiológicos que favorecen su aparición.
8. Alteración de la microcirculación.
9. Edema: dificulta el aporte de nutrientes a la célula.
10. Enfermedades endocrino-metabólicas:
 - Diabetes.
 - Obesidad.
 - Fiebre.
 - Anemia.
11. Incontinencia fecal y urinaria.
12. Sedación.

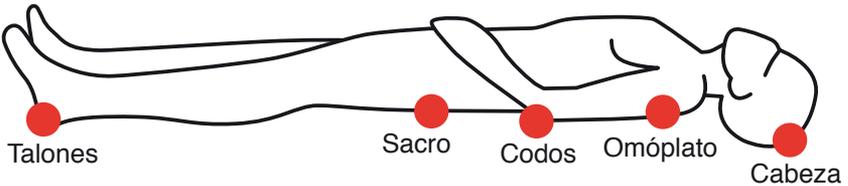
Localización de las úlceras

Se localizan sobre todo en las zonas que coinciden con prominencias óseas. Influyen en su aparición el grado de movilidad de la persona, el estado nutricional y el estado general.

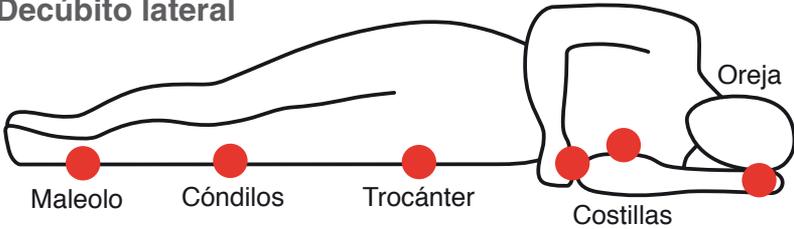
Se distribuyen así:

- 65% en la zona pélvica.
- 30% en extremidades.
- 5% en otras zonas.

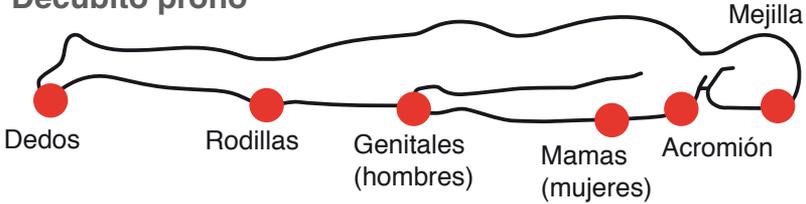
Decúbito dorsal



Decúbito lateral



Decúbito prono



Principales puntos de presión.

Clasificación de las úlceras por presión

GRADO I

La piel está enrojecida. Puede asociarse a otros signos como induración (zona dura), dolor local y calor. La piel está íntegra, no hay herida. Es el primer signo de alarma, si el enrojecimiento no desaparece a la presión puede aparecer la úlcera. Afecta solo a la epidermis (capa más superficial).

GRADO II

Aparecen pequeñas erosiones y en ocasiones vesículas o ampollas. Afecta a la epidermis y la dermis superficial (primera y segunda capa de la piel).

GRADO III

Ya hay pérdida de tejido. Afecta también a la dermis profunda y la hipodermis (segunda y tercera capa de la piel). La úlcera tiene los bordes bien definidos y hay abundante exudado.

Aparece tejido necrótico y se forma una costra de color negro muy adherida. Cuando se elimina deja al descubierto tejidos más profundos. Es fácil que se infecte. Puede aparecer mal olor.

GRADO IV

Pérdida total del grosor de la piel. La herida suele ser maloliente. Más extensa que la anterior, con bordes mal definidos. Puede llegar al músculo e incluso al hueso.

Prevención de las úlceras por presión

Lo más importante es prevenir su aparición

El cuidador debe observar detenidamente la piel todos los días para detectar rápidamente el inicio de una úlcera y comenzar el tratamiento de forma inmediata. Una vez producida la úlcera, el tratamiento es difícil, prolongado y costoso.

La úlcera progresa desde dentro hacia fuera, es decir, desde la profundidad a la superficie. Con lo que es muy probable que externamente la úlcera parezca menor de lo que es en realidad.

1. Supervisar el estado de la piel

Sobretudo en las personas con riesgo de ulceración y en las partes del cuerpo donde son más frecuentes.

2. Disminuir o eliminar la presión

- Cambios posturales cada 2-3 horas en personas encamadas.
- En los que permanecen sentados enseñarles a cambiar de posición, alternando zonas de presión.
- Evitar el contacto de prominencias óseas.
- Usar dispositivos que mitiguen la presión (almohadas, vendas, taloneras, cojines antiescaras de sistema flot-air, colchones especiales...).

3. Cuidado e higiene de la piel

- Mantener la piel limpia y seca.
- Examen diario de la piel para descubrir enrojecimientos.
- Usar ropa interior de tejidos naturales.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas.
- Usar apósitos protectores.
- Masajes, activan la circulación.

4. Cuidado de la cama

- Evitar que las sábanas tengan arrugas y restos de comida.
- Evitar que la ropa de cama que cubre a la persona esté muy estirada, ya que flexiona los dedos y puede producir úlceras.
- No utilizar colchones de muelles o lana.

5. Control del estado general de la persona

- Estado nutricional: evitar la desnutrición administrando dieta rica en proteínas y en vitaminas A y C.
- Aporte adecuado de líquidos:
 - A veces disminuye la sensación de sed y por lo tanto la ingesta de líquidos.
 - Estimularle para que beba.
- Prestar atención especial a la incontinencia urinaria y fecal.
- Vigilancia y control de enfermedades.
- Control farmacológico.

6. Vigilar la aparición de úlceras por materiales o instrumentos médicos

- Nariz: mascarilla o gafas de oxígeno.
- Alas de la nariz: sonda nasogástrica.
- Meato urinario y muslo uso prolongado de sonda vesical.
- Muñecas y tobillos: personas con sujeción mecánica.
- Mucosa gástrica: sonda gástrica.
- Férulas.

Consultar al médico y seguir sus instrucciones en el caso de que se detecte alguna erosión o enrojecimiento.

2.1.7 Síndrome de inmovilidad

Es el descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

Existe todo un listado de situaciones y enfermedades que cursan con inmovilidad. Además por encima de los 65 años el 18% de las personas tiene problemas para moverse sin ayuda y a partir de los 75 más de la mitad tiene dificultades para salir de casa.

Causas

- Dolor y enfermedades osteoarticular (artritis, artrosis, etc.).
- Problemas en los pies.
- Accidentes cerebrovasculares (trombosis, hemorragias cerebrales, etc.).
- Debilidad generalizada.
- Alteraciones mentales (estados confusionales, depresión).
- Defectos visuales y auditivos.
- Inestabilidad y miedo a las caídas.
- Incontinencia.
- Como efecto de algunos fármacos, por indicación médica excesiva u hospitalización (el reposo absoluto solo es estrictamente necesario en muy pocas situaciones).

Consecuencias

Sobre el estado general y mental

1. Pérdida de proteínas por la atrofia muscular: contribuye a la debilidad y favorece el encamamiento.
2. Pérdida del tono muscular y la coordinación: inestabilidad y desequilibrio al estar de pie y al andar.
3. Alteraciones psicológicas: trastornos del comportamiento, depresión y ansiedad, alteración de la convivencia, confusión.
4. Limitaciones sensoriales y del contacto afectivo.
5. Dependencia.
6. Insomnio.
7. Aumento del deterioro cognitivo.
8. Disminución de la motivación.
9. Institucionalización.
10. Deshidratación e hipotermia.



Estimular la actividad física: paseo.

Sobre el aparato respiratorio

1. Empeoramiento de la función ventilatoria.
2. Aumenta la frecuencia de neumonías.
3. Aumento de la incidencia de trombo embolismo pulmonar.

Sobre el aparato circulatorio

1. Úlceras tróficas.
2. Trombosis venosas en extremidades inferiores.
3. Hipotensión ortostática (mareos al cambiar de posición).

Sobre el aparato digestivo

1. Alteración del ritmo intestinal. Estreñimiento, fecalomas.
2. Síndrome hemorroidal.
3. Pérdida del apetito.

Sobre el aparato genito-urinario

1. Incontinencia.
2. Aumento de las afecciones urinarias.
3. Retención de orina.
4. Litiasis (cálculos).

Sobre la piel

1. Úlceras por decúbito (maceraciones, enrojecimiento, atrofias...).

Sobre el aparato locomotor

1. Óseas: osteoporosis.
2. Musculares: atrofia.
 - Debilidad muscular, atrofia por desuso.
 - Posturas viciosas.
3. Articulares: empeoramiento de lesiones previas.
 - Dolor, rigidez y deformidad.
 - Retracciones tendinosas.

Cuidados generales para las personas con inmovilidad o en riesgo

Tener siempre en cuenta la necesidad de aumentar los niveles de actividad de todas las personas.

- Animar a la actividad física.
- Cuidar adecuadamente la incontinencia.
- Vigilar la hidratación y nutrición.
- Fomentar la realización de movimientos regulares.
- Evitar la sobredependencia (solo prestar apoyo cuando la persona, verdaderamente, lo necesite).
- Realizar cambios posturales cada vez que sea necesario.
- Usar productos de apoyo para fomentar la autonomía (andadores, muletas, etc.).
- Fomentar las relaciones sociales.
- Adaptar el entorno para que sea más seguro:
 - Retirar los muebles que no sean necesarios.
 - Iluminación adecuada.
 - Suelos libres de alfombras, cables o cordones con los que puedan tropezar.
 - En el cuarto de baño pueden instalarse barras de sujeción y elevadores para la taza del retrete de material de plástico.

Cuidados preventivos de la persona inmovilizada

Prevención de problemas cutáneos

- Cambios posturales cada 2-3 horas.
- Higiene.
- Masaje.
- Almohadas para mantener cambios posturales y productos de apoyo adecuados.
- Adecuada ingesta de líquidos y de nutrientes.

Prevención de problemas músculo-esqueléticos

- Atención a la postura y alineación corporal.
- Movilización precoz (pasiva y activa). Según pauta del médico o fisioterapeuta.

Prevención de problemas cardio-vasculares

- Control de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca. Controles sanitarios por el personal de enfermería.
- Evitar embolismos pulmonares y flebitis.

Prevención de problemas respiratorios

- Movilización encamados, actividad física de los sedentarios.
- Ejercicios respiratorios, fisioterapia.
- Drenaje postural.
- Percusión o clapping, vibraciones.
- Corregir la hipoxia (falta de oxígeno).

Prevención de problemas gastrointestinales

- Dieta equilibrada y variada de fácil ingestión, digestión y absorción.
- Evitar la soledad y el aislamiento.
- Revisar el estado de la boca.
- Potenciar la comida fuera de la cama y en compañía.

Prevención de problemas genito-uritarios

- Repercusión importante en la vida en general y en la psicología.
- Baños adecuados.
- Enseñar a vaciar mecánicamente la vejiga.
- Reeduación del horario de diuresis.
- Ambulación (andar) precoz, ejercicios y actividades sociales.
- Revisar tratamientos farmacológicos.

Prevención de problemas psicológicos

- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Mantener la motivación.
- Mantenerle informado.
- Reducir el aislamiento, favorecer las visitas.
- Hablar con el dependiente.
- Permitir personalizar su entorno (que ponga sus cosas en su habitación).

2.1.8 Caídas

Las caídas son un fenómeno frecuente cuando se padecen alteraciones músculo-esqueléticas o del equilibrio y también su frecuencia aumenta con la edad y con el estado de fragilidad, aún en ausencia de patología.

Consecuencias

1. Sin consecuencias.
2. Consecuencias graves: mortalidad.

A veces la muerte sobreviene como consecuencia de una caída interpretada como banal, a medio plazo (golpes en la cabeza).

Son factores que aumentan la mortalidad por caída:

 - La edad avanzada.
 - La permanencia en el suelo durante un tiempo.
 - El ser mujer.
 - Tener varias enfermedades.
 - Tomar distintos tipos de fármacos.
3. Otras consecuencias:
 - Fracturas; se observa que con la edad aumenta la incidencia de fractura de cadera.
 - Heridas, contusiones.
4. Síndrome postcaída.

Causas de las caídas

Causas internas de las caídas

1. Cambios propios de la edad (disminución de reflejos, rigidez articular, etc.).
2. Alteraciones de la marcha y la movilidad.
3. Trastornos del equilibrio.
4. Las enfermedades: son muy importantes las alteraciones sensoriales.
5. Trastornos emocionales (depresión, estados de ansiedad con agitación...).
6. Efectos de la medicación e intoxicaciones.

Causas externas de las caídas

El mayor porcentaje de caídas se produce en el domicilio (52% frente a 48% fuera del domicilio).

1. Ambientes desconocidos.
2. Escaleras.
3. Pisos defectuosos o resbaladizos.
4. Objetos inesperados en el suelo.
5. Alfombras deslizables.
6. Animales domésticos.
7. Baños sin puntos de apoyo adecuados.
8. Sillas bajas.
9. Calzado inadecuado.
10. Escasa iluminación.
11. Aislamiento social.

Prevención de las caídas

1. Control del estado general de salud.
 - Órganos de los sentidos: Corregir defectos.
 - Correcta medicación.
 - Disminuir la automedicación y controlar los olvidos. Tratamiento de la patología osteo-articular.
 - Tratamientos físicos y ortopédicos.
 - Cuidado de los pies:
 - Cirugía del juanete.
 - Cuidados podológicos.
2. Mantener un buen estado general: Movilidad y buena alimentación.
3. Estimular la actividad física:
 - Programa diario de actividades:
 - Mejorar el tono muscular y la flexibilidad.
 - Evitar atrofia por desuso.
 - Entrenamiento de la marcha: Control de la regularidad del paso, elevación de los pies, marcha atrás así como subir y bajar escaleras.
 - Usar apoyos si son necesarios (bastón, muletas, andadores...).
4. Eliminación de barreras en casa:
 - Evitar el desorden y las alfombras deslizantes.
 - Las escaleras, baños y pasillos tendrán adecuados puntos de sujeción y una pequeña fuente de luz en la noche.
 - Acercar el baño (orinal). No fiarse de no encender la luz.



Enseñar a levantarse tras una caída.

- Suelos regulares y antideslizantes.
 - Acomodar la altura de sillas y cama.
 - Mejorar el acceso a las baldas (evitar la hiperextensión del cuello).
 - Barandillas (con protectores si es necesario en la cama) y asideros donde los necesite (baño, pasillo, cercanos al cabecero de la cama...).
 - Señalización (fluorescencias o pilotos luminosos).
 - Evitar objetos sueltos por el suelo: juguetes, animales de compañía.
5. Mejor usar zapatos bajos con un poco de tacón que zapatillas. Si usa zapatillas, siempre cerradas.
 6. No mover bruscamente la cabeza para evitar vértigos.
 7. Evitar la hipotensión:
 - Baño a menos de 40°.
 - Cabecera de la cama algo levantada.
 - Medias de compresión elástica.
 - Aprender a levantarse de la cama y de la silla.
 8. Aprender a levantarse del suelo.
 9. Mantener un buen apoyo familiar y social.

Qué hacer ante una caída

- Tratar de mantener la calma y tranquilizar a la persona que se ha caído.

- Valorar las lesiones y el dolor.
- Pedir ayuda. Ante cualquier duda se recomienda tapar a la persona, en el suelo, y llamar al servicio de urgencias.

Permanecer en el suelo

Cuando una persona permanece caída, durante un periodo de tiempo prolongado, sin poder levantarse, recibir atención médica ni valerse por sí misma, las consecuencias de la caída se magnifican y pueden conducir a la muerte.

Consecuencias de permanecer caído un tiempo

- Hipotermia (descenso importante de la temperatura corporal).
- Deshidratación (pérdida de agua corporal).
- Destrucción de músculo, por permanecer en la misma postura.
- Infecciones (sobre todo respiratorias y urinarias).
- Secuelas de la inmovilización (contracturas articulares, úlceras por presión, trombosis venosa profunda...).

Síndrome postcaída

Se trata de una de las más importantes consecuencias de las caídas. Se puede producir incluso con caídas leves.

Se manifiesta por la pérdida de autonomía y la aparición de miedo importante a caer de nuevo, con rechazo a salir y temor a exponerse a ciertos riesgos.

Síndrome poscaída

- No se mueve.
- No se vale por sí mismo.
- No confía en sí mismo.

Causas

- El hecho de que el individuo no haya podido levantarse solo.
- Permanecer más de una hora en el suelo.
- Haber tenido más de 3 caídas en el último año.

Consecuencias

- Dolor.
- Nuevas caídas.
- Marcha inestable.

2.1.9 Trastorno del sueño

El sueño es un fenómeno activo y necesario periódicamente.

La mayoría de los adultos duermen entre 6 y 10 horas al día, aunque las necesidades individuales van desde 3 horas y media a 12 horas diarias. Habitualmente se duerme todos los días una sola vez y por la noche.

El sueño tiene un ritmo diario y su control se establece desde una estructura situada en el cerebro (hipotálamo) gracias a influencias o mensajes que recibe desde el exterior, entre ellos el más importante es la luminosidad diurna.

Fases del sueño

A lo largo de la noche el sueño pasa por distintas fases; sueño superficial, sueño profundo, ensoñaciones. Estas fases se alternan en periodos de 90 minutos. A lo largo de la noche se producen 3 o 4 ciclos. La duración de las distintas fases no es la misma en toda la noche. Hacia la mañana aumenta la duración de las ensoñaciones, el sueño profundo se acumula en la primera mitad de la noche.

El sueño es imprescindible para el aprendizaje y el depósito en la memoria.

Patrones de sueño relacionados con la edad

Las necesidades de sueño nocturno disminuyen paulatinamente con la edad. Sin embargo, el sueño total durante las 24 horas es similar al del adulto joven.

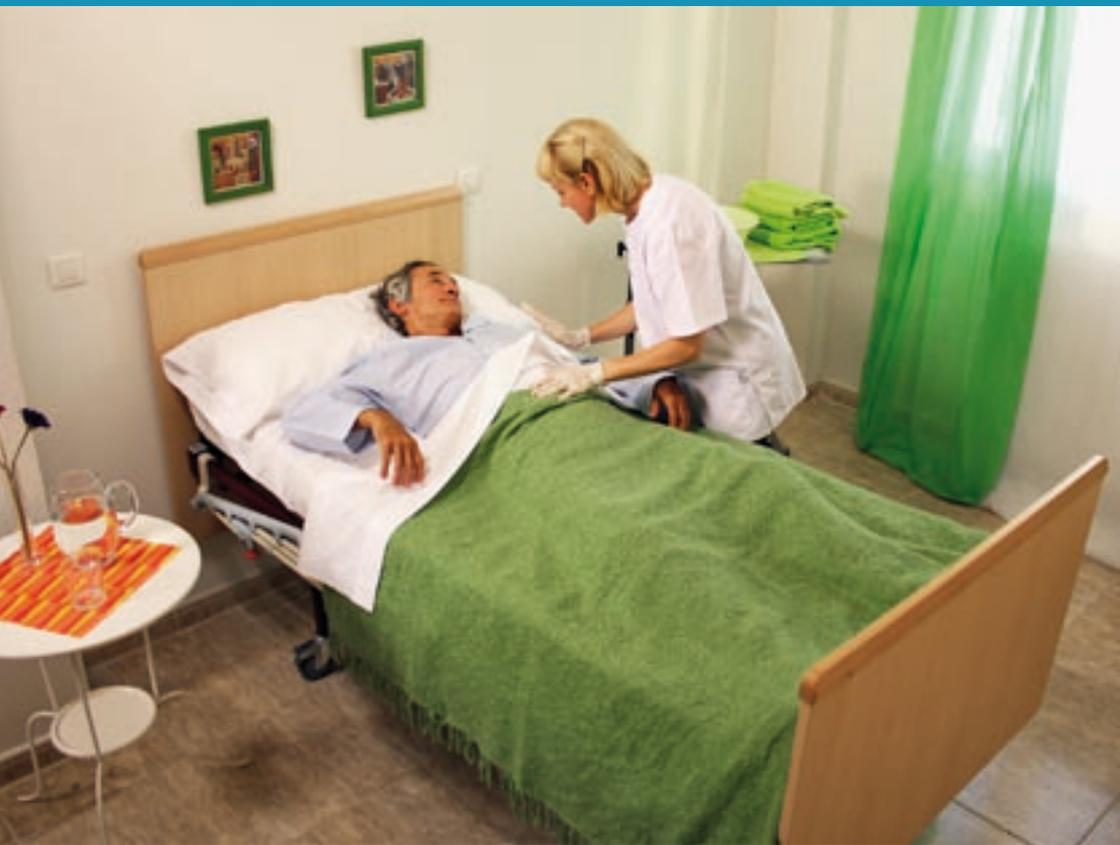
La característica principal del sueño en las personas de edad avanzada es su mayor fragmentación y su diferente distribución a lo largo del día.

En general los mayores pasan más tiempo en la cama, pero están menos tiempo dormidos y se despiertan con más facilidad que los adultos. Esto provoca un mayor grado de cansancio diurno, una mayor tendencia a las siestas y una mayor facilidad para quedarse dormidos durante el día.

Más del 25% de las personas mayores de 60 años se quejan de sueño inadecuado. Los trastornos del sueño son de 3 a 4 veces más frecuentes en la vejez que en la juventud, y son más frecuentes entre las mujeres de edad avanzada que en los varones de edad similar.

Con la edad se modifica la estructura del sueño:

- El sueño profundo disminuye de forma importante.
- Disminuyen las ensoñaciones.
- Aumenta el número de despertares nocturnos.



Ambiente agradable para el descanso.

- Aumenta la tendencia a dormir durante el día.
- El despertar matutino precoz es también más frecuente.

Trastorno del sueño

Insomnio

El insomnio puede deberse a la conciliación retardada del sueño, a sueño interrumpido o al despertar prematuro.

El insomnio durante unas pocas noches es muy frecuente y puede deberse simplemente a estrés o excitación causada por acontecimientos vitales, o bien a enfermedades febriles u operaciones quirúrgicas.

El insomnio crónico puede durar meses o años y, aunque presenta oscilaciones, puede provocar trastornos del humor, deficiente rendimiento durante el día o mayor tendencia a accidentes.

Es el trastorno del sueño más frecuente. El cuadro se inicia en torno a los 40 años, pero su incidencia aumenta con la edad.

Es más frecuente en la mujer, en personas separadas o viudas y en los niveles socio-económicos bajos, así como en las personas con problemas psiquiátricos y en las que viven en áreas con gran densidad de población. Las situaciones estresantes tienen mucho que ver con el origen de este problema.

Depresión

En la mayoría de las depresiones se producen alteraciones del sueño:

- Hipersomnia (aumento de la cantidad de sueño).
- Insomnio: tanto dificultad para dormirse como despertar matutino precoz. Además en los depresivos aumenta el número de despertares nocturnos y los periodos de ensoñaciones se acumulan en la primera parte de la noche (lo contrario de lo normal).

Demencia

Las personas con demencia presentan menos trastornos en la continuidad del sueño que los depresivos. El porcentaje de ensoñación está disminuido pero es normal su distribución a lo largo de la noche.

Trastorno orgánico cerebral

En el trastorno orgánico cerebral (lesiones estructurales del cerebro, falta de riego sanguíneo, etc.) pueden producirse despertares nocturnos en un estado confusional. Esto suele deberse a un aumento de los problemas de percepción, a la confusión y a la desorientación que se dan en la noche y que se acentúan si el sujeto duerme en una habitación completamente oscura. A veces la confusión se acompaña de agitación psicomotriz.

Este trastorno puede mejorar manteniendo una iluminación ligera en la habitación y procurando que en la misma haya objetos familiares para la persona.

Medidas higiénicas respecto al sueño

El tratamiento debe abarcar varias prácticas terapéuticas.

Un aspecto crucial es el consejo médico referente a los hábitos de vida y las **medidas higiénicas relativas al sueño**:

- En primer lugar es conveniente establecer un ritmo regular en los hábitos del sueño. Las siestas deben ser breves y no repetirse. El sueño nocturno no tiene por qué durar más de 6 o 7 horas si la persona duerme siesta.
- Rutinas favorecedoras del sueño: acostarse solo cuando uno se encuentre soñoliento y no leer ni ver la televisión en la cama.
- Evitar el ruido.
- Temperatura agradable, evitando los extremos.
- Ingesta: el hambre impide el sueño. Se dice que un vaso de leche o un trozo de queso antes de acostarse ayudan a dormir.
- Estimulantes: se debe restringir la toma de café, té, chocolate y bebidas con cola, a partir del mediodía en las personas que padecen de insomnio.

- Ejercicio: el ejercicio físico habitual durante el día promueve el sueño nocturno. Sin embargo, inmediatamente antes de acostarse puede perturbar el inicio del sueño.
- Consejos para evitar la ansiedad provocada con el insomnio: es bueno conocer las variaciones normales del sueño según la edad. Es importante recalcar, que pasar una o varias noches sin dormir o durmiendo muy poco, no perjudica al cuerpo o a la salud en ningún sentido. Algunas técnicas de relajación pueden ayudar a conciliar el sueño.

Cuando estas medidas higiénicas no son suficientemente efectivas el médico tratará las enfermedades que perturban el sueño o podrá indicar fármacos inductores o favorecedores del sueño.

2.2 Porque tiene alguna de estas enfermedades crónicas:

2.2.1 Diabetes

2.2.2 Hipertensión arterial

2.2.1 Diabetes

Se trata de una enfermedad metabólica caracterizada por el aumento de glucosa en sangre y la imposibilidad de ser utilizada por las células.

La insulina es la hormona producida por el páncreas cuya función es facilitar la entrada de la glucosa en las células y que el organismo pueda utilizarla.

Tipos

Diabetes tipo I

Falta insulina por destrucción de las células del páncreas que la producen, por lo que esta está disminuida.

Diabetes tipo II

En ella es importante el componente genético. El páncreas produce insulina, pero esta no puede actuar por un exceso de grasa y resistencia a la acción de la insulina. Su incidencia aumenta con la edad.

Clínica

- Aumento de la glucosa en sangre (hiperglucemia).
- Aumento de la glucosa en orina (glucosuria).
- Poliuria (aumento de la micciones, van mucho al baño).
- Polidipsia (aumento de la necesidad de beber).
- Polifagia (aumenta la necesidad de comer).
- A veces los síntomas no se aprecian y la enfermedad se detecta en un análisis de sangre o cuando aparecen complicaciones.

Complicaciones

A largo plazo

- Lesiones en los vasos grandes: Arterioesclerosis por más frecuente HTA, aumento de grasas en sangre (hiperlipemias), aumento de la viscosidad de la sangre.
- Lesiones en los pequeños vasos:
 1. Retinopatía (de la retina en el ojo, conduce a la ceguera).
 2. Nefropatía (del riñón, puede provocar insuficiencia renal).
 3. Neuropatía (de los nervios, disminuye la sensibilidad al dolor).
- Otras.
 1. Cataratas.
 2. Pie diabético. (Aumento de las infecciones, riesgo de amputación).



Se recomiendan alimentos ricos en fibra, azúcares sencillos y pocas grasas.

Complicaciones agudas

1. Hipoglucemia

Es un descenso brusco de la glucosa en la sangre por debajo de 50mg/dl. Es la complicación más frecuente.

Se puede producir por: aumento de ejercicio físico sobreesfuerzo, sobredosis de insulina, ingesta insuficiente, diarreas o vómitos...

Aparecen mareos, y sudoración.

Cualquier signo neurológico puede ser su consecuencia.

Administrar azúcar.

2. Coma diabético

Son dos complicaciones, la cetoacidosis diabética y el coma hiperosmolar no cetósico.

Se producen por un aumento de la glucosa en sangre mayor de 250 mg/dl. Provoca pérdida de agua en orina y deshidratación severa, alteraciones hidroelectrolíticas, choque hipovolémico, insuficiencia renal aguda provocando el fallo de otros órganos poniendo en peligro la vida de la persona.

La cetoacidosis evoluciona más rápido, se suele dar más en diabetes tipo 1 y presenta acidosis metabólica.

Los factores que lo desencadenan son: errores o ausencia de tratamiento, infecciones sobreañadidas, cambios en la alimentación o en la actividad física, cirugía, traumatismos... El coma hiperosmolar evoluciona más lento, se da más en diabetes tipo 2, en mayores y no presenta cetosis.

Recomendaciones

Seguir en todo momento las indicaciones del médico.

La dieta debe estar dirigida a:

1. Evitar que aumente mucho la glucosa en la sangre tras la comida (limitar los azúcares elaborados en la dieta).
2. Evitar las hipoglucemias (repartir la comida a lo largo del día en al menos 5 tomas).
3. Conseguir el peso adecuado (limitación ligera de las calorías).
4. Normalizar las cifras de colesterol y triglicéridos.
5. Es muy importante aumentar la ingesta de fibra.

Ejercicio físico: la actividad física moderada y regular mejora el aprovechamiento de la glucosa por las células.

Tratamiento médico: insulina o antidiabéticos orales.

Educación y medidas higiénicas: la persona debe participar activamente en el control de su enfermedad.

2.2.2 Hipertensión arterial

La **tensión arterial** se define como la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias. Depende del corazón que impulsa la sangre y de la resistencia que ofrecen las arterias al paso de la sangre.

La **hipertensión arterial** se define como la elevación persistente de la presión de la sangre en las arterias.

Los **valores** normales según la O.M.S. son 140/80 mm Hg y los valores a partir de los cuales se considera HTA, independientemente de la edad son 160/95 mm Hg.

	P.A.S	P.A.D.
Óptimo	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Límite superior	130-139	85-90 (normal alta)
HIPERTENSIÓN		
HTA I	140-159	90-99
HTA II	160-179	100-109
HTA III	> = 180	> = 110
HTA sistólica aislada > 140 con diastólica < 90		

PARA ASEGURAR EL DIAGNÓSTICO LOS VALORES DEBEN SER SUPERIORES A LOS ANTERIORES EN TRES TOMAS ESPACIADAS.

Factores que influyen

- El momento del día: la tensión va aumentando a lo largo de la mañana, desciende por la tarde y alcanza los mínimos por la noche (no diferencias mayores de 30 mm Hg).
- La temperatura: la tensión disminuye en los meses cálidos.
- La ingesta de alimentos: disminuye las cifras, sobretodo la comida del mediodía.
- La actividad física o mental: aumenta las cifras de la tensión.
- El estrés: aumenta las cifras (HTA de bata blanca).
- El uso de medicamentos.

HTA como factor de riesgo

El aumento de las cifras de la tensión arterial es un claro factor de riesgo cardiovascular:

- Accidente cerebrovascular agudo.

- Cardiopatía isquémica.
- Insuficiencia cardiaca.

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico

Medidas dietéticas:

- Evitar el sobrepeso.
- Reducir el consumo de grasas de origen animal a favor de las de origen vegetal.
- Disminuir la ingesta de sal (sin ensañamiento). Suplementos de potasio y de calcio. Moderar el consumo de alcohol.

Actividad física: no está comprobada su relación con la T.A., pero sí los enormes beneficios para la vida. El paseo diario y el ejercicio moderado pueden practicarse por la mayoría de las personas.

Control de la ansiedad con psicoterapia y técnicas de relajación.

Tratamiento farmacológico cuando proceda

2.3 Porque tiene alguna de estas enfermedades discapacitantes:

2.3.1 Accidente cerebro vascular agudo

2.3.2 Esclerosis múltiple

2.3.3 Esclerosis lateral amiotrófica

2.3.4 Parkinson

2.3.5 Lesiones medulares

2.3.6 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

2.3.7 Alteraciones osteoarticulares

2.3.8 Enfermedad mental

2.3.1 Accidente cerebro vascular agudo

Otros nombres

- Ictus.
- Embolia cerebral.
- Trombosis cerebral.
- Apoplejía.
- Hemorragia cerebral.

El **Accidente Cerebro Vascular (ACV)** o **Ictus** es una enfermedad vascular que afecta a las arterias del cerebro o que llegan al cerebro. Se produce cuando se interrumpe repentinamente el suministro de sangre a una parte del cerebro o cuando se rompe un vaso sanguíneo en el cerebro. Las células cerebrales, cuando dejan de recibir oxígeno o nutrientes de la sangre (isquemia) mueren. Esta isquemia conduce finalmente al infarto, a la muerte de las células cerebrales, que son sustituidas por una cavidad llena de fluido. No todas las células mueren inmediatamente, sino que hay una parte que están en “riesgo de morir”, y con el tratamiento adecuado pueden salvarse. La evolución dependerá de la intensidad y localización de la isquemia y de la capacidad del cerebro para recuperarse.

Causas

1. Isquémicos (por falta de sangre)

Se produce una obstrucción del paso de sangre al cerebro. En la mayor parte de los casos la obstrucción está producida por la presencia de placas de ateroma, lo que llamamos **arteriosclerosis**. En otros casos se debe a la llegada de un trombo desde otras zonas del organismo, generalmente desde el corazón (**embolia**).

En la arteriosclerosis las arterias se vuelven rígidas, en un proceso progresivo que consiste en la acumulación de colesterol, calcio y otras grasas en la pared de las arterias. En ciertas zonas de las arterias el estrechamiento puntual es más intenso, llegando a tapar casi por completo el paso de sangre al cerebro.

Si en la zona obstruida por placas de ateroma se pegan acúmulos de plaquetas, se llegan a formar coágulos (trombos), lo que llamamos **trombosis cerebral**.

Estos trombos se pueden soltar (embolia), y por su tamaño llegan a arterias más pequeñas por las que no pueden pasar, las taponan totalmente y producen lo que se llama la isquemia aguda (**embolia cerebral**). Estas embolias también pueden haber migrado desde el corazón en diferentes situaciones (la más frecuente por una arritmia; la fibrilación auricular).

Esta situación es muy grave ya que puede evolucionar a la muerte de las células cerebrales implicadas en la isquemia y la pérdida irreversible de las mismas.

2. Hemorrágicos

Lo que se produce es la rotura de una arteria cerebral (por aneurismas o por hipertensión arterial). La hemorragia intracerebral que se produce no puede liberarse al exterior ya que el cerebro está encerrado en el hueso del cráneo. Por ello la sangre presiona lo más blando, el cerebro, produciendo la falta de oxigenación de la zona y las lesiones subsecuentes de los tejidos (isquemia cerebral).

La causa más frecuente de rotura de una arteria cerebral es la presencia de un aneurisma. Un aneurisma es una dilatación permanente de una arteria causada por la debilidad de su pared.

Clínica

Los síntomas aparecen de forma repentina y se dan varios síntomas al mismo tiempo. Los síntomas más característicos son:

- Entumecimiento o debilidad repentina, sobre todo de una parte del cuerpo.
- Confusión repentina o problemas con el habla y la comprensión.
- Problemas repentinos con la vista en uno o en ambos ojos.
- Problemas repentinos para andar, mareos o pérdida de equilibrio o coordinación.
- Dolores de cabeza repentino, severo, sin causa conocida.

Incapacidades resultantes

Algunas de las incapacidades que pueden resultar de un accidente cerebrovascular son:

Parálisis

Es muy frecuente que se produzca parálisis en un lado del cuerpo, llamada hemiplejía. También se puede producir debilidad de un lado del cuerpo (hemiparesia). La parálisis o debilidad puede afectar solo a la cara, una extremidad o puede afectar a todo un lado del cuerpo.

Déficit cognitivo

Se pueden sufrir problemas de conciencia, atención, juicio y memoria. Puede producirse pérdida de conciencia de un lado del cuerpo o de un lado del campo visual, sin que se sea consciente de esa pérdida.

Déficit del lenguaje

Pueden aparecer problemas en la comprensión y/o en la expresión del lenguaje.



Facilitar la autonomía de la persona hemipléjica; adaptando y entrenando la tarea, usando los productos de apoyo adecuados.

Déficit emocional

Pueden aparecer problemas para controlar sus emociones o expresar emociones inapropiadas en determinadas situaciones. Un problema muy frecuente es la depresión, que puede dificultar la recuperación y la rehabilitación.

Dolor

Se puede dar un tipo de dolor llamado central, debido al daño de un área del cerebro llamada tálamo. Es una mezcla de sensaciones, como calor y frío, hormigueo, falta de sensibilidad, punzadas agudas y dolor intenso.

Tratamiento

Fase inicial o aguda

- Debe acudir lo antes posible a un hospital, ya que el ahorro de tiempo en comenzar el tratamiento mejora el pronóstico. Para evaluar la situación y comenzar el tratamiento contacte rápidamente con su teléfono de Emergencias (112, 061).
- Control de la vía aérea, oxigenación y tensión arterial, para asegurar una óptima oxigenación y perfusión de las células cerebrales.
- Medicamentos que impidan la agregación plaquetaria.
- Si el problema es un embolismo a distancia (desde el corazón), se puede precisar de una anticoagulación permanente.

- Control de la hipertensión arterial.
- Control de las complicaciones: convulsiones, edema cerebral, etc.
- Si el cuadro es hemorrágico puede precisar de su evacuación quirúrgica (no en todos los casos).

Fase de seguimiento

- En los cuadros de isquemia cerebral por arteriosclerosis de la arteria carótidea se realizan distintas técnicas quirúrgicas.
- Medicamentos antiagregantes o anticoagulantes como los mencionados en la fase aguda. Se están investigando nuevos antitrombóticos que además de su acción antiagregante tienen efectos anticoagulantes y fibrinolíticos.
- Rehabilitación de las funciones afectadas, tanto motoras como de otro orden.
- Control de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, obesidad, etc.

En las hemiplejías

Problemas especiales

1. El cuerpo aparece dividido en dos mitades independientes. Efectos psicológicos, la persona mira al lado contrario y rechaza el brazo y la pierna impedidos.
2. El tono postural es distinto.
 - Al principio flacidez, parece demasiado débil. Duración variable. Afecta más al brazo que a la pierna y durante más tiempo.
 - Después espasticidad, demasiado rígido para moverse. La espasticidad aumenta si hace algún ejercicio, si se excita, desea comunicarse y no puede, tiene miedo. Si la espasticidad es importante puede provocar contracturas.
3. La persona no sabe moverse. Debe aprender a girarse en la cama, sentarse, permanecer de pie o caminar. Está confundido, no conoce su lado afecto ni cómo usarlo. Tiene poco equilibrio y teme caerse.
4. Temor a las caídas (es como la suma de los tres anteriores).

Recomendaciones y productos de apoyo

- La habitación debe estar preparada de forma que todas las actividades se desarrollen desde el lado afecto (mesilla de noche, sillón del acompañante, etc.) para que reciba toda la estimulación por ese lado.
- En la primera etapa es muy importante el tratamiento postural y los movimientos para girar al paciente sobre ambos costados (auxiliar, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y familiar).

- Para el uso de la bacinilla la persona debe estar en decúbito supino, con las piernas flexionadas, se le fijan los pies y se le pide que levante la pelvis (también así se subirá en la cama en el caso que se haya deslizado hacia abajo).
- Ayudar a la persona a caminar colocándolos junto al lado afecto para mejorar su equilibrio y que coloque todo su peso sobre ese lado.
- La persona en situación de dependencia no debe permanecer pasiva cuando es movilizada de una posición a otra. Hay que darle tiempo para que siga activamente los movimientos que se efectúan con ella.
- Silla de ruedas. Existen sillas especiales para hemipléjicos con doble aro que se pueden manejar con una sola mano e incluso eléctricas. Es también conveniente que tenga un apoya brazos ancho para evitar la flexión y rotación del brazo. Colocar una tabla delante y las manos entrelazadas ayuda a integrar la imagen corporal.
- Las férulas antiequino son dispositivos para mantener la postura correcta del tobillo y así puede caminar. Existe una gran variedad en el mercado y requieren de un mínimo adiestramiento para su colocación.
- Otros productos de apoyo para favorecer la autonomía son: los abotonadores, las esponjas de mango largo, los platos inclinados para favorecer la alimentación, cortaúñas, tapetes antideslizantes...



Los abotonadores facilitan el vestido y la silla de ruedas de doble aro, el desplazamiento.

2.3.2 Esclerosis múltiple

Se trata de una enfermedad autoinmune que afecta al cerebro y a la médula espinal. Más en las mujeres que en los hombres. Suele aparecer entre los 20 y 40 años de edad, pero se puede observar a cualquier edad.

La esclerosis múltiple es causada por el daño a la vaina de mielina, la cubierta protectora que rodea las neuronas. Cuando esta cubierta de los nervios se daña, los impulsos nerviosos disminuyen o se detienen.

Esta enfermedad es progresiva, lo que significa que el daño a los nervios (neurodegeneración) empeora con el paso del tiempo. La rapidez con la cual empeora varía de una persona a otra.

Se produce una inflamación en el nervio cuando las células inmunitarias del propio cuerpo atacan el sistema nervioso (autoinmune). Se pueden presentar episodios repetitivos de inflamación a lo largo de cualquier área del cerebro o de la médula espinal.

Causas

Se desconoce, existen factores ambientales y familiares aún desconocidos.

Síntomas

Los síntomas varían porque la localización y magnitud de cada ataque puede ser diferente. Los episodios pueden durar días, semanas o meses y se alternan con períodos de reducción o ausencia de los síntomas (remisiones).

La fiebre, los baños calientes, la exposición al sol y el estrés pueden desencadenar o empeorar los ataques.

Es común que la enfermedad reaparezca (recaída). Sin embargo, puede continuar empeorando sin períodos de remisión.

Debido a que los nervios en cualquier parte del cerebro o la médula espinal pueden resultar dañados, las personas con esclerosis múltiple pueden tener síntomas en muchas partes del cuerpo.

Síntomas musculares

- Pérdida del equilibrio.
- Espasmos musculares.
- Entumecimiento o sensación anormal en cualquier parte del cuerpo.
- Problemas para mover brazos o piernas, para caminar.
- Problemas de coordinación.
- Temblor y debilidad en brazos o piernas.

Síntomas vesicales e intestinales

- Estreñimiento y escape de heces.
- Dificultades para empezar a orinar.
- Necesidad urgente y frecuente de orinar.
- Escapes de orina (incontinencia).

Síntomas oculares

- Molestias en los ojos, visión doble.
- Movimientos oculares rápidos incontrolables.
- Pérdida de visión (normalmente se afecta un ojo cada vez).

Entumecimiento hormigueo o dolor (en cara, brazos y piernas...)

Otros síntomas neurológicos

- Disminución del período de atención, de la capacidad de discernir y pérdida de la memoria.
- Dificultad para razonar y resolver problemas.
- Depresión.
- Mareos.
- Hipoacusia.

Síntomas sexuales (problemas de erección o de lubricación vaginal).

Afectación del habla y la deglución

La fatiga es el síntoma más común conforme progresa la enfermedad y suele empeorar al final de la tarde.

Diagnóstico

Los síntomas de la esclerosis múltiple son similares a los de otros muchos trastornos. El diagnóstico se hace descartando otras patologías. Un indicio para el diagnóstico es la afectación neurológica de dos partes diferentes del cuerpo en dos momentos distintos.

Exploraciones que ayudan al diagnóstico:

- Examen neurológico.
- Examen ocular.
- Punción lumbar.
- Resonancia magnética del cerebro y la columna...

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas y conseguir la mejor calidad de vida.

Fármacos:

- Para disminuir la progresión de la enfermedad.
- Esteroides para los ataques.
- Fármacos para controlar los síntomas.

Pronóstico

El pronóstico es variable.

Tienen mejor pronóstico:

- Las mujeres.
- Las personas jóvenes al inicio de la enfermedad.
- Las personas que no tienen ataques frecuentes.
- Las personas en las que la enfermedad es más limitada.

El grado de discapacidad e incomodidad depende de:

- La frecuencia de los episodios.
- La severidad de los episodios.
- La parte afectada.

La mayoría de las personas vuelven a su vida normal tras el episodio. Lentamente hay una disminución de la funcionalidad entre los ataques. Con el tiempo las personas necesitan una silla de ruedas para desplazarse.

La calidad de vida y la posibilidad de permanecer en su propia casa depende mucho de la calidad y cantidad de los sistemas de apoyo de la persona.

Otros tratamientos y recomendaciones

Consideraciones generales

- Un programa de ejercicio físico planificado al comienzo del trastorno.
- Un estilo de vida saludable con una buena nutrición y suficiente descanso y relajación.
- Evitar la fatiga el estrés y las temperaturas extremas.

Otras terapias

- Fisioterapia.
- Logopedia.
- Terapia ocupacional.
- Grupos de apoyo.



Elevador para salvar escaleras.

Productos de apoyo

Con frecuencia se precisan cambios y adaptaciones en el hogar para garantizar la seguridad y facilitar los desplazamientos.

Algunos productos:

- Sillas de ruedas.
- Asideros en las paredes.
- Asiento para baño o ducha.
- Andadores.
- Muñequeras lastradas para disminuir el temblor y mejorar la coordinación.



Productos de apoyo.

2.3.3 Esclerosis lateral amiotrófica

Es una enfermedad de las neuronas del cerebro y de la médula que controlan los movimientos de la musculatura voluntaria.

Se desconoce la causa, en un 10% tienen un origen genético.

Las neuronas se desgastan o se mueren y no mandan sus impulsos a los músculos, que dejan de funcionar.

La enfermedad empeora lentamente y cuando se ven afectados los músculos del tórax la persona no puede respirar por sí misma.

Clínica

Normalmente a partir de los 50 años.

Empieza por una pérdida de fuerza muscular y de coordinación que va empeorando.

Dificultades para desplazarse, bajar y subir escaleras.

Se suelen afectar los músculos de la respiración y de la deglución

No se afectan los sentidos ni la capacidad de razonamiento, ni la función intestinal o vesical.

- Dificultad para deglutir.
 - Náuseas.
 - Atragantamiento.
- Dificultad para respirar.
- Calambres musculares.
- Caída de la cabeza (debilidad de la musculatura del cuello).
- Debilidad muscular progresiva en el brazo o la mano.
- Parálisis.
- Alteraciones del lenguaje (discurso lento o anormal, ronquera...).

Diagnóstico

Examen neurológico

- Marcha torpe y rígida.
- Alteraciones de los reflejos.
- Dificultad para contener el llanto o la risa.
- Debilidad, espasmos.
- Examen de la deglución.

Exámenes de sangre

Electromiografía

Tomografía

Punción lumbar

Tratamiento

Tratamiento farmacológico para el control de los síntomas (espasticidad).

Pronóstico

Pérdida progresiva de la capacidad para desenvolverse y cuidar de sí mismo.

Complicaciones:

- Úlceras de decúbito.
- Pérdida de peso.
- Neumonía.
- Insuficiencia pulmonar.
- Inhalación de alimentos o bebidas.

Otros tratamientos y recomendaciones

Fisioterapia y rehabilitación

Tratamiento quirúrgico (sonda gastrostomía para alimentación, etc.).

Uso de **productos de apoyo** para suplir las funciones motoras que se van perdiendo:

- Sillas de ruedas.
- Ayudas ortopédicas.
- Productos de apoyo para la respiración.

Grupos de apoyo

2.3.4 Parkinson

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad que afecta al sistema nervioso en el área encargada de coordinar la actividad, el tono muscular y los movimientos. Es un proceso crónico que pertenece a un grupo de trastornos que tienen su origen en la degeneración y muerte de las neuronas, las células del sistema nervioso, por lo que se engloba dentro de las enfermedades neurodegenerativas.

Los síntomas de la enfermedad de Parkinson se manifiestan a partir de que en una zona del cerebro se produce una importante pérdida de neuronas encargadas de controlar y coordinar los movimientos y el tono muscular.

Causas

De momento se desconoce el origen de la enfermedad, exceptuando en los casos inducidos por traumatismos, drogodependencias y medicamentos, y algunas formas hereditarias en ciertos grupos familiares. Existen teorías que intentan explicar el deterioro neurológico que produce esta patología, Se cree que algunos pesticidas y toxinas, junto a cierta predisposición genética, podrían ser los desencadenantes de la enfermedad.

También se estudia la posibilidad de que el origen se encuentre en los radicales libres, moléculas que desencadenan un proceso de oxidación que daña los tejidos y las neuronas.

El genético es otro de los factores barajados como causantes de esta patología. Existen algunas formas de Parkinson hereditarias en algunos grupos de familias, por lo que la investigación genética puede ayudar a comprender el desarrollo y funcionamiento de la enfermedad.

Personas que padecen la enfermedad

El Parkinson afecta por igual a hombres y mujeres de todas las razas. Su desarrollo está relacionado con la edad: aparece generalmente a partir de los 50 años y la media de inicio de los síntomas se sitúa en los 60. Sin embargo, en los últimos años se ha registrado un aumento considerable de los casos de Parkinson precoz y se estima que cerca del 10 por ciento de los pacientes tienen menos de 40 años.

Síntomas más frecuentes

Temblor en reposo

Está presente en alrededor de un 75% de los pacientes. Se presenta de forma características durante el reposo, ya que desaparece al adoptar una postura o al ejecutar una acción.

Suele afectar a las extremidades y no a la cabeza. Como sucede en todos los temblores, empeora con el cansancio, la ansiedad y los

fármacos estimulantes del sistema nervioso. Desaparece durante el sueño.

Hay muchas clases de temblor y no todas las personas con temblor padecen Parkinson.

Lentitud de movimientos

Se refiere a la lentitud para iniciar y realizar los movimientos. Los que se ven más afectados son los que exigen movimientos secuenciales (ejemplo: abrocharse una camisa) o repetitivos (ejemplo: lavarse los dientes). Se ven más afectadas las actividades automáticas que las actividades aprendidas, de manera que pueden tener problemas para comenzar a andar (actividad automática), mientras que pueden bailar perfectamente (actividad aprendida).

Rigidez o aumento de tono muscular

Con la evolución de la enfermedad, aparece la rigidez en las articulaciones que al principio puede no ser advertida por la persona y esta solo refiere dolor a nivel de cuello, espalda u hombros o incluso calambres musculares debidos a la postura estática y flexionada de las articulaciones.

Trastornos posturales

Pueden ser iniciales, aunque lo habitual es que aparezcan en las fases avanzadas del proceso.

La postura habitual de la persona afectada tiende a la flexión del tronco, de la cabeza y de las cuatro extremidades. La marcha también se altera, con tendencia a la propulsión y a los pasos cortos.

En periodos avanzados de la enfermedad, pueden aparecer bloqueos de la marcha con pasos pequeños sin apenas desplazamientos y con gran inestabilidad para girar. Estos bloqueos de la marcha pueden dar lugar fácilmente a caídas.

Los trastornos posturales y de la marcha aumentan en los lugares estrechos (pasillos, umbrales de las puertas) y mejoran en los amplios y poco concurridos.

Estos síntomas no siempre se presentan juntos, pero puede darse cualquier combinación de éstos.

Síntomas asociados o secundarios

Inexpresividad facial

La inexpresividad facial se debe a la rigidez y escasa movilidad de la musculatura facial y hace que pierdan los elementos de la comunicación no verbal.

Alteraciones del lenguaje

La voz de las personas que padecen Parkinson se vuelve monótona y su volumen disminuye. La causa es la excesiva rigidez de los músculos de la laringe que intervienen en la fonación.

Alteraciones de la piel, seborrea

Es típica de esta enfermedad la excesiva producción de grasa que se distribuye en áreas faciales como la frente, cejas. También es notoria la presencia de sudoración excesiva sin ningún desencadenante aparente.

Alteraciones de la deglución

Las alteraciones de la movilidad del esófago provocan que tengan dificultades para tragar alimentos, especialmente líquidos. No tragan periódicamente y aparece el babeo.

Fatiga

El cansancio excesivo, incluso con actividades físicas ligeras, es un síntoma muy común, de forma que necesitan frecuentes periodos de descanso. Con el paso del tiempo, la persona afectada tiende a evitar ciertas tareas, por lo que puede pasar gran parte del día sin hacer nada.

Síntomas sensitivos y dolor

La enfermedad de Parkinson es un trastorno motor, de forma que, conceptualmente, no duele, pero es cierto que un 40% de los afectados expresan sensación de dolor, entumecimiento u hormigueo en el cuello, hombros, brazos o piernas. La explicación a este fenómeno tiene relación con la rigidez y limitación de los movimientos articulares, así como con contracturas dolorosas generalmente en los pies.

Demencia y afectación cognitiva

La mayoría de las personas afectadas por esta enfermedad no muestran deterioro cognitivo, pero con el paso del tiempo se aprecian ligeros problemas de concentración y ejecución de las tareas, olvidos o confusión al pensar o hablar.

Diagnóstico

El Parkinson es difícil de diagnosticar en sus etapas iniciales, ya que se confunde con los síntomas propios de otras patologías. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se efectúa a partir de los síntomas, ya que no existe ningún marcador químico. Para confirmar el diagnóstico se realiza una tomografía axial computerizada (TAC), que detecta las lesiones cerebrales en el mesencéfalo. Asimismo, son habituales los exámenes de los reflejos. Sin embargo, el mejor medio para detectar esta patología es la observación, ejercida tanto por el médico como por los familiares, ya que el contacto permanente les permite confirmar la continuidad o progresión de los síntomas y los posibles cambios tanto físicos como emocionales. En la enfermedad de Parkinson es esencial el diagnóstico precoz, ya que cada tipo de parkinsonismo tiene un tratamiento diferente.



Ejercicios de manos y muñecas.

Tratamiento

Esta es una patología crónica que, de momento, no tiene curación. El objetivo del tratamiento es reducir la velocidad de progresión de la enfermedad, controlar los síntomas y los efectos secundarios derivados de los fármacos que se usan para combatirla.

La dopamina no puede administrarse directamente ya que no puede pasar la barrera entre la sangre y el cerebro. Por este motivo se han desarrollado una serie de fármacos que favorecen la producción de esta sustancia o retrasan su deterioro y que se administran en función de la gravedad de los síntomas. Así, en las primeras etapas, cuando los síntomas son leves, se utilizan los fármacos menos potentes, como los anticolinérgicos; mientras que para los casos severos y avanzados se utiliza la levodopa, el fármaco más potente hasta el momento para el tratamiento de esta enfermedad.

Existe tratamiento quirúrgico que pretende actuar sobre la parte dañada del cerebro. Solo está indicado en un 5 por ciento de los casos. Los criterios de inclusión para intervención quirúrgica contemplan incapacidad funcional muy grave, ausencia de demencia, edad inferior a 70 años y diagnóstico confirmado.

Rehabilitación física

Uno de los aspectos más importantes del tratamiento de la enfermedad de Parkinson consiste en el mantenimiento del tono muscular y de las funciones motoras, por lo que es esencial la actividad física diaria. También hay ejercicios determinados que pueden ayudar a mantener la movilidad de los miembros y fortalecer los músculos que generalmente se ven más afectados.

Para hombros y brazos

- Encoger los hombros hacia arriba y descansar.
- Mover los hombros dibujando un círculo hacia delante y hacia atrás.
- Colocar las manos en la nuca y llevar el codo hacia atrás y hacia delante.
- Intentar alcanzar la espalda con la mano.
- Elevar y bajar los brazos lo máximo posible.

Para las manos

- Mover las muñecas describiendo un círculo hacia un lado y hacia otro.
- Con los codos presionando el abdomen y las palmas hacia arriba, cerrar y abrir la mano.

Para el cuello

- Sentado en una silla y con la espalda recta, mover la cabeza hacia delante hasta tocar el pecho y hacia atrás.
- Girar la cabeza hacia la derecha y la izquierda.

Para las piernas

- Sentado, levantar una pierna y colocar el tobillo sobre la rodilla de la pierna opuesta. En esta posición, empujar la pierna flexionada hacia abajo.
- Sentado en una silla, elevar y bajar las piernas imitando el movimiento que se realiza al caminar.

Para los pies

- Apoyar la planta de los pies en el suelo y levantar y bajar las puntas con rapidez.
- Con las plantas de los pies en el suelo, elevar los talones y bajarlos golpeando el suelo con fuerza.
- Levantar y estirar la pierna y mover los pies describiendo un círculo hacia la derecha y hacia la izquierda.
- De pie, elevarse sobre la punta de los pies, apoyar los talones en el suelo y levantar las puntas de los pies.

Prevención de caídas

La falta de control muscular, de equilibrio y el deterioro de la marcha que afecta a estas personas pueden favorecer las caídas y la rotura de huesos. Para evitar accidentes es conviene eliminar todos los objetos con los que pueda tropezar la persona afectada, incluyendo alfombras que forman arrugas o escalones que comunican habitaciones. También es aconsejable instalar asideros en las paredes cercanas a los pomos de las puertas. Esto ofrece seguridad permitiendo que la persona se agarre al asidero de la pared mientras abre la puerta.

Durante las comidas

Una acción tan cotidiana como la de comer (llevarse la comida a la boca, deglutir) supone mucho más tiempo y esfuerzo en una persona afectada de Parkinson. A esto se suma el manejo de los cubiertos y las dificultades para masticar ciertos alimentos como la carne o algunas verduras. Para facilitar la tarea, el cuidador puede cortar la comida, cocerla, hacer purés y facilitarle cubiertos o instrumentos que, aunque poco convencionales, le permitan manejar con más seguridad los alimentos y mantengan su autonomía.

La ropa

Los botones son un gran obstáculo a la hora de vestirse por lo que es recomendable cambiarlos por cremalleras. Para evitar los problemas que presentan los cordones de los zapatos, se puede utilizar calzado con gomas elásticas que se sujetan bien al pie y son fáciles de sacar.

En el baño

Se pueden instalar asientos elevados por ejemplo frente al lavabo, así como asideros en las paredes. También es recomendable usar productos de apoyo que elevan la altura de la taza del váter de manera que el usuario pueda sentarse y mantener el equilibrio sin tener que hacer grandes esfuerzos musculares. Otros productos de apoyo son: sillas giratorias para bañera, sillas de ducha con altura regulable, etc.



Un elevador del inodoro con apoyabrazos abatibles facilita la transferencia al mismo.

2.3.5 Lesiones medulares

La lesión de médula espinal, es una alteración de la médula espinal que puede provocar una pérdida de sensibilidad y/o de movilidad. Las dos principales causas de lesión medular son por:

- Traumas por accidente de coche, caídas, disparos, etc.
- Enfermedades de distinta causa: infecciosas, neuromusculares, etc. Algunos ejemplos son; la poliomielitis, la espina bífida, tumores, la ataxia de Friedreich, etc.

Causas

Las lesiones más frecuentes se producen cuando una zona de la columna vertebral o del cuello se dobla o se comprime; por ejemplo, como consecuencia de:

- Lesiones durante el parto, que suelen afectar a la columna vertebral en la zona del cuello.
- Caídas.
- Accidentes de tráfico (cuando la persona va como pasajero en un automóvil o en caso de atropello de un peatón).
- Lesiones deportivas.
- Accidentes de natación.

Las heridas penetrantes que atraviesan la médula espinal, como por ejemplo los disparos o puñaladas, también pueden causar daños.

Clínica

Los síntomas varían en función de la severidad y la localización de la lesión. Al principio, la persona puede sufrir un shock medular, que produce pérdida de la sensibilidad, el movimiento de los músculos y los reflejos por debajo del nivel de la lesión. El shock medular generalmente dura entre varias horas y varias semanas. Cuando disminuye el período de shock aparecen otros síntomas, que dependen de la localización de la lesión.

Las lesiones de la médula espinal se clasifican en función del tipo de pérdida de funciones motoras y sensoriales del paciente.

Cuando se produce una lesión completa se afecta del todo la movilidad. Según el nivel de la lesión la afectación será distinta:

- Tetraplejía: ausencia de movimiento y de sensibilidad en las cuatro extremidades (los brazos y las piernas).
- Paraplejía: supone la pérdida de movilidad y sensibilidad de cintura para abajo (piernas derecha e izquierda).
- Triplejía: supone la ausencia de movimiento y de sensibilidad en un brazo y ambas piernas y generalmente se produce como resultado de una sección incompleta de la médula.



Productos de apoyo para la alimentación autónoma en una persona con lesión medular.

Cuando se produce una lesión incompleta o un aplastamiento puede no llegarse a la parálisis y originarse una debilidad muscular, lo que se denomina paresia. Según la afectación aparecerán paresias en distintas localizaciones como por ejemplo:

- Paraparesia: pérdida de fuerza muscular sin llegar a la parálisis en ambos miembros inferiores.
- Tetraparesia: disfunción motora parcial de las cuatro extremidades.

A continuación se enumeran los síntomas más comunes de las lesiones agudas de la médula espinal. Sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir los siguientes:

- Debilidad muscular o parálisis en el tronco, los brazos o las piernas.
- Pérdida de la sensibilidad en el tronco, los brazos o las piernas.
- Espasticidad de los músculos.
- Problemas para respirar.
- Alteraciones de la presión sanguínea y el pulso.
- Problemas digestivos.
- Pérdida del control de la vejiga y el intestino.
- Disfunción sexual.

Rehabilitación en las lesiones medulares

La rehabilitación de la persona que ha sufrido una lesión en la médula espinal comienza durante la fase aguda del tratamiento. Cuando el estado general mejora se suele empezar un programa de rehabilitación más extenso.

El éxito en la rehabilitación depende de numerosas variables, entre las cuales se incluyen las siguientes:

- El nivel y la severidad de la lesión.
- El tipo y el grado de los deterioros e incapacidades resultantes.
- El estado general de salud de la persona.
- El apoyo de la familia.

Es importante centrarse en potenciar al máximo las capacidades individuales, tanto en casa como en la comunidad. El refuerzo positivo lo animará a recuperarse, mejorará su autoestima y fomentará su independencia.

Entre las áreas tratadas por los programas de rehabilitación para las lesiones medulares se pueden incluir las siguientes:

Necesidad de la persona	Ejemplo
Habilidades de autocuidado, incluidas las actividades cotidianas	Alimentarse, arreglarse, bañarse, vestirse, asearse y mantener relaciones sexuales.
Cuidados físicos	Soporte de las funciones cardíaca y pulmonar, necesidades nutricionales y cuidados de la piel.
Habilidades de movilidad	Caminar, desplazarse e impulsar por sí mismo una silla de ruedas.
Cuidados respiratorios	Cuidados del respirador, en caso de que sea necesario; terapias y ejercicios respiratorios para mejorar la función pulmonar.
Habilidades de comunicación	Hablar, escribir y aprender métodos de comunicación alternativos.
Habilidades de socialización	Relacionarse con los demás en casa y en la comunidad.
Entrenamiento vocacional	Habilidades relacionadas con el trabajo.
Control del dolor y la espasticidad muscular (aumento del tono de los músculos)	Medicamentos y métodos alternativos para controlar el dolor y la espasticidad.
Asesoría psicológica	Identificación de problemas y soluciones en cuestiones de pensamiento, de comportamiento y emocionales.
Apoyo familiar	Ayuda a adaptarse a los cambios en el estilo de vida, las preocupaciones económicas y la planificación del momento en el se produzca el alta.
Educación	Educación y preparación de la persona y su familia sobre las lesiones medulares y los cuidados necesarios en el hogar.

2.3.6 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Se define como un síndrome caracterizado por una obstrucción permanente a la circulación del aire en los pulmones.

Los procesos que con mayor frecuencia conducen a esta situación son:

- La **bronquitis crónica**: es la inflamación de la mucosa bronquial y se caracteriza por tos y expectoración a diario al menos 3 meses al año durante 2 años.
- El **enfisema** es la distensión de los espacios aéreos con destrucción de la pared alveolar.
- El **asma** se caracteriza por obstrucción bronquial y se debe a una respuesta exagerada de los bronquios a los distintos estímulos.

Bronquitis crónica

Presenta un **curso** variable y progresivo con tendencia a la invalidez. Por las crecientes dificultades respiratorias la persona cada vez ve más limitada su autonomía. Evoluciona por ondas de más agudización y menos con periodos sin síntomas muy cortos y escasos.

El principal **causante** es el tabaco.

La **clínica** se caracteriza por tos y expectoración matutina, disnea progresiva (dificultad para respirar), cianosis (color azulado) y aspecto abotagado. Es frecuente presentar infecciones respiratorias. Evoluciona hacia insuficiencia cardiaca derecha.

Enfisema

Su **causa** principal también es el tabaco.

La **clínica** es de aparición tardía. El síntoma principal es la disnea de esfuerzo (dificultad respiratoria), no obstante se suele asociar con frecuencia con bronquitis crónica.

Asma

Los factores **precipitantes** son: infecciones víricas o bacterianas, estrés, exposición al frío, tabaco, reflujo gastroesofágico, antiinflamatorios.

La **clínica** es episódica. Los síntomas más frecuentes son tos, disnea paroxística (dificultad respiratoria, ahogo..) y respiración entrecortada.

Tratamiento

Actuar sobre la propia enfermedad, modificar los factores de cronificación o precipitantes y tratar las enfermedades asociadas.



Potenciar al máximo las capacidades individuales y enseñar a ahorrar energía en las actividades diarias (sentada frente al espejo reclinable).

Medidas generales

- Abandono del tabaco.
- Mantener una buena ventilación, temperatura uniforme y humedad adecuada en el domicilio de la persona.
- Prevención y tratamiento precoz de infecciones respiratorias. Vacunación antigripal, etc.
- Medidas de reentrenamiento de la respiración...

Tratamiento farmacológico

El indicado por el médico.

Muchos de los fármacos se administrarán mediante inhaladores, nebulizaciones, cámaras de separación. Todos estos dispositivos, si se usan en el domicilio requieren de un mínimo entrenamiento.

Oxigenoterapia: bajo prescripción y supervisión médica se puede requerir oxígeno en el domicilio. Existen distintos dispositivos.

Tratamiento rehabilitador

- Fisioterapia.
- Reeduación respiratoria.
- Entrenamiento de los músculos respiratorios.
- Entrenamiento de los músculos periféricos.
- Terapia ocupacional.
- Educación sanitaria.

Recomendaciones y productos de apoyo

La falta de oxígeno al respirar la tos crónica y las expectoraciones provocan un continuo deterioro de la calidad de vida de la persona con EPOC que tiene cada vez más dificultad para realizar cualquier tipo de actividad física.

Se deben usar técnicas de ahorro energético y simplificación de las actividades de la vida diaria. Se incluyen métodos de medición de la respiración (andar mientras dura la espiración), optimizar la mecánica corporal, planificar y priorizar la actividades y usar productos de apoyo. Deben evitar movimientos innecesarios, realizar las tareas sentados, hacer ejercicios respiratorios y adoptar la postura corporal adecuada.

Para las actividades básicas de la vida diaria:

- Higiene y baño: realizar las actividades sentado. Silla de ducha con ventosas o fijaciones en las patas. Asideros en el baño.
- Vestido y calzado: colocar la ropa y todo lo necesario antes de empezar para evitar paseos innecesarios. Ropa holgada, no cinturones ni inclinarse para el calzado. Usar calzador con mango largo y calzador de medias.
- Deambulación: aprender a caminar durante la espiración y detenerse antes de la disnea. Usar todo tipo de mando o aparatos a distancia.
- La dificultad respiratoria aumenta cuando se elevan los brazos. Se cuidará de colocar los útiles de la casa o de la persona en el mismo plano y no elevados.

2.3.7 Alteraciones osteoarticulares

Sistema músculo-esquelético

El sistema músculo esquelético está formado por la unión de los huesos, articulaciones y músculos. Constituye el elemento de sostén, protección y movimiento del ser humano.

Los huesos:

- Forman junto con los cartílagos, el armazón rígido que da forma y sostiene al cuerpo.
- Protegen los órganos internos; cerebro, pulmones, corazón, etc.
- Ayudan a la formación de células sanguíneas (en su interior o médula).

Patologías más frecuentes

Osteoporosis

Es la pérdida de masa ósea, el hueso se vuelve poroso y frágil, rompiéndose fácilmente.

Factores de riesgo para desarrollar osteoporosis:

1. Dieta pobre en calcio (el calcio que se toma en la fase de crecimiento determina el desarrollo de los huesos).
2. Dieta rica en sodio.
3. Tomar alcohol o cafeína (hace que el calcio se elimine por la orina). El tabaco actúa contra las hormonas femeninas.
4. La menopausia (por disminución de los estrógenos).
5. La falta de actividad física.
6. Algunos fármacos.
7. Otros: sexo femenino, raza blanca, bajo peso, antecedentes familiares...

Consecuencias: fracturas óseas.

Cuidados en la osteoporosis

1. Dieta: asegurarse la ingesta necesaria de calcio (leche y derivados).
2. Ejercicio físico: “los huesos si no se usan, se pierden”.
3. Estilo de vida:
 - a. Abandonar hábitos no saludables (tabaco, alcohol...).
 - b. Mantener unas actitudes posturales correctas (sentado, acostado, al levantar pesos...).

Artritis

- Es una inflamación de las articulaciones.
- Puede ser aguda o crónica.
- Por su origen pueden ser: infecciosas, metabólicas, mecánicas, degenerativas, idiopáticas, etc.
- Cursan con dolor articular, inflamación, enrojecimiento, fiebre.
- Produce dificultad para la movilidad de las distintas articulaciones. Cursa con: Incapacidad para andar, alteración de destrezas manuales y de la motricidad fina (dificultades en aseo, vestido y en todas las tareas manuales), disminución de la movilidad de hombros (afectación de actividades básicas como peinarse, lavarse, etc.).
- Es una enfermedad altamente incapacitante para las actividades básicas de la vida diaria.

Artrosis

- Enfermedad degenerativa articular.
- Degeneración del cartílago con alteración por desgaste del hueso que está debajo.
- Cursa con dolor, rigidez articular, hinchazón y sensibilidad a la presión. El movimiento está limitado por el dolor.

Cuidados y recomendaciones en artritis y artrosis

- Fisioterapia, según cada caso. Ejercicio físico controlado. Siempre bajo supervisión de un profesional.
 - Ejercicios de flexibilidad y amplitud de movimientos.
 - Ejercicios para mejorar el tono muscular.
- En las agudizaciones, reposo de las articulaciones afectadas.
- Pérdida de peso en los obesos.
- Cuidar en los movimientos y actividades diarias el control de la postura, la ergonomía. Si al sentarse, levantarse, caminar, acostarse, agarrar un peso aquí o allá no se tiene en cuenta la postura la artritis puede no mejorar o empeorar.
- En casos graves las articulaciones que soportan peso son protegidas con bastones y muletas.
- Cuidados de los pies. Uso de calzado adecuado que sujete la articulación pero no oprima el pie. Suelas antideslizantes, etc.
- Mejorar la accesibilidad en la casa: barras de sujeción y apoyo en el baño.
- Productos de apoyo: la artritis es más limitante, produce dificultad para la movilidad de las distintas articulaciones. Cursa con: Incapacidad para andar, alteración de destrezas manuales y de la motricidad fina (dificultades en aseo, vestido y en todas las tareas manuales), disminución de la movilidad de hombros (afectación de actividades básicas como peinarse, lavarse, etc.). Es una enfermedad altamente incapacitante para las actividades básicas de la vida diaria.



Productos de apoyo para actividades manuales: adaptador de bolígrafo y grifo monomando.

Ayuda para la escritura tipo pelota

Instrumento de ayuda, para aquéllos con discapacidad en manos y dedos, para comer, escribir, etc. Particularmente beneficioso para aquéllos con problemas de artritis, pérdida de algún dedo... Proporciona una sujeción confortable de bolígrafos, lápices y cepillos de dientes, y puede usarse con muchos controles fijados en las sillas de ruedas motorizadas.

Adaptador universal

Cómodo sujetador que fácilmente se adapta a diversas formas y tamaños. Provee seguridad de agarre. Es ideal para personas con limitaciones en las manos o debilidad al sujetar. Este utensilio puede sujetar cosas como utensilios para comer, plumas, pinceles, cepillos, peines, maquinillas de afeitar...

Abrebotes

Abrebotes de forma cónica (para facilitar la presa palmar) con el interior acanalado para adaptarse a tapas de distintos diámetros.

Cubiertos adaptados para la artrosis

El mango está cubierto de una goma suave, flexible. La empuñadura se puede variar en forma y grosor. La desviación del cubierto suplente los defectos de movimiento de la muñeca.

2.3.8 Enfermedad mental

Un trastorno o enfermedad mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

No es fácil establecer una causa-efecto en la aparición de la enfermedad mental sino que son múltiples y en ella confluyen factores biológicos (alteraciones bioquímicas, metabólicas, etc.), factores psicológicos (vivencias del sujeto, aprendizaje, etc.) y factores sociales (cultura, ámbito social y familiar, etc.) que pueden influir en su aparición.

Clasificación de la enfermedad mental

Según los criterios de clasificaciones internacionales como la DSM-IV o la CIE-10 (sistemas de codificación) los grupos de diagnósticos que dan lugar a la aparición de una situación valorada como Enfermedad Mental Grave son:

- **Esquizofrenia y grupo de trastornos psicóticos:** se caracteriza por los trastornos del pensamiento, alucinaciones y síntomas negativos; suele conllevar gran afectación de las funciones de relación social. Se produce un grave deterioro de la evaluación de la realidad que interfiere en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida. Estas distorsiones provienen de la percepción del pensamiento y de las emociones.
- **Trastorno Bipolar y trastornos afectivos:** se caracteriza por las fases de alteración severas del estado de ánimo y el nivel de la actividad de la persona que lo padece (episodios maníaco-depresivos).
- **Trastornos de la Personalidad:** es una alteración de la personalidad, de la forma de vivir, de la forma de ser y de relacionarse con el entorno. La patología viene dada por agrupaciones de rasgos peculiares (no síntomas clínicos) que hacen sufrir a la persona o le generan importantes conflictos en la relación interpersonal y/o social.

Trastornos psicóticos

Se consideran trastornos psicóticos todos los trastornos mentales en los que la pérdida de contacto con la realidad es muy llamativa (no se distingue entre la realidad y la fantasía).

Las psicosis cursan con mucha frecuencia con delirios (pensamientos ilógicos, extravagantes y sin base real y no se pueden rebatir mediante argumentación lógica) y con alucinaciones (percepciones sin estímulo real como voces, visiones, etc.) Las alucinaciones y delirios pueden verse en cuadros de depresión psicótica, o manía delirante en el tras-

torno bipolar, en intoxicaciones por drogas y como efecto secundario de algunos fármacos. El trastorno psicótico más conocido es la esquizofrenia.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad del sistema nervioso central que suele comenzar entre los 20 y los 30 años de edad. Su causa no se conoce de manera completa pero se sabe de la importancia de factores concretos genéticos y otros que afectan al desarrollo del tejido nervioso. El curso crónico y deteriorante de esta enfermedad afecta seriamente el curso vital de la persona desde su juventud y frustra las expectativas fundamentales del ser humano que la padece.

Los síntomas de la esquizofrenia se clasifican en positivos y negativos.

Se denominan **síntomas positivos** a las alteraciones psicopatológicas que no existían antes de la enfermedad (básicamente las alucinaciones y delirios).

- Las alucinaciones de los pacientes esquizofrénicos son principalmente auditivas (voces que comentan los actos del individuo, o que le recriminan u ordenan hacer cosas). Las alucinaciones visuales, y más todavía, las olfativas o las gustativas son raras en la esquizofrenia (estas alucinaciones son más frecuentes en psicosis asociadas a enfermedades neurológicas como tumores cerebrales, etc.).
- Los delirios más frecuentes en la esquizofrenia son los de persecución y perjuicio (se sienten perseguidos por extraterrestres, la mafia, conspiraciones mundiales, etc., o bien cree que todo el mundo está en contra de él), pero los hay también con otros contenidos (místico-religioso, genealógico, etc.).

Se denominan **síntomas negativos** a ciertas secuelas de la enfermedad: pérdida de habilidades sociales, falta de interés, incapacidad para experimentar placer, incapacidad para expresar emociones, pensamiento y lenguaje empobrecidos. Los síntomas negativos suelen ser los que más deterioran a la persona y los más difíciles de tratar, la investigación de nuevos fármacos para la esquizofrenia tiene como objetivo principal el alivio de estos síntomas negativos que son un reto para el que no hay una solución farmacológica suficientemente satisfactoria.

En la esquizofrenia también puede haber síntomas motores como la catatonia que puede cursar con síntomas muy diversos como la agitación psicomotriz, negativismo (hacer lo contrario de lo que se le pide), oposicionismo (opone resistencia al movimiento pasivo) y posturas no habituales.

Se describen varias formas de esquizofrenia:

- Esquizofrenia paranoide: suele aparecer con más síntomas positivos que negativos, suele responder mejor al tratamiento farmacológico que otras y deteriorar menos a los pacientes.
- Esquizofrenia hebefrénica: suele aparecer con menos síntomas positivos y más negativos y responder peor al tratamiento farmacológico.



Es muy importante seguir el tratamiento farmacológico.

– Esquizofrenia catatónica: los principales síntomas son motores.

La esquizofrenia tiene un curso y un pronóstico variable, pero es siempre una enfermedad crónica y deteriorante en algún grado: después de cada episodio (o “brote”) de la enfermedad el paciente puede no alcanzar el nivel de funcionamiento previo y sentirse cada vez peor.

El tratamiento de la esquizofrenia se prolonga años; si aparecen recaídas frecuentes puede ser necesario de modo ininterrumpido. Actualmente hay evidencia científica de que la combinación de tratamiento farmacológico y psicosocial en la esquizofrenia mejora el pronóstico y el nivel de funcionamiento del paciente. Las personas que padecen esquizofrenia no son capaces de darse cuenta de su enfermedad, por eso es importante que se les informe y conciencie al respecto. Las familias necesitan también información y es preciso que todos sepan que si se deja el tratamiento la recaída es frecuente así como la aparición de nuevos déficits que, seguramente, harán necesario aplicar dosis más altas de los fármacos. Una razón habitual de abandono del tratamiento son los efectos secundarios molestos que tienen algunos de los medicamentos utilizados en el tratamiento; pero es posible tratar estos efectos secundarios.

Trastorno bipolar

El trastorno bipolar, conocido antiguamente como psicosis maníaco-depresiva, es un trastorno del estado del ánimo que cuenta con períodos de depresión repetitivos (fases depresivas) que se alternan con temporadas de gran euforia (fases maníacas). Se postula que su causa reside en un desequilibrio electroquímico en los neurotransmisores. El afectado oscila entre la alegría y la tristeza, de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patolo-

gía. Así, el afectado sufre de episodios o fases depresivas o eufóricas (maníacas).

Causas

El trastorno bipolar afecta por igual a hombres y mujeres, y generalmente aparece entre los 15 y 25 años. La causa exacta se desconoce, pero se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que padecen dicho trastorno.

El trastorno bipolar resulta de alteraciones en las áreas del cerebro que regulan el estado de ánimo.

Hay dos tipos principales de trastorno bipolar. Las personas con el trastorno bipolar I han tenido al menos un episodio completo de manía con períodos de depresión grave. En el pasado, el trastorno bipolar I se denominaba depresión maníaca.

Las personas con trastorno bipolar II rara vez experimentan un episodio maníaco completo y en su lugar presentan períodos de hipomanía (niveles elevados de energía e impulsividad que no son tan extremos como los síntomas de la manía). Dichos períodos hipomaníacos alternan con episodios de depresión grave.

Clínica

La fase maníaca tiene una duración indeterminada y puede abarcar los siguientes síntomas:

- Agitación o irritación.
- Elevación del estado de ánimo:
 - Hiperactividad.
 - Incremento de la energía.
 - Falta de autocontrol.
 - Pensamientos apresurados.
- Autoestima elevada (delirios de grandeza, creencias falsas en habilidades especiales).
- Poca necesidad de sueño.
- Compromiso exagerado en las actividades.
- Control deficiente del temperamento.
- Comportamientos imprudentes:
 - Incurrir en excesos de comida, bebida o consumo de drogas.
 - Deterioro de la capacidad de discernimiento.
 - Promiscuidad sexual.
 - Hacer gastos exagerados.
- Tendencia a distraerse fácilmente.

La fase depresiva de ambos tipos de trastorno bipolar involucra síntomas muy graves de depresión grave como:

- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Trastornos en la alimentación:
 - Pérdida del apetito y pérdida de peso.
 - Consumo exagerado de alimentos y aumento de peso.
- Fatiga y desgana.
- Sentimiento de desesperanza, culpa y falta de valor.
- Pérdida de la autoestima.
- Tristeza permanente.
- Pensamientos frecuentes acerca de la muerte.
- Trastornos del sueño:
 - Somnolencia excesiva.
 - Incapacidad para dormir.
- Pensamientos suicidas.
- Apatía por las actividades que alguna vez fueron placenteras.
- Aislamiento de los amigos.

Existe un alto riesgo de suicidio con el trastorno bipolar y en cualquiera de las dos fases los pacientes pueden abusar del alcohol u otras sustancias, lo cual puede empeorar los síntomas.

Algunas veces, hay una superposición entre las dos fases. Los síntomas maníacos y depresivos se pueden presentar simultáneamente o en una sucesión rápida denominada estado mixto.

Tratamiento del trastorno bipolar

Para la fase maníaca del trastorno bipolar, normalmente se utilizan los medicamentos antipsicóticos, el litio y los estabilizadores del estado anímico. Para la fase depresiva, algunas veces se utilizan antidepresivos, con o sin el tratamiento de la fase maníaca.

Hay poca evidencia, a largo plazo, de la efectividad de los tratamientos farmacológicos. Estudios de seguimiento durante dos años indican que el litio y algunos antipsicóticos son moderadamente eficaces.

Los medicamentos antipsicóticos pueden ayudar a la persona que ha perdido contacto con la realidad y los ansiolíticos, como las benzodiazepinas, también pueden servir. Es posible que deba permanecer en una unidad hospitalaria hasta que se haya estabilizado su estado de ánimo y los síntomas estén bajo control.

Dormir lo suficiente ayuda a mantener un estado de ánimo estable. Asimismo, la psicoterapia puede ser una opción útil durante la fase depresiva. El hecho de vincularse a un grupo de ayuda puede ser de particular utilidad para las personas con trastorno bipolar y para sus seres queridos.

Algunas personas suspenden el medicamento tan pronto se sienten mejor o porque quieren experimentar la productividad y creatividad

asociada con la manía. Aunque estos estados maníaco iniciales pueden hacer sentir bien, esta práctica puede tener consecuencias muy negativas.

Suspender o tomar medicamentos de manera inadecuada puede llevar a que los síntomas se presenten de nuevo, así como las siguientes complicaciones:

- Alcoholismo y/o drogadicción como una estrategia para “automedicarse”.
- Las relaciones personales, laborales y financieras pueden verse afectadas.
- Pensamientos y comportamientos suicidas.

El tratamiento de esta enfermedad es un reto y los afectados, amigos y familiares deben ser conscientes de los riesgos que supone descuidar el tratamiento del trastorno bipolar.

Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad son problemas que el sujeto posee arraigados en su carácter y que, por tanto, empieza a manifestar con claridad en su juventud o principio de la adultez. No obstante, muchas veces existen antecedentes de dichos problemas o “rasgos disfuncionales”.

Los rasgos disfuncionales son aspectos del comportamiento, de la percepción de los demás, del manejo ante la vida o de la autoestima (es decir, de los grandes ámbitos en los que nos desenvolvemos todos con nuestro carácter) que provocan sufrimiento en uno mismo y/o en los otros.

Según los aspectos que estén generando sufrimiento se podrá hablar de un trastorno de la personalidad o de otro, sabiendo que lo más normal es una mezcla entre diferentes tipos. Pero, más allá de las diferentes clases, lo que importa es esa idea de estabilidad en la persona, de que distintas “maneras de ser” muy arraigadas pueden ser problemáticas para el individuo o su entorno.

Clasificación

Los trastornos de la personalidad están estructurados en tres grupos:

- **Grupo A:** comprende aquellas personas que suelen ser consideradas como extrañas o excéntricas e incluye los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. Estas personas son muy aisladas, desconfiadas, con dificultad para procesar la realidad que les rodea y no pueden diferenciar la información que proviene del exterior con la generada por ellos.
 - Trastorno paranoide: desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva.
 - Trastorno esquizoide: dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica.

- Trastorno esquizotípico: anormalidades de la percepción, pensamiento, del lenguaje y de la conducta; que no llega a reunir los criterios para la esquizofrenia.
- **Grupo B:** comprende personas con una clara inclinación al dramatismo, muy emotivas y con conductas erráticas e incluye los trastornos de personalidad histriónico, narcisista, antisocial y límite. A estas personas les cuesta mucho controlar los impulsos. Son muy inestables emocionalmente, lo que les ocasiona ciertos problemas para adaptarse a su entorno.
 - Trastorno histriónico: conducta teatral, reactiva y expresada intencionalmente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.
 - Trastorno narcisista: sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración.
 - Trastorno antisocial: conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.
 - Trastorno límite de la personalidad: inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.
- **Grupo C:** comprende a personas que acostumbran a ser ansiosas y temerosas e incluye a los trastornos de personalidad por evitación, por dependencia y el obsesivo compulsivo, así como una categoría llamada trastorno de la personalidad no especificado (que incluye el trastorno pasivo agresivo de la personalidad y el trastorno depresivo de la personalidad).

Son personas muy inseguras, ansiosas y con muchos miedos, que ponen en marcha una serie de mecanismos de defensa cuando se sienten amenazados, los cuales determinan los distintos tipos de personalidad.

- Trastorno de la personalidad por evitación: hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza. Retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima.
- Trastorno de la personalidad por dependencia: pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias. Subordinación e incapacidad para valerse solo. Falta de autoconfianza.
- Trastorno obsesivo-compulsivo: perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento. Dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas.

Tratamiento de los trastornos de la personalidad

El tratamiento específico de cada trastorno de la personalidad será determinado por su médico basándose en lo siguiente:

- Su edad, su estado general de salud y su historia médica.

- El tipo y severidad de los síntomas.
- Lo avanzado de la enfermedad.
- Su tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias.
- Sus expectativas para la trayectoria de la enfermedad.
- Su opinión o preferencia.

Los trastornos de la personalidad suelen ser difíciles de tratar y pueden requerir atención a largo plazo para modificar los patrones de comportamiento y de pensamiento inadecuados. El tratamiento puede incluir lo siguiente:

- Medicamentos (aunque se puede abusar de ellos y su eficacia es limitada).
- Tratamiento psicológico (que incluya la participación de la familia).

El papel de la familia en el tratamiento de una enfermedad mental

Un entorno familiar adecuado y tranquilo es muy importante en la recuperación de una enfermedad mental. El papel de la familia es esencial, puesto que aporta información y actúa de soporte al tratamiento propuesto por el especialista.

La familia es un elemento clave para ayudar a la persona con la enfermedad a seguir el tratamiento propuesto por el especialista, por ejemplo contrarrestando la tendencia que suelen tener estas personas a abandonar el tratamiento farmacológico o haciendo un seguimiento de los reeducados hábitos alimentarios de personas afectadas de anorexia.

Necesidad de apoyo a la familia y/o cuidador:

- Es muy importante que también la familia reciba apoyo por parte de los profesionales y los servicios de salud mental.
- Se hace necesario un trabajo informativo y referencial para la familia, orientado a situarle ante una nueva realidad y a ofrecerle pautas de actuación ante la experiencia de la enfermedad mental. Entonces, la familia tendrá la posibilidad de desarrollar un papel activo y de colaboración con la persona afectada.

A tener en cuenta:

- No todos los trastornos mentales originan los mismos síntomas o patrones de conducta.
- En muchas ocasiones la autonomía se ve afectada solo por falta de motivación para la acción.
- La motivación para la autonomía conlleva el reconocimiento de sus logros, refuerzos positivos.



Para los tratamientos de las enfermedades mentales son muy importantes las relaciones personales y familiares y el apoyo por parte de profesionales.

- Es muy conveniente usar un lenguaje positivo, centrándose en sus habilidades y no en sus dificultades.
- Cuando se pretenda corregir una conducta o mejorarla, analizar y calificar la conducta **NO A LA PERSONA**.
- Para la ayuda en la toma de decisiones es útil analizar la situación con la persona y centrarse en lo concreto.
- El cuidador debe de tener el apoyo y la supervisión de los profesionales.

2.4 Porque padece:

2.4.1 Alteraciones del desarrollo físico

2.4.2 Alteraciones del desarrollo psíquico

2.4.3 Alteraciones sensoriales

2.4.1 Alteraciones del desarrollo físico

La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada (brazos, piernas...).

Es la deficiencia neuronal que provoca en el individuo que la padece alguna disfunción en el aparato locomotor. Como consecuencia se pueden producir limitaciones posturales, de desplazamiento o de coordinación del movimiento.

Los principales problemas que puede generar la discapacidad motriz son varios, entre ellos podemos mencionar: movimientos incontrolados, dificultades de coordinación, alcance limitado, fuerza reducida, habla ininteligible, dificultad con la motricidad fina y gruesa, mala accesibilidad al medio físico.

Principales causas de alteraciones motrices

Causas prenatales

Son aquellas que se adquieren antes del nacimiento, durante el embarazo. Existen varias causas, algunas de ellas se deben a enfermedades infecciosas o metabólicas que puede tener la madre durante el embarazo, por incompatibilidad de los componentes sanguíneos de los padres, etc.

Causas perinatales

Son aquellas que aparecen en el mismo momento de nacer. Hay varias como en el caso anterior y alguno de estos ejemplos pueden ser la falta de oxígeno prolongada o la obstrucción de las vías respiratorias, daños en el cerebro en el momento del parto (daño con el fórceps, por ejemplo), la prematuridad del bebé, etc.

Causas postnatales

Son aquellas que aparecen una vez que el bebé ya ha nacido. Estas pueden ser de índole diferente, como por ejemplo, que el niño se contagie de enfermedades como la meningitis, que sufra alguna hemorragia cerebral, trombos, etc. Para evitar este tipo de enfermedades se recomienda extremar los cuidados higiénicos y ambientales durante el embarazo, el parto y durante las primeras etapas evolutivas del niño. De ahí que la higiene adquiera un plano muy importante dentro de los cuidados del bebé.

Cursan con deficiencia motriz

- Parálisis cerebral.
- Espina bífida.
- Distrofia muscular de Duchenne.

Parálisis cerebral

En los casos de parálisis cerebral, parte del cerebro no funciona adecuadamente o no se ha desarrollado bien.

Manifestaciones clínicas

Los niños que tienen parálisis cerebral no pueden controlar algunos o todos sus movimientos.

Unos pueden estar muy afectados en todo su cuerpo, otros pueden tener dificultades para hablar, caminar o para usar sus manos. Otros serán incapaces de sentarse sin apoyo, necesitarán ayuda para la mayoría de las tareas diarias.

Un niño afectado puede tener uno o varios de los siguientes síntomas, ligera o más gravemente:

- Movimientos lentos, torpes o vacilantes.
- Rigidez.
- Debilidad.
- Espasmos musculares.
- Flojedad.
- Movimientos involuntarios.

El inicio de un movimiento a menudo desemboca en otro movimiento involuntario, por lo que algunos niños desarrollan patrones de movimiento (formas de moverse) diferentes a los que pueden producir otras alteraciones.

Es difícil pronosticar como afectará la parálisis cerebral al niño que la padece. La parálisis cerebral no es progresiva, lo que significa que no se agravará cuando el niño sea más mayor, pero algunos problemas se pueden hacer más evidentes.

Consideraciones a tener en cuenta en la parálisis cerebral

- Las prioridades para ayudar al desarrollo de ciertas habilidades pueden cambiar con el paso del tiempo. Cuando la persona afectada es muy joven se puede insistir en que aprenda a sentarse, pero no hay que olvidar que también es muy importante la estimulación de otras habilidades como la comunicación.
- Los niños con parálisis cerebral son como los otros niños. La diferencia es que se enfrentan con desafíos que les dificultan las tareas de todos los días. Es imprescindible tener paciencia, si no se entiende lo que dice o si tarda más en hacer las cosas, hay que darle más tiempo para que hable o se mueva.
- Los afectados por parálisis cerebral tienden a sentarse o acostarse de ciertas maneras que, debido a los espasmos musculares, pueden causar problemas con sus articulaciones.

- A menudo las personas afectadas necesitan fisioterapia, terapia ocupacional o del habla para ayudarles a desarrollar habilidades como caminar, sentarse, tragar y usar las manos.
- Generalmente, este trastorno no impide que los niños vayan a la escuela, tengan amigos o hagan las cosas que disfrutan. Pero es posible que tengan que hacer estas cosas de manera algo diferente o podrían necesitar ayuda para hacerlas. Con computadoras para ayudarles a comunicarse y sillas de ruedas para ayudarles a moverse.

Espina bífida

La espina bífida, es un trastorno en el cual existe un desarrollo anormal de los huesos de la columna, de la médula espinal, del tejido nervioso circundante y del saco con líquido que rodea a la médula espinal. Este trastorno neurológico puede provocar que una parte de la médula espinal y de las estructuras circundantes se desarrollen por fuera y no por dentro del canal medular. Dicha anomalía puede producirse en cualquier parte de la columna vertebral.

Manifestaciones clínicas

A continuación se enumeran los síntomas más frecuentes de la espina bífida. Sin embargo, cada bebé puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Aspecto anormal de la espalda del bebé, que puede variar desde una zona pequeña cubierta de vello, un hoyuelo o una marca de nacimiento.
- Problemas intestinales y vesicales (por ejemplo, estreñimiento, incontinencia).
- Pérdida de la sensibilidad por debajo de la zona de la lesión, en especial en los bebés que nacen con meningocele o mielomeningocele.
- Incapacidad para mover la parte inferior de las piernas (parálisis).
- Dificultades para la resistencia física y el ejercicio.
- A veces, dolor, úlceras de decúbito.

El bebé también puede presentar otros problemas relacionados con la espina bífida, entre los que se incluyen:

- Hidrocefalia (aumento del líquido y de la presión en la cabeza; se presenta en alrededor de un 80 a un 90 por ciento de los casos).
- Problemas cardíacos.
- Problemas (óseos) ortopédicos.
- Nivel de inteligencia inferior a lo normal.

Los síntomas de la espina bífida pueden parecerse a los de otros trastornos o problemas médicos. Siempre consulte al médico de su bebé para obtener un diagnóstico.



Cuñas posturales para corregir y mantener la postura correcta.

Recomendaciones a tener en cuenta en la espina bífida

Debido a que la espina bífida es un trastorno de por vida, por su control suele centrarse en prevenir o minimizar las deformidades y en maximizar las capacidades del niño en su casa y en la comunidad.

- Educar al niño sobre su discapacidad.
- Controlar periódicamente el estado de salud de la persona por especialistas.
- Nutrir adecuadamente y estimular la actividad física para minimizar las escaras y mejorar la resistencia física y el equilibrio.
- Administrar cuidados por la incontinencia.
- Cuidar la piel (asegurarse que las abrazaderas, muletas, sillas de rueda encajen bien). Mucha atención a las áreas que hayan perdido sensibilidad.
- Proporcionar educación sexual.
- Utilizar ayudas para la marcha (según la necesidad, desde mínimas a sillas de ruedas).
- Entrenar en el uso de las ayudas. Si las personas con espina bífida están familiarizadas con su equipo y tienen recursos de transporte, tendrán más oportunidades de ser independientes y de socializarse.

Distrofia muscular de Duchenne

La distrofia muscular de Duchenne (DMD) es una forma de distrofia muscular rápidamente progresiva y es la forma más frecuente. Es un trastorno hereditario caracterizado por debilidad muscular rápidamente progresiva de las piernas y la pelvis, que afecta posteriormente a todo

el cuerpo. A pesar de ser hereditaria es muy frecuente no encontrar ningún antecedente familiar.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas aparecen antes de los 6 años de edad y pueden aparecer en la infancia temprana.

- Hay debilidad muscular progresiva de las piernas y la pelvis.
- Se asocia con una pérdida de la masa muscular.
- La debilidad muscular también se presenta en los brazos, cuello y otras áreas, pero no tan severamente ni tan temprano como en la mitad inferior del cuerpo.
- También se presentan contracturas musculares en las piernas y los talones, produciendo incapacidad para utilizar los músculos debido al acortamiento de las fibras musculares y a la fibrosis del tejido conectivo.

A medida que se debilitan los músculos aumentan de tamaño, pero el tejido muscular es débil. En el 90 por ciento de los niños con este trastorno es frecuente un aumento de tamaño y una debilidad del músculo cardíaco, que causa problemas de la frecuencia cardíaca.

Hacia la edad de 10 años, se pueden requerir aparatos ortopédicos para caminar y a la edad de 12 años la mayoría de los pacientes están confinados a una silla de ruedas. Los huesos se desarrollan anormalmente, produciendo deformidades esqueléticas de la columna y otras áreas.

Los niños tienen una marcha vacilante, con caídas frecuentes y gran dificultad para ponerse de pie y subir escaleras. Al llegar a la edad escolar, el niño posiblemente camine sobre los dedos o la punta del pie, presentando una marcha un tanto rodante. Su marcha es insegura y se contonea y puede caerse con facilidad. Para tratar de mantener su equilibrio, saca su barriga y empuja los hombros hacia atrás. Asimismo, tiene dificultad para levantar los brazos.

Al tener contracturas en los músculos de los brazos y las piernas alrededor de las articulaciones, los codos y las rodillas no pueden extenderse totalmente. Por último se produce escoliosis (curvatura anormal de la columna vertebral) y existe propensión a padecer enfermedades pulmonares.

Al llegar a la adolescencia, el daño que produce al corazón y los músculos involucrados en el funcionamiento de los pulmones puede amenazar la vida. Es recomendable un seguimiento por parte del especialista.

Pueden debilitarse el diafragma y otros músculos que son necesarios para hacer funcionar a los pulmones, haciendo que éstos sean menos efectivos para llevar el aire hacia ellos y para sacarlo. Los datos que pueden indicar una mala función respiratoria son dolores de cabeza, embotamiento mental, dificultad para concentrarse o mantenerse despierto, así como pesadillas.

Aproximadamente una tercera parte de los niños con DMD tienen algún grado de problemas de aprendizaje, aunque pocos son severamente retrasados.

Consideraciones a tener en cuenta en la distrofia muscular

Como medida preventiva se recomienda la asesoría genética si existen antecedentes en la familia.

El objetivo del tratamiento es controlar los síntomas para mejorar la calidad de vida ya que es una enfermedad altamente invalidante y que acorta la esperanza de vida.

Es conveniente estimular la actividad muscular pues la inactividad (permanecer en cama) empeora la afectación muscular:

- Fisioterapia.
- Productos de apoyo como corsés y sillas de ruedas mejoran la movilidad y la autonomía.

El estrés que produce la enfermedad se puede aliviar con la participación en los grupos de apoyo de la Asociación para la Distrofia Muscular.

2.4.2 Alteraciones del desarrollo psíquico

Las discapacidades psíquicas son las que afectan a la capacidad del individuo para adquirir, manifestar o expresar los conocimientos y las habilidades sociales y entre las principales se encuentran:

- Autismo.
- Síndrome de Asperger.
- Síndrome de Down.
- Síndrome de Rett.

Autismo

El autismo es un trastorno del desarrollo en el que se producen alteraciones de diferente gravedad en áreas como el lenguaje y la comunicación, en el campo de la convivencia social y en la capacidad de imaginación. Suele iniciarse en los niños menores de tres años.

Manifestaciones clínicas

Es una enfermedad en la que se dan un conjunto de trastornos en el que coexisten tres grupos de manifestaciones:

- Alteración en las relaciones sociales.
- Trastorno de la comunicación, tanto en la comprensión como la capacidad de expresión.
- Falta de flexibilidad mental, que da lugar a un espectro restringido de conductas y una imitación en las actividades que requieren cierto grado de imaginación.

A nivel intelectual, el grado de afectación varía enormemente: la capacidad intelectual del niño autista puede ser normal e incluso alta pero la dirección que sigue no necesariamente sigue el curso del resto de los niños.

La relación social

Lo más característico de la enfermedad es la falta de reciprocidad en la relación social, El autista generalmente observa el mundo físico con una intensidad no habitual. La realidad que percibe puede ser placentera o infeliz, pero no puede compartir las sensaciones que percibe con sus semejantes. Suelen evitar el movimiento anticipado de los brazos que suelen hacer los niños cuando van a cogerles. Evitan caricias y el contacto corporal, aunque puede que lo busquen y deseen.

Ya desde la guardería se suelen evadir de la interacción social que establecen los niños entre sí, no comparten los intereses de la mayoría y sus acciones no parecen tener un objetivo o este objetivo cambia constantemente.

Al niño autista le resulta muy difícil aceptar una negativa y tolera muy mal la frustración. La imposición de normas le genera una gran ansiedad y funciona como elemento potenciador de una conducta hiperactiva. Aprende con enorme facilidad conductas manipuladoras para conseguir sus objetivos.

La mirada del autista suele prescindir de la mirada de las otras personas, como si la mirada directa careciera de contenido comunicativo. En otras ocasiones la mirada es fría, pero debemos destacar la idea que el autista nunca mira a los ojos. La forma de mirar es uno de los elementos que contribuyen a dar a su cara un aspecto inexpresivo.

Lenguaje

El retraso en el lenguaje es el motivo más frecuente de consulta médica: si a los dos años no ha iniciado el lenguaje es necesario valorar su conducta social. En muchas ocasiones sustituyen el lenguaje por una jerga elaborada que puede parecer una imitación del lenguaje de los adultos pero que está desprovista de cualquier contenido semántico.

Patrones de conducta

La conducta del autista puede tener un carácter obsesivo por mostrar un interés excesivo por determinados objetos o actividades. El autista puede mostrar una auténtica fijación por un objeto por su color, olor, textura, movimiento y lo considera como algo que le pertenece, por lo que sentirá gran frustración si no lo consigue.

En otras ocasiones sucede que no acepta un cambio de rutina, se siente seguro cuando existe un orden donde los sucesos son predecibles y lo inesperado resulta amenazante. Esta obsesión por el orden puede conducir a conductas ritualistas y repetitivas.

Síndrome de Asperger

Se considera un trastorno dentro del autismo; se les denomina en muchas ocasiones Autistas de Alto Rendimiento. Su capacidad intelectual es normal y el lenguaje normalmente no se ve alterado. Suelen fijar su atención hacia un tema concreto, de manera obsesiva, por lo que no es extraño que aprendan a leer por sí solos a una edad muy precoz, si ese es el área de su atención.

Se encuentra afectado, de manera variable, tres aspectos del desarrollo:

- Conexiones y habilidades sociales.
- Utilización del lenguaje con fines comunicativos.
- Comportamiento con rasgos repetitivos y una limitada gama de intereses.

Manifestaciones clínicas

Cada niño es diferente, pero las características que se dan con mayor frecuencia son:

- Torpe socialmente con dificultad para las relaciones interpersonales.
- Ingenuo.
- No son consciente de los sentimientos de los demás.
- Incapacidad para mantener una conversación.
- Problemas de comunicación no verbal; uso limitado de gestos, lenguaje corporal torpe, dificultad en adaptarse a la proximidad física.
- Se altera con facilidad si hay cambios en la vida rutinaria.
- Gran memoria para los detalles.
- Tendencia a balancearse o caminar mientras se concentran.
- Peculiaridades de habla y lenguaje: lenguaje expresivo superficialmente perfecto, comprensión deficiente, con incorrecta interpretación de significados literales.
- Torpeza motora.

Síndrome de Down

Es una de las causas genéticas más comunes de retraso mental. Es un trastorno cromosómico que incluye una combinación de defectos congénitos, entre ellos, cierto grado de discapacidad intelectual, facciones características y, con frecuencia, defectos cardíacos y otros problemas de salud. La gravedad de estos problemas varía enormemente entre las distintas personas afectadas.

Manifestaciones clínicas

Los recién nacidos con esta alteración son generalmente bebés muy tranquilos, rara vez lloran, llaman la atención cierta laxitud muscular y es frecuente que presenten un exceso de piel alrededor del cuello.

Al crecer empieza a presentar determinadas características:

- Cráneo más pequeño de lo normal (microcefalia).
- El puente nasal es plano por ausencia de los huesos propios de la nariz.
- Los ojos tienen una inclinación característica, en algunos casos estrabismo.
- La lengua es algo más grande de lo habitual.
- Problemas bucales por tener un maxilar disminuido de tamaño.
- Piel seca.

Retardo intelectual

El retardo intelectual es muy variable y dependerá en muy buena parte del modo en el que el niño se desarrolle, de su entorno familiar y de la educación que reciba. Cuanto más amor y atención se les dedique, tanto más brillantes serán los resultados que alcanzarán.



Los niños con Síndrome Down pueden hacer la mayoría de las cosas que cualquier otro niño, como caminar, hablar, vestirse, ir al baño, pero por lo general lo hacen más tarde.

Síndrome de Rett

Se trata de un trastorno neurológico, en el que el desarrollo temprano es normal, pero entre los 7 meses y los dos años hay una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla, retraso en el crecimiento de la cabeza y un retraso mental.

Manifestaciones clínicas

- Periodo prenatal y perinatal normal; desarrollo psicomotor normal hasta los 6-18 meses.
- Regresión de las habilidades adquiridas: pierden la jerga, el balbuceo, los monosílabos, no llega a desarrollar lenguaje oral y desaparece la comunicación y el contacto social.
- Aparecen estereotipias manuales en forma de lavado de manos.
- Pérdida completa de la facultad de realizar movimientos coordinados para un fin determinado.
- Falta o irregularidad de la coordinación, especialmente de los movimientos musculares.
- Retraso mental grave.

Recomendaciones en las alteraciones del desarrollo psíquico

- En todos los casos es fundamental la detección precoz.
- Para estimular la autonomía es importante iniciar la estimulación lo antes posible. En este sentido la Atención Temprana constituye el marco en el que se proporcionan estos cuidados y se dan las indicaciones precisas al cuidador.
- Los equipos de Atención Temprana cuentan con profesionales de la salud física y la psíquica. Controlan la evolución del niño y van adaptando las pautas de cuidados y tratamiento a la evolución individual de cada uno.
- Según la alteración, los cuidados para el fomento de una vida independiente podrán complementarse con productos de apoyo:
 - Para la deambulación (férulas antiequino, bastones, andadores, sillas de ruedas, etc.).
 - Para la comunicación (comunicación aumentativa, señalización...).
 - Para la alimentación (cubiertos, vajilla...).
 - Para el arreglo personal (peines, esponjas...).
- Los profesionales de atención temprana (psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.) irán indicando, en cada caso, las medidas oportunas.
- Es importante no descuidar los exámenes de salud y las revisiones periódicas ya que con frecuencia las alteraciones del desarrollo se asocian con problemas médicos.

2.4.3 Alteraciones sensoriales

La discapacidad sensorial corresponde a las personas con deficiencias visuales, auditivas y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales. También son importantes factores de riesgo para producir o agravar cuadros de depresión. Un diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para evitar estas frecuentes complicaciones.

Discapacidad auditiva

Es un déficit total o parcial en la percepción auditiva, que afecta fundamentalmente a la comunicación. Dependiendo del momento en el cual se produzca la discapacidad, y en función de la adecuación del proceso educativo y/o rehabilitador, se encontrarán personas que realicen lectura labiofacial y que se comuniquen oralmente u otras que se comuniquen a través del lenguaje de signos.

Manifestaciones clínicas

Es muy importante realizar las exploraciones completas para la detección temprana de un problema de audición. El desarrollo motor temprano, las primeras adquisiciones psicosociales e incluso el lenguaje expresivo hasta los 8 meses pueden ser normales en niños hipoacúsicos, por lo que es muy difícil la valoración.

Podemos observar las siguientes pautas:

– De 0 a 3 meses:

- Ante un sonido no hay respuesta refleja del tipo parpadeo, despertar, etc.
- Emite sonidos monocordes.

– De 3 a 6 meses:

- Se mantiene indiferente a los ruidos familiares.
- No se orienta hacia la voz de sus padres.
- No responde con emisiones a la voz humana.
- No emite sonidos para llamar la atención.

– De 6 a 9 meses:

- No emite sílabas.
- No se orienta a sonidos familiares.

– De 9 a 12 meses:

- No reconoce cuando le nombran a sus padres.
- No entiende una negación.

- No responde a “dame” si no va acompañado del gesto con la mano.
- De 12 a 18 meses:
 - No señala objetos y personas familiares cuando se le nombran.
 - No responde de forma distinta a sonidos diferentes.
 - No nombra algunos objetos familiares.
- De 18 a 24 meses:
 - No presta atención a los cuentos.
 - No identifica las partes del cuerpo.
 - No construye frases de dos sílabas.
- A los 3 años:
 - No se les entiende las palabras que dice.
 - No contesta a preguntas sencillas.
- A los 4 años:
 - No sabe contar lo que pasa.
 - No es capaz de mantener una conversación sencilla.

Deficiencia visual

La deficiencia visual conlleva desde una ausencia total de visión hasta alteraciones que si bien no son totales suponen una dificultad para ciertas actividades.

La persona invidente o con algún tipo de discapacidad visual, queda privada de experiencias que otra persona adquiere desde el momento de su nacimiento.

Esta restricción al medio le hace compensar su déficit con el aporte de los demás sistemas sensoriales.

Retraso en el desarrollo psicomotor

No tiene porque afectar al desarrollo intelectual, ni al lenguaje, pero dificulta la orientación espacial.

Hay que evitar la tendencia hacia la pasividad, para que interactúe con el medio. El niño ciego tiene dificultad para conocer su esquema corporal y su interacción con él. Posee posturas defectuosas, movimientos estereotipos (aleteo).

Otro efecto relacionado con el espacio es que va pasando de su propio espacio a uno más general, más lejano, más objetivo. Lo conoce, se orienta en él. Tiene dificultades para conocer el espacio, su ubicación en el espacio y la orientación. El concepto lejos-cerca conlleva una medida subjetiva, es una medida visual. Esto es normal, tenemos una imagen de las cosas que el niño ciego no tiene y le va a causar problemas en el espacio.



SPC: símbolos pictográficos para la comunicación.

Con la noción de tiempo va a tener dificultades, el tiempo se interioriza mediante las necesidades del individuo, es un tiempo individual que marca los elementos externos, no un tiempo social.

Para realizar movimientos por imitación va a tener dificultades, va a tener que sentirlo en su propio cuerpo. Los miedos e inseguridades retardan el desarrollo del niño, la ubicación está dificultada.

Dificultades en el aprendizaje

La deficiencia visual tiene un efecto mínimo en el desarrollo de la inteligencia, hay mayor dificultad y el rendimiento es más bajo debido a la utilidad que se da a la vista en el aprendizaje. El rendimiento académico al principio es más bajo.

La dificultad más importante en el aprendizaje está en la imitación y la falta de motivación que posee al no tener curiosidad por lo que le rodea. Esto también influye en el desarrollo cognitivo. La interacción con el medio la realizaremos a través del oído y el tacto. Acercaremos los objetos al niño y el niño a los objetos. Para que observe las características de los objetos le podemos ayudar mediante la palabra.

Las imágenes que se hace de si mismo y de su entorno son semejantes a la de los videntes. El concepto de permanencia del objeto es muy diferente en los invidentes, como no ve los objetos no tienen permanencia a no ser que los oiga.

El lenguaje no presenta unas diferencias significativas, una característica es la ausencia de gestos, casos de verbalismos, problemas en la asociación entre significante y significado, trastornos en la articulación.

Dificultades en el desarrollo afectivo

El desarrollo afectivo: Deben existir unos adultos que se relacionen socialmente con el niño para que haya un desarrollo total positivo, estos niños son muy receptivos.

No puede interpretar gestos ni de enfados, ni de aprobación. Se deben transmitir a través del tacto. Deben evitarse los miedos, los

automatismos, interpreta el silencio como ausencia y puede provocar ansiedad.

Recomendaciones en las alteraciones sensoriales

El papel de los padres adquiere en este caso una importancia singular, ya que la familia se debe convertir en el mayor y eficaz estímulo psicológico y didáctico de la persona con discapacidad a lo largo de su desarrollo, especialmente en edades tempranas.

Padres y profesionales pueden actuar conjuntamente, ya que el pronóstico depende en gran parte de la habilidad y el compromiso de cada uno de los implicados.

Tener en cuenta lo reseñado sobre los equipos de Atención Temprana, donde están los profesionales que atienden a la persona al tiempo que dirigen y orientan al cuidador hacia la mejor forma de administrar los cuidados.

En las **deficiencias auditivas**:

- Atender al desarrollo psicomotor.
- Buscar consejo médico sobre posibles soluciones quirúrgicas, implantes cocleares...
- Estimular el uso de otros sentidos: refuerzos visuales, gestuales, etc.
- Uso de prótesis, si está indicado.
- Adiestramiento en el lenguaje de signos...



En las **deficiencias visuales**:

- Atender al desarrollo psicomotor (fisioterapeuta y terapeuta ocupacional).
- Estimular la orientación temporal y espacial.
- Es muy importante desarrollar la capacidad de escucha y la táctil.
- La música puede compensar y ayudar para el desarrollo del niño ciego.
- Dar información verbal a la persona en todo momento. (adaptaciones en electrodomésticos...)
- Estimular el uso de otros sentidos. Por ejemplo: ayudas táctiles; cambios en la textura para señalar por ejemplo el botón del mando a distancia, o el de encendido de la lavadora...).
- Productos de apoyo: auxiliares ópticos, ampliadores, libro hablado, punzón y tablillas para escribir.
- Adiestrar en el uso del sistema de lecto-escritura de Louis Braille.
- Adiestrar al cuidador en la forma de guiar a una persona con problemas visuales.

3

3 Mi familiar necesita ayuda para:

las necesidades
de cuidados



3.1 La higiene personal

3.2 La eliminación

3.3 La alimentación

3.4 La movilidad

3.5 Medicación

3.6 Prevención de úlceras por presión

3.7 Ocupar el tiempo y mantener
las relaciones sociales

3.8 Cuidar de la seguridad.
Adaptaciones en el hogar

3.1 La higiene personal

3.1.1 El aseo

- Recomendaciones generales
- El aseo completo: en bañera, en ducha y en cama
- La higiene de la boca, fosas nasales, ojos, oídos
- Productos de apoyo para el aseo personal

3.1.2 El vestido y el calzado

- La ropa: características. Productos de apoyo
- El calzado: características. Productos de apoyo

3.1.3 El arreglo personal

3.1.1 El aseo

Entendemos por **higiene** aquellos procedimientos empleados en la prevención y conservación de la salud. Incluye, por tanto, todos los hábitos saludables de vida, como dieta, posturas corporales, ejercicio, aseo, etc., la **higiene integral** comprende todos aquellos procedimientos de prevención y conservación de la salud referidos a la totalidad de la persona.

En condiciones de independencia, la persona es capaz de realizar por sí misma y de forma privada las tareas encaminadas a mantener una adecuada higiene. Sin embargo, en situaciones de dependencia necesitará, en muchas ocasiones, la ayuda de otras personas para llevarlas a cabo.

Entendemos como **aseo** aquellas medidas higiénicas empleadas para conservar limpios y en buen estado piel y anejos. El aseo persigue:

- Eliminar de la piel el exceso de grasa, sudor y suciedad.
- Evitar el sobrecrecimiento bacteriano que favorece la infección.
- Eliminar las células muertas que hay en la superficie cutánea por descamación continua.
- Provocar sensación de confort, bienestar y ayudar al descanso.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Mantener la piel en buenas condiciones para que pueda realizar correctamente sus funciones.

Recomendaciones generales en el aseo

De modo general, a la hora de realizar las tareas de aseo es importante seguir las siguientes recomendaciones:

- Se hará tantas veces como sea necesario. Al menos una vez al día revisaremos el estado de la piel y haremos el lavado genital.
- Siempre se explicará a la persona lo que se va a hacer. Se procurará un ambiente íntimo y respetuoso. Es importante buscar el momento apropiado para poder dedicarle el tiempo necesario y no realizarlo con prisa.
- Se pedirá la colaboración del sujeto para fomentar su autoestima e independencia. Solo haremos por él lo que él no pueda hacer.
- Se mantendrá la temperatura del ambiente entre 22 y 24° C; y la del agua, a 37° C aproximadamente. Se cerrarán puertas y ventanas para evitar corrientes de aire.
- Se utilizarán jabones no irritantes. También se tendrán en cuenta las preferencias de la persona en este aspecto.
- Se aprovechará el momento del aseo para masajear la piel y así favorecer la circulación sanguínea.

- Se seguirá un orden de lavado de cada una de las partes del cuerpo.
- Si hubiera vías y sondajes se prestará especial cuidado, evitando movimientos bruscos que las puedan desconectar.

El aseo completo: en bañera, en ducha y en cama

El aseo completo puede realizarse en ducha, bañera o en la cama. Siempre que sea posible se realizará en ducha o bañera, es más tonificante y relajante que en la cama.

Antes de comenzar el aseo, es conveniente tener preparado todo el material necesario (esto es muy importante recordarlo siempre) para evitar dejar a la persona sola en el baño:

- Material de aseo: gel, esponja o manopla, peine, tijeras, cepillo de dientes... todo será de uso personal.
- Ropa de baño: toallas de distintos tamaños.
- Ropa personal.

1. Aseo en bañera

Persona con cierto grado de autonomía

- Es muy importante recordarle que no debe cerrar la puerta con pestillo.
- La ayudaremos a preparar, sobre una silla junto a la bañera, lo que va a necesitar.
- La temperatura del cuarto de baño oscilará entre 20 y 24° C.
- Colocaremos una goma en la bañera para evitar que resbale y una esterilla fuera para que apoye los pies.
- El agua de la bañera estará a unos 38-40° C, según el gusto personal.
- Nunca la dejaremos sola en el domicilio mientras se está bañando, conviene acercarse de vez en cuando. Si es necesario la ayudaremos a salir de la bañera, a secarse y a vestirse.
- Deberá retirarse la ropa sucia y dejar el baño en orden.

Persona en situación de dependencia

- Prepararemos la temperatura del cuarto de baño y del agua. Al igual que todo el material necesario.
- Si se puede desvestirse dejar que lo haga, también si puede enjabonarse y aclararse. Nunca invalidar a la persona, se deben mantener sus capacidades.
- Ayudarla a entrar y salir de la bañera. Una manera es ponerse detrás de la persona sujetándola de los antebrazos cruzados. Para salir sujetarla de la zona de las caderas mientras nos coge por los hombros.

- Nunca dejaremos a la persona sola.
- Secarla, insistiendo en los pliegues cutáneos y zonas de riesgo. Examinar cuidadosamente la piel por si hay enrojecimientos o irritaciones.
- Vestirla con tranquilidad, animándola a que lo haga si puede.

2. Aseo en ducha

La ducha es más estimulante que el baño. El agua fría aplicada durante un corto espacio de tiempo produce palidez de la piel a causa de la vasoconstricción, cuando dejamos de aplicar agua fría, aparece vasodilatación y enrojecimiento de la piel, produce una sensación agradable y estimulante.

El agua caliente produce vasodilatación y provoca transpiración, limpiándose los conductos y glándulas sudoríparas.

Persona con cierto grado de autonomía

Le ofreceremos nuestra ayuda por si la necesita en algún momento del proceso. Debemos velar porque la ducha se realice en las mejores condiciones de seguridad. La ayudaremos a preparar el material y nos aseguraremos de que todo le quede a mano. Es muy conveniente colocar una barra donde pueda sujetarse.

Persona en situación de dependencia

Nuestra actuación dependerá del grado de autonomía. Comenzaremos transmitiendo seguridad y tranquilidad, ofreciendo nuestra ayuda siempre que sea necesaria. Las sillas de ducha facilitan la tarea. En personas con alto grado de dependencia realizaremos todo el proceso, desde el traslado hasta el vestido, lo haremos transmitiendo calma y dedicando el tiempo necesario.

El enjabonado será suficiente pero no excesivo, ya que el exceso de jabón es perjudicial. Aclararemos con abundante agua y secaremos cuidadosamente la piel.

3. Aseo en cama

Se realiza cuando la persona no puede desplazarse y no existen los medios técnicos capaces de suplir esta imposibilidad.

El primer paso será preparar el material, el habitual para el aseo; jarras y palanganas con agua bastante caliente (40-42° C) porque se irá enfriando y hule o toallas grandes para proteger la cama. Lo dejaremos todo cerca de la cama y nos aseguraremos de que la temperatura ambiente es la adecuada y no hay corrientes de aire.

Una vez preparado:

- Explicamos a la persona lo que vamos a hacer, tratando de buscar su colaboración y sobre todo evitando provocar un estado de agitación.
- Nos lavaremos las manos.



Aseo en cama.

- Retiraremos la ropa de cama.
- Colocaremos a las personas boca arriba (decúbito supino) y le quitaremos la ropa con suavidad.
- Taparemos al sujeto con una toalla y dejaremos expuesta solo la zona que estamos lavando. En todas las zonas, excepto los ojos y la cara, usaremos jabón.
- Enjabonaremos una zona, la aclararemos y secaremos, dejándola tapada con una toalla seca.
- Orden de lavado:
 - Ojos.
 - Cara.
 - Cuello y hombros.
 - Manos, brazos y axilas.
 - Tórax y mamas.
 - Abdomen.
 - Piernas y pies.
 - Espalda y nalgas.
 - Región genital.
- Las manos y los pies pueden introducirse en la palangana para lavarlos más fácilmente.
- Es importante cambiar el agua cuantas veces sea necesario.
- Una vez lavada la parte anterior, de lado, lavaremos espalda y nalgas.

- Terminada la parte de la espalda y colocada nuevamente la persona en decúbito supino, lavaremos los genitales.
- Al final del aseo aplicaremos una crema hidratante masajeando para estimular la circulación sanguínea.
- Vestiremos a la persona; si va a permanecer en la cama le pondremos el camisón o el pijama y cambiaremos la ropa de cama si es necesario.
- Acomodaremos a la persona y recogeremos todo el material.

Aseo genital

La zona genital es muy propensa a la proliferación de bacterias por lo que es necesario realizar su aseo una vez al día como mínimo. Para ello colocaremos la cuña, si la persona puede hacerlo le pediremos que nos ayude flexionando las rodillas y levantando la pelvis. Si no puede ayudarnos, la colocaremos de lado y se la pondremos nosotros. Echaremos agua templada con una jarra desde el pubis hacia el ano y enjabonaremos.

Cuidados especiales:

- En la mujer se insistirá en los labios mayores y menores y en el ano. Lavar siempre de delante hacia atrás.
- En el hombre insistir en los pliegues inguinales, escroto, y retraer el prepucio para limpiar el glande, terminar con el ano.

Lavado del cabello

Pautas generales:

- Lavarlo una vez a la semana y mantener una longitud adecuada.
- Usar un champú suave, adecuado a cada tipo de cabello. Tapar los oídos con algodón para evitar que entre agua.
- Enjabonar el pelo con una pequeña cantidad de champú, aclararlo bien. Repetir la operación si es necesario. Masajear el cuero cabelludo.
- Secar con toalla o secador a temperatura suave. Peinar.
- Acomodar a la persona y cambiar la ropa de cama si se ha mojado.
- Retirar todo el material.

Podemos hacerlo de dos maneras:

1. Quitar la almohada y colocar la cabeza sobre la orilla de la cama. Pondremos un hule debajo de la cabeza, que se recoge alrededor del cuello sujetándolo con una toalla enrollada.

El extremo distal se introduce en un cubo o palangana formando una especie de canal o embudo.

2. Podemos utilizar la posición de Roser; colocar a la persona boca arriba sin almohada y moverla hacia la cabecera de la cama hasta que la cabeza quede fuera del colchón. Iniciamos, entonces, el proceso de lavado.



Lavado del cabello. Productos de apoyo.



El aseo es el momento ideal para:

- Observar el estado de la piel.
- Observar el estado de los pies.
- Cortar y limar las uñas.
- Dar masaje: espalda, nalgas, piernas.
- Poner crema o loción hidratante.

La higiene de la boca

En la boca se depositan restos alimenticios que fermentan y favorecen el desarrollo de gérmenes que causan: gingivitis, estomatitis y caries. Por esto es imprescindible el lavado como mínimo dos veces al día, a ser posible después de cada comida.

Persona autónoma

Si la persona tiene un buen grado de autonomía le proporcionaremos el material necesario. Es importante respetar sus hábitos, pero si son insuficientes le enseñaremos las pautas a seguir. Si lleva dentadura postiza recordarle que tiene que cepillarla y enjuagarla. El cepillo debe ser de cerdas blandas y pequeño.

Persona en situación de dependencia

Sí está inconsciente

Colocaremos la cabeza de lado, con una gasa haremos una torunda que mojaremos con el antiséptico sobre una batea. Limpiar toda la boca repitiendo varias veces el proceso. Al terminar secarle los labios y aplicar vaselina para hidratarlos y evitar grietas.

Sí está consciente

- Cepillaremos los dientes desde las encías hasta la corona. Limpiando la cara externa, interna, superior e inferior. Aclarar la boca con agua y después hacer un enjuague con antiséptico bucal.
- Si lleva dentadura postiza se retirará con una gasa, depositándola en una batea para cepillarla y aclararla. Debe ponerse todas las mañanas, llevar a lo largo del día y quitarse por la noche.

Como quitar y poner una dentadura

- La prótesis superior se retira cogiendo la superficie frontal y palatal (la que da al paladar) con los dedos índice y pulgar de las dos manos, presionando hacia abajo y tirando.
- La prótesis inferior se quita colocando los dedos índice y pulgar en la superficie frontal y lingual. Las parciales nunca deben retirarse tirando de los alambres.
- Antes de colocar la dentadura enjuagar bien la boca y la dentadura porque se adhiere mejor. Se empieza por la superior presionando suavemente a ambos lados. Después colocamos la inferior.

Higiene de las fosas nasales

Debemos facilitar que la persona lleve siempre pañuelo que debe estar limpio y ser de uso personal, mejor si es desechable.

Cuando hay mucha secreción mucosa es conveniente hacer lavados con suero fisiológico.

Higiene de los ojos

Para realizar el lavado de los ojos prepararemos el material: suero y gasas estériles, no olvidar el uso de guantes.

Limpiaremos los bordes del ojo con una gasa humedecida en suero, arrastrando desde el borde del ojo hacia el lagrimal. Separaremos los párpados con los dedos, evitando tocar la conjuntiva y sin presionar el ojo. Echaremos el suero desde el lagrimal y secaremos.

Higiene de los oídos

Las orejas deben limpiarse diariamente para eliminar sus secreciones, pero evitando la introducción de palillos, bastoncillos de algodón, etc., en el conducto auditivo, ya que esto facilita la formación de tapones de cera y puede dañar fácilmente el conducto, e incluso perforar el tímpano.

Productos de apoyo para el aseo personal

- Esponjas de mango largo y angulado.
- Cepillo de uñas con ventosas: se fija a una superficie. En casos de disminución de fuerza, dificultades para la prensión (artritis, amputaciones unilaterales), etc.
- Guantes de toalla que sirven tanto para lavar como para secar.
- Toalla con fijadores.
- Toalla con mango para pies.
- Adaptador universal.
- Dispensador para pasta de dientes..., etc.



Esponja de mango largo y angulado.

3.1.2 El vestido y el calzado

Vestuario

La A.O.T.A (Asociación Americana de Terapia Ocupacional) define vestuario como:

“Selección de ropas y accesorios apropiados a la hora del día, al tiempo y a la ocasión; obtención de la ropa del armario, vestirse y desvestirse de un modo secuencial; atarse y ajustarse la ropa y zapatos; aplicación y colocación de elementos personales, prótesis u ortesis.”

Las tareas de desvestirse, vestirse y generalmente hacer la apariencia personal presentable y placentera para uno mismo y los demás, requiere habilidades que incluyen equilibrio, coordinación, y la acción de alcanzar alguna prenda o accesorio, es decir movilidad en las articulaciones, fuerza y destreza.

Un factor importante es la elección de las prendas tanto por su colocación como por la imagen. Es importante evitar el aspecto de abandono y dejación. La persona en situación de dependencia debe traslucir pulcritud, orden y ser estimulada a vestirse diariamente en vez de pasar todo el día en pijama y zapatillas, principalmente para que tenga una apariencia normal.

La evaluación de la autonomía para el vestido debe hacerse lo antes posible para establecer las áreas en las que la persona es independiente, y en las que necesita práctica y/o aprendizaje. La habilidad y la velocidad puede aumentarse gradualmente y muchas personas pueden llegar a ser autónomas si se les da el tiempo y la enseñanza correcta.

Desvestirse es más fácil que vestirse. Es menos cansado y debería entrenarse primero.

Sugerir o enseñar a la persona a comenzar sacando las prendas de la parte superior, después las inferiores y finalmente los zapatos. El desvestirse es la preparación para el vestirse y las ropas que se usarán deben dejarse al alcance de la mano y en el orden que se colocarán. El lugar debe ser cómodo, de temperatura agradable y privado.

Vestirse

Para la parte superior a veces se requiere de ayudas (una varilla con un ojal) para introducir el brazo o la mano o para alcanzar la ropa por limitación del movimiento del hombro, cadera o rodilla.

Vestir los miembros inferiores es un problema particular, a las personas que no pueden alcanzar los pies o bien no se les permite flexionar la cadera se les recomienda un calzador adaptado o una adaptación para calcetines o medias.

Se sugiere que zapatos, prótesis, y pantalones deben colocarse antes de ponerse de pie o trasladarse a la silla de ruedas.

El cuidador debe motivar y facilitar la independencia para el vestido en todas las personas, pero sobre todo en aquellas que presentan cierta autonomía, supervisando el desempeño de las tareas y apoyando solo cuando sea necesario. Supervisando de manera continua o discontinua el resto.

Adaptar la rutina de la persona en situación de dependencia a la del resto de la familia, especialmente si requiere de ayuda. Considerar los horarios del desayuno y el uso del baño ya que estas acciones son parte del levantarse.

La ropa: características

La ropa debe adaptarse a las necesidades y preferencias de la persona que las utiliza, pero además debe cumplir una serie de recomendaciones.

- Debe ser simple, con el mínimo de cierres, con amplias aberturas.
- Debe ser holgada. Vigilaremos que la ropa no tenga puntos de presión que dificulten la circulación.
- No debe apretar el talle, el pecho ni el cuello para permitir una buena respiración.
- Debe estar siempre limpia para favorecer el bienestar y la autoestima de la persona.
- Debe ser de tejidos cómodos, agradables y de fácil lavado.
- Se recomienda el uso de velcro y argollas en los cierres. Los cordones elásticos y broches delanteros facilitan el vestido.
- Se aconsejan los zapatos sin cordones y el uso de corbata con elástico.

La persona ciega no tiene dificultades con el aspecto físico del vestuario. Los únicos problemas que surgen son relativos a la apariencia y vestimenta apropiada. Para resolverlos necesitará un sistema táctil (nudos en la parte interior de la prenda) que le ayude a combinar las prendas y coordinar los colores de la ropa.

El calzado: características

El calzado debe reunir cualidades que aseguren el equilibrio de la persona cuando está parada y en movimiento. Siempre es de uso individual y no debe aprovecharse el de otras personas.

El material debe ser flexible y preferentemente impermeable al agua.

El zapato debe adaptarse lo máximo posible a la figura del pie, evitando las formas puntiagudas que pueden deformarlo.

Los tacones serán bajos y anchos. La suela flexible, antideslizante y suficientemente gruesa para que no se noten las irregularidades del suelo. La pala o parte superior del zapato debe ser ancha y alta, permitiendo la movilidad de los dedos. El contrafuerte debe ser rígido para evitar que el pie se salga al andar.



Productos de apoyo para el vestido.

Productos de apoyo para el vestido y el calzado

- Argolla para cierres.
- Abotonadores.
- Velcros.
- Calzadores.
- Adaptaciones para cordones (elásticos, etc.).
- Clip para pantalón (mango con un clip para recoger el pantalón y acercarlo desde los tobillos).
- Adaptación para calcetines (como un calzador).
- Todo tipo de alargadores y alcanzadores para poder manejar las piezas de ropa cuando no funcionan bien los dos brazos o manos...



Secuencia de uso del calzador de medias o calcetines.

3.1.3 El arreglo personal

El vestuario y la apariencia personal se ven a menudo afectados por una discapacidad o por una enfermedad crónica. La ropa, el corte de pelo, la figura, los accesorios, y los cosméticos son sellos importantes de la identidad social de la persona, exponen el género de la persona, edad, o etapa de vida, ocupación, status, etnia y clase (Store, 1987) Los cambios de la apariencia personal envían un mensaje de que el rol de la persona en la sociedad ha cambiado.

La higiene y el arreglo personal son necesarios en la rutina diaria de una persona e influyen en la aceptación social.

Es muy importante que el cuidador estimule y promueva el mantenimiento de un aspecto digno y adecuado en la persona cuidada. Respetando sus preferencias y adecuándolas a sus necesidades si es necesario, pero evitando la sobreprotección.

Hay que tener como objetivos:

- Conseguir buenos hábitos higiénicos, desarrollando los conocimientos básicos y, las actitudes y habilidades necesarias.
- Preservar la dignidad de la persona en situación de dependencia, aumentando su nivel de autoestima con la mejora de su aspecto físico.
- Fomentar el autocuidado, proporcionándole el mayor nivel de independencia posible.

Las tareas del arreglo personal incluyen: peinado y cepillado del cabello; colocación y cuidado de lentes ópticos y lentes de contacto; maquillaje; afeitado, depilación y arreglo de las uñas.

En general el cuidador puede:

- Asegurarse de que existe privacidad y luz adecuada.
- Examinar las tareas y dividir las en pasos simples.
- Permitir que el individuo realice tantos pasos como sea posible.
- Tener preparado y “a mano” todo lo que se necesite: jabón, toallas, cepillo, etc.
- Dar una instrucción cada vez.
- No apresurar la ejecución de la tarea, suministrar tanto tiempo como sea posible.
- Ayudar a la persona dando instrucciones visuales, por ejemplo si es cepillarse los dientes tomar su mano y el cepillo y ejecutar con ella, los distintos movimientos.
- Animar, siempre que sea posible, a que la persona se mire en el espejo mientras se arregla o cuando haya terminado y halagarla.
- Motivar a la persona con estímulos placenteros para el/ella. Por ejemplo, invitándola a oler el jabón, la crema de dientes, o crema de manos.

Maquillaje

Es importante que las personas en situación de dependencia no pierdan la motivación por realzar su buen aspecto mediante la utilización de perfumes y de adornos (pendientes, broches...). Es bueno estimularles para que mantengan o adquieran hábitos de cuidados de la piel a través de la limpieza e hidratación del rostro y que si es de su gusto se maquillen.

Puede ser más conveniente poner maquillaje simple como “*pintalabios*” y “*colorete*”, y evitar el maquillaje de ojos que es más complicado. Para favorecer la autonomía se recomiendan los tonos pastel, pues no requieren tanta precisión.

Los utensilios de maquillaje suelen ser muy pequeños, por lo que resulta muy útil realizar engrosamientos en las tapas o superficies por donde se sujetan para realizar menos fuerza en el momento de abrir las tapas o utilizarlos. Estos elementos de maquillaje también pueden ser sujetos al extremo de un alargador para facilitar su manejo.

Cuidado del cabello y la barba

- Animar a la persona a peinarse por sí misma.
- Masajear el cuero cabelludo durante el lavado. Esta actuación favorece la relajación.
- Ayudar a la persona a escoger un corte de cabello fácil de arreglar.
- Considerar las preferencias personales sobre el afeitado con máquina eléctrica o manual.
- Llevar a la persona a una peluquería confortable, contarle al estilista sobre su condición y si se siente insegura acompañarla, permaneciendo con ella.
- Solicitar servicio a domicilio si la persona rechaza salir a la peluquería.

Higiene de las uñas

Las uñas deben mantenerse limpias y han de recortarse regularmente para evitar que se acumule la suciedad. El momento de cortarlas es después del baño porque están más blandas. La forma correcta de cortarlas es dándoles forma curva en las de las manos y recta en las de los pies.

Productos de apoyo para el arreglo personal

Las adaptaciones y ayudas relacionadas con el arreglo personal incluyen:

- Uso de rasuradoras, pinzas, crema, colonia.
- Maquillaje.

- Arreglo del cabello.
- Cuidado de uñas.
- Aplicación de desodorante.

Rasuradora o afeitadora

Se pueden usar eléctricas o manuales: como siempre será el profesional el que indique el producto más adecuado según las capacidades de la persona.

Si está muy afectada la prensión manual pero se conserva la destreza y coordinación se pueden usar:

- Engrosadores: Engrosador de utensilios, de plástico de forma triangular para utensilios no cilíndricos. El diámetro interior va de 3,1 a 9,5 mm. Tubo de goma para engrosar mangos; hay distintas longitudes (se pueden cortar).
- Adaptadores de agarre: cinta que se fija a la mano mediante velcro con una ranura donde se introduce el utensilio. Es lavable. Se puede usar para todo tipo de utensilios (útiles de aseo, cubiertos, etc.).

Pinzas depiladoras

- De tijeras para personas con disminución de fuerza. También sirve en amputaciones de pulgar, donde la tijera puede usarse con otros dos dedos, permitiendo extraer los vellos.
- Con mango engrosado. Para cuando no se puede hacer la prensión fina, por ejemplo en artritis.

Cepillo de pelo

- Con mango largo ergonómico y curvado que facilita el peinado sosteniéndolo cerca del cuerpo.
- Con mango corto, engrosado, según la movilidad de brazos y hombro de la persona.

Limas de uñas

- Con mango grueso acanalado cuando no se puede hacer prensión o hay disminución de fuerza.
- Con ventosas para que quede sujeta a una superficie lisa.

Cortauñas

- Cortauñas sobre base ovalada provista de ventosas para poder sujetarlo a cualquier superficie lisa. Este cortauñas de acero inoxidable está sobredimensionado y es ideal para quien no puede utilizar los más pequeños. Para cortar basta con apretar la palanca, muy grande. Sirve para personas con disminución de fuerza, amputados, AR, etc.
- Cortauñas sobre ventosas y con lima.



Alicates para uñas.

- Cortauñas con lupa y luz.
- Cortauñas con palanca grande: sobre una base de plástico antideslizante, la palanca tiene una pieza grande de plástico.
- Cortauñas con mango largo; accionado por medio de un gatillo evita tener que agacharse.
- Tijeras de pedicura. Con grandes asas que permiten usar toda la mano para manejarlas. Larga para que no haya que agacharse (lumbalgia). Cuchillas de acero curvadas, la de arriba dentada para que no resbale sobre la uña.

Espejos

- Espejo cuadrado reclinable: sujeto a la pared y con inclinación graduable. Útil para personas que van en silla de ruedas y en los casos en los que existen problemas de equilibrio o dificultades para mantenerse de pie frente al espejo. También en aquellos casos en los que la persona no puede permanecer de pie como EPOC o fatiga crónica.

Aplicación de desodorante

- Si existe una restricción de la movilidad en hombro (fracturas, quemaduras, hombro doloroso), es recomendable aplicar desodorante en crema en una toalla húmeda frotando suavemente con el brazo sano en la axila afectada.
- Si no se puede usar ninguna mano (amputación de ambos brazos), se puede pegar un mango largo de plástico al desodorante en roll-on. Este alargador puede adherirse a alguna superficie como una mesa en el baño.

Dispensador de jabón

El jabón se obtiene presionando con la palma de la mano, el codo...

Además el dispensador se puede fijar a la superficie del lavamanos lo que da mayor estabilidad.

Secador de manos/cara

Pueden ser activados solo con la presencia o presionando un botón.

Resultan útiles en el caso de patologías que afectan a la fuerza y a la prensión de las manos así como en ausencia de la misma.

Conclusiones

Mantener la autonomía en las tareas de aseo y arreglo personal es importante porque:

- Una presentación personal adecuada tiene un gran valor de aceptación y reconocimiento social.
- La autonomía en estas actividades dignifica ya que estas son tareas que se relacionan con la intimidad de la persona.
- Realizar de forma autónoma algunas actividades de cuidado personal incrementa la autoestima y mejora el estado de ánimo.

El uso de productos de apoyo favorece la independencia y preserva la intimidad en la realización de estas tareas de cuidado y debe ser promovido por todos los cuidadores, tanto profesionales como no profesionales.

3.2 La eliminación

3.2.1 La eliminación urinaria

- Cuidados cuando no hay incontinencia
- Cuidados cuando hay incontinencia

3.2.2 La eliminación fecal

- Cuidados en caso de estreñimiento: enemas
- Cuidados en caso de diarrea e incontinencia fecal
- Cuidados de la colostomía

3.2.1 La eliminación urinaria

Cuidados cuando no hay incontinencia: colocación de la cuña y la botella

La cuña y la botella son útiles de uso frecuente pues permiten la micción y la defecación en la cama a la persona que no puede levantarse.

Es importante responder pronto a la necesidad para evitar que la persona se sienta incómoda o ensucie la cama.

La cuña es un orinal plano que se usa para la defecación, tanto del hombre como de la mujer, y para la micción de la mujer. La botella se usa para la micción del hombre.

La colocación y/o retirada de la cuña o la botella debe realizarse con respeto a la intimidad.

Colocación de la cuña

Si la persona colabora el cuidador debe:

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Explicar lo que va a hacer y solicitar que la persona colabore todo lo que pueda.
- Pedir al sujeto que, apoyando los talones en la cama, levante las caderas; entonces, introducir la cuña con el mango hacia los pies.

Si la persona no colabora el cuidador debe:

- Girar al individuo hacia un lado y colocar la cuña sobre la cama a la altura correcta y, a continuación, volverle para que quede sobre la cuña.
- Una vez colocada la cuña tapar a la persona, dejar tiempo para realizar la evacuación. Al finalizar, limpiar, vestir y acomodar al sujeto. Vaciar la cuña en el retrete y guardar la cuña tras su limpieza. Terminar con el lavado de manos.

Colocación de la botella

El cuidador debe:

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Promover la autonomía. Si la persona puede colocarse la botella, el cuidador se limitará a acercársela y a retirarla cuando haya terminado. Si la persona no puede el cuidador introduce el pene en el cuello de la botella.
- Preservar la intimidad. Tapar a la persona con la sábana y dejarla sola para que orine.
- Al finalizar ofrecer papel higiénico para que el sujeto se limpie o limpiarlo el propio cuidador.

- Anotar la cantidad de orina si el médico o la enfermera lo han indicado.
- Vaciar la botella en el retrete y limpiarla. Esta debe limpiarse meticulosamente y desinfectarse con lejía para evitar la transmisión de enfermedades. Es muy importante que la botella sea de uso individual.
- Lavarse las manos.

Cuidados cuando hay incontinencia

Dispositivos absorbentes (pañales)

Los pañales son productos sanitarios de un solo uso. Se ajustan al cuerpo para absorber y retener la orina en su interior con el fin de mantener la piel seca y sin humedad. Están indicados en personas que presentan pérdidas urinarias, fecales o ambas.

Existen distintos modelos según la capacidad de absorción y según la forma y el sistema de sujeción.

El grado de incontinencia es lo que hace elegir al médico un modelo u otro.

La capacidad de absorción varía desde los preparados para pequeñas pérdidas de orina hasta los que absorben más de un litro de orina.

Según la forma o el sistema de sujeción hay distintos tipos:

Absorbente	Forma	Sistema de sujeción
Rectangular	Compresa rectangular	Mediante braga de malla elástica lavable y transpirable de diversas tallas.
Anatómico	Compresa con escotaduras en la zona inguinal para adaptarse a la anatomía del paciente	Mediante braga de malla elástica lavable y transpirable de diversas tallas o banda adhesiva que se ajusta a la ropa interior.
Anatómico con elásticos	Braga-pañal	Se sujetan mediante etiquetas o cintas autoadhesivas que en algunos casos permiten ser pegadas y despegadas más de una vez.
		Con cinturón: incorporan un cinturón autoadhesivo y un sistema de ajuste con velcro que permite pegar y despegar el absorbente las veces que sea necesario par efectuar comprobaciones o curas.

Colocación del pañal según la posición de la persona dependiente y del sistema de sujeción

Indicaciones generales

Preparar todo el material necesario antes de empezar para evitar dejar sola a la persona una vez empezado el cambio.



Cambio de pañal con la persona acostada.

Comenzar informando sobre lo que se va a hacer, buscando que la persona esté con el ánimo de facilitar el cambio de pañal.

Es conveniente realizar un pequeño aseo cada vez que se hace un cambio de pañal para limpiar la zona y evitar infecciones, poniendo especial cuidado en dejar la piel perfectamente seca.

Es importante observar cualquier cambio en la orina en especial si disminuye o aumenta la cantidad o se producen cambios en el color o el olor. De cualquier cambio llamativo, especialmente si se mantiene durante unos días, hay que informar al médico porque puede ser indicativo de un problema de salud.

Pañal con elásticos: posición de pie

- Colocar el pañal con la parte de los adhesivos a la altura de la cintura.
- Pasar el pañal entre las piernas.
- Ajustarlo de forma que los elásticos queden bien colocados en la entrepierna.
- Despegar los adhesivos y fijarlos sobre la parte anterior.
- Ajustar el pañal a la cintura.

Pañal con elásticos: posición acostado

- Poner al paciente de lado siguiendo las recomendaciones que aparecen en el apartado de movilizaciones.
- Poner el pañal debajo de la cadera, colocando la parte posterior a la altura de la cintura.
- Girar a la persona y colocarla boca arriba.
- Meter el pañal entre las piernas.
- Ajustar los elásticos a la entrepierna.
- Despegar los adhesivos de la parte posterior y pegarlos sobre la parte anterior ajustándolos a la cintura.

Pañales con malla (anatómicos y rectangulares): posición de pie

- Colocar la malla a la altura de las rodillas.
- Pasar el pañal entre las piernas.
- Abrir la parte posterior del pañal y fijarlo a las nalgas.
- Subir la malla colocando primero la parte de atrás estirándola bien.
- Estirar la parte de delante y subir bien la malla cubriendo el vientre. Vigilar que la malla quede perfectamente estirada sin ninguna arruga.

Pañales con malla (anatómicos y rectangulares): posición acostado

- Colocar la malla a la altura de las rodillas.
- Con el paciente de lado, pasar el pañal entre las piernas.
- Abrir la parte posterior del pañal y fijarlo a las nalgas.
- Abrir la parte anterior, subir la malla y fijar el pañal con ella.
- Ajustar bien todo el conjunto. Evitando las arrugas y los pliegues que puedan dañar la piel.

Colectores peneanos

El colector peneano es una funda elástica que se desliza sobre el pene. Su extremo distal presenta un orificio al que se le conecta una bolsa de recogida de orina. Su extremo proximal queda fijado a la base del pene mediante un mecanismo específico: normalmente una tira circular o un apósito autoadhesivo. Actualmente también existen en el mercado colectores peneanos autoadhesivos en toda su longitud, por lo que no precisan fijación en la base del pene.

Los colectores peneanos están indicados cuando todavía se tiene vaciamiento vesical completo y espontáneo. Su uso continuado puede provocar lesiones en la piel de la base del pene, por eso son especialmente recomendables en periodos limitados de tiempo.

Colocación de un colector

Preparar el material:

- Colector peneano. Antes de proceder a su colocación hay que leer atentamente las instrucciones del fabricante.
- Bolsa de diuresis con tubo de drenaje.
- Gasas.
- Útiles de aseo: jabón, toalla, agua templada.
- Guantes desechables.

Colocación:

El cuidador debe:

- Explicar lo que va a hacer solicitando colaboración.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Colocar en decúbito supino a la persona dependiente. Teniendo cuidado de dejarle tapado y dejando expuesta únicamente la zona genital.
- Para eliminar las secreciones que puedan irritarle la piel y facilitar el deslizamiento del colector, lavar los genitales con agua y jabón, secándolos cuidadosamente.
- Colocar la bolsa de diuresis en el lateral de la cama, dejando la conexión accesible.
- Sujetar el pene con la mano no dominante (la izquierda si se es diestro y la derecha si se es zurdo). Realizar una ligera presión (disminuye la posibilidad de erección).
- Con la mano dominante, colocar la base del colector sobre el glande y la deslizaremos suave y uniformemente hacia el extremo del pene.
- Es aconsejable dejar unos 2,5 cm entre el tubo de drenaje del colector y el pene.
- Fijar el colector. Jamás debe usarse esparadrapo para fijar el colector, ya que este material no es expansible y puede causar constricción y reducción del flujo sanguíneo peneano.
- Terminar conectando la bolsa de diuresis. Si el usuario del colector está encamado, sujetar la bolsa a la cama y si puede andar, a su pierna.

Cuidados posteriores

- Comprobar la integridad de la piel del pene a los 30 minutos de la colocación del colector.
- Cambiar el colector y evaluar el estado del pene cada 24 horas.

Sondaje vesical

Consiste en la comunicación de la vejiga con el exterior a través de una sonda para permitir la salida de orina. Siempre ha de ser indicado por

el personal médico y es el personal de enfermería quien se encarga de su colocación.

Existen diferentes tipos de sondas según el material, según el tamaño y según los orificios al exterior. La elección del tipo de sonda viene dada por el uso que se le vaya a dar y lo decide el personal sanitario. La más común como sistema de recogida permanente o temporal de orina es la de tipo foley de dos o tres vías.

Cuidados del sondaje vesical

- Lavar las manos antes y después de manipular la sonda o cada vez que se cambie el sistema colector de orina.
- Fijar el tubo de drenaje de la bolsa a la pierna de la persona permitiendo una movilidad adecuada. Evitar acodos u obstrucciones en el tubo de drenaje.
- Explicar que la bolsa debe permanecer siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujo de la orina y el riesgo de infección.
- Lavar la sonda periódicamente para mantenerla permeable.
- Limpiar la zona genital cada 12 horas poniendo especial cuidado a la hora de aclarar y secar la zona.
- Evitar desconexiones innecesarias de la sonda a la bolsa colectora para no aumentar el riesgo de infección. Es preferible utilizar los sistemas colectores que permiten vaciar la sonda sin tener que cambiarla.
- Estar atentos a cualquier signo de infección urinaria: orina con sedimento, hematuria, dolor suprapúbico, fiebre, escalofríos... En caso de que alguno de estos síntomas aparezcan, se debe comentar al médico.
- Cuando hay que pinzar la sonda se hará en el tubo de drenaje de la bolsa colectora y nunca sobre la propia sonda.

El sistema colector (las bolsas de recogida de orina)

Los sistemas colectores se pueden clasificar desde diferentes puntos de vista:

- Según la facilidad con la que se pueden contaminar: cerrado o abiertos (menos y más proclives a la contaminación respectivamente).
- Según el tipo de paciente: encamado (sistema colector para cama) o ambulante (sistema colector para pierna).



Bolsa de recogida de orina.

Sistema colector cerrado

Es el más completo y seguro, ya que presenta varios mecanismos que dificultan la contaminación bacteriana. Consta de las siguientes partes:

- Tubo de drenaje. Es un tubo flexible que se encuentra en la parte superior de la bolsa y que está unido herméticamente a ella. Puede disponer de una o dos válvulas unidireccionales (una en la porción del tubo que conecta con la sonda urinaria y la otra en la zona de conexión con la bolsa de drenaje) que dificultan el reflujo de la orina.
- Tubo de drenaje de la bolsa. Se halla situado en la parte inferior de la bolsa y también está unido herméticamente a ella. Posee una llave de paso, que al abrirla, permite el vaciado de la bolsa así como la posibilidad de tomar muestras (sistema cerrado).
- Respiradero de la bolsa, Es un pequeño orificio por el que entra aire, con el fin de facilitar el vaciado de la bolsa.
- Filtro para bacterias. El orificio de respiradero posee un filtro que impide que las bacterias del medio externo penetren en el sistema.
- Dispositivo para colgar la bolsa. Se encuentra en su parte superior. Posee dos ganchos a modo de percha que permiten colgar la bolsa del lateral de la cama.
- Escala graduada. Permite conocer la cantidad de orina existente en la bolsa en un momento dado.

Sistema colector abierto

La bolsa posee únicamente la escala graduada y el tubo de drenaje.

- No se puede vaciar cuando está llena de orina. Por ello, cada vez que se precisa el recambio de la bolsa, hay que desconectar el tubo de drenaje de la bolsa llena y conectar a la sonda una bolsa vacía (sistema abierto). Todo ello favorece la contaminación bacteriana.
- No permite la toma de muestras.

Sistema colector para la persona encamada

Se pueden emplear cualquiera de los dos que se han descrito (abierto y cerrado). La capacidad de la bolsa es variable, aunque suele rondar los dos litros.

Sistema colector para la persona que camina

Este sistema se coloca en la pierna. Para ello, la bolsa presenta los siguientes elementos:

- Cuatro ojales, dos en su parte superior y dos en su parte inferior.
- Dos tiras elásticas de unos 50 cm de largo y 2 de ancho. A lo largo de la tira hay una serie de ojales y dos botones que están colocados en los ojales de uno de los extremos de la tira.

Para sujetar la bolsa a la pierna se procede de la siguiente manera:

- Introducir una de las tiras a través de los ojales de la parte superior de la bolsa y la otra a través de los ojales de la parte inferior.
- Colocar la bolsa sobre la pierna.
- Rodear la pierna con la tira colocada en la parte superior de la bolsa y sujetarla con los botones. Hacer lo mismo con la tira de la parte inferior de la bolsa.



Sistema colector para una persona que camina.

3.2.2 La eliminación fecal

Cuidados en caso de estreñimiento

Lo primero que se debe hacer es asegurarse de que se trata de un problema de estreñimiento, por eso se lleva un control de la evacuación de la persona para saber cual es su patrón y poder comprobar cómo ha cambiado.

Una vez confirmado se debe comunicar al médico para que de las indicaciones a seguir. (En el apartado 2 del manual, en Síndromes... Estreñimiento se indican tratamientos y recomendaciones).

Los enemas

La administración de enemas consiste en la introducción de una solución líquida a través del recto, siempre bajo prescripción médica, con fines de limpieza, diagnóstico o tratamiento.

Tipos de enemas

- Enemas evacuadores o de limpieza: son los que se utilizan para aliviar el estreñimiento. Se eliminan pasados unos minutos. Se pueden preparar de forma casera (1.000 ml de agua templada y 5 ml de jabón neutro) o usar los enemas comerciales (compuestos por soluciones que irritan la mucosa y aumentan el peristaltismo originando una urgencia por defecar).
- Enemas de retención. Tras su administración deben retenerse en el organismo al menos unos 30 minutos por contener en la solución medicamentos, aceites de retención, etc.

Administración de un enema

Lo primero que se debe hacer es preparar todo el material para no tener que dejar sola a la persona una vez comenzado el procedimiento:

- Guantes.
- Cuña.
- Entremetida.
- Gasas.
- Lubricante.
- Enema comercial o sistema irrigado y solución de limpieza (agua jabonosa con un volumen total entre 500-1.500 ml).

Procedimiento:

- Explicar el proceso y pedir la colaboración de la persona, cuanto más tranquila y relajada esté, más fácil será poner el enema. Propiciar un ambiente relajado durante todo el proceso.
- Lavarse las manos y colocarse guantes.



Posición y sistema para la administración de enemas.

- Después proteger la cama con un plástico, una terna o una toalla.
- Para facilitar la entrada del enema colocar a la persona en la posición de Sims, es decir, con su lado izquierdo sobre la cama y con la pierna que queda arriba un poco flexionada.
- Si se va a usar un enema comercial, lubricar la cánula para introducirla en el recto y seguir las indicaciones del fabricante; introducirlo lentamente apretando el envase hasta que se acabe el producto.
- Para introducir la sonda o la cánula en el ano se sigue el mismo procedimiento: separar los glúteos con la mano izquierda, mientras se pide a la persona que tome aire profundamente. Y con la mano derecha se introduce la sonda haciendo movimientos giratorios unos 8-10 cm.
- Si se va a usar una solución preparada por el cuidador, se debe verter en la bolsa de enema manteniendo el sistema de irrigación cerrado y sostener la bolsa a una altura de unos 30-40 cm por encima del nivel de la cama. Una vez introducida la sonda en el recto abrir un poco el sistema dejando que la solución fluya lentamente por la sonda.
- Durante el proceso observar si la persona se queja de algún dolor abdominal, si lo hace, detener la entrada del enema un rato hasta que haya recobrado la comodidad. Pedir al sujeto que intente retener la solución unos 5 o 10 minutos, acompañarle al baño si es que puede caminar o ponerle la cuña intentando darle la mayor intimidad posible para realizar la evacuación.
- Cuando haya terminado asearle y dejarle descansar. Recoger los materiales.

Tras la evacuación observar el color y la consistencia de las heces expulsadas, así como la tolerancia de la persona al enema para comunicarle al médico cómo ha sido el proceso. Si se administra un enema medicamentoso, además de lo anterior seguir las indicaciones del propio medicamento.

Cuidados en caso de diarrea e incontinencia fecal

Se conoce como diarrea la emisión de heces de poca consistencia con deposiciones frecuentes.

Recomendaciones en la diarrea

Es importante reponer los líquidos para evitar la deshidratación. Conviene estimular a la persona para la ingesta oral de líquidos y sólidos, dándole de comer pequeñas cantidades de alimentos blandos, sin excesivas restricciones en la dieta. Preferiblemente arroz, patata, zanahoria,... evitando los productos lácteos.

Vigilar la piel de la zona anal para prevenir la escoriación de la piel, aplicando pomadas si fuera necesario.

La incontinencia fecal

Se produce una incontinencia fecal cuando hay emisión involuntaria de heces sea cual sea su volumen.

Recomendaciones, manejo de la incontinencia fecal

- Favorecer en todo momento la funcionalidad y el acceso al baño: propiciar la autonomía con una buena iluminación y señalización del baño, con la eliminación de barreras y todas las adaptaciones adecuadas según la situación de la persona y su cuidador.
- Es imprescindible una esmerada higiene y cuidado de la piel. La piel se humedece y seca repetidas veces, lo que no solo produce irritación, sino que reduce la capacidad de la piel como barrera natural e incrementa la vulnerabilidad a las bacterias.
 - Lavar la zona todas las veces que sea necesario.
 - Secar bien sin estirar la piel.
 - Hidratar.
- Cambios frecuentes de pañal.
- Atender siempre las demandas de uso del baño.
- Si existen alteraciones del comportamiento asociadas. Por ejemplo, cuando no se reconoce el estímulo defecatorio pero sí la incomodidad, y la persona tiende a sacarse el pañal. En estos se actúa:
 - Valorando el estado general y consultando al médico.
 - Mejorando la orientación temporal y espacial.

- Y también con medidas conductuales como acompañar al baño a horas fijas.
- Vigilar la dieta evitando las restricciones: dieta ligeramente astringente.

Productos de apoyo en la eliminación fecal

Facilitan la tarea del cuidador y mejoran la autonomía y la calidad de vida de la persona: pañales, tapones anales, inodoros portátiles, protectores para muebles y colchones, y ropa especial.

- Salvacamas.
- Empapadores y absorbentes.
- Compresas y pañales.
- Sábana de sujeción sin mangas, pijama cremallera (antipañal) para evitar que la persona se quite el pañal o manipule empapadores o sondas...
- Obturador anal. Se usa, bajo prescripción médica, en ciertas alteraciones neurológicas (mielomeningocele).

Otros tratamientos: según la causa el médico indicará la conveniencia de tratamientos farmacológicos o quirúrgicos.

Cuidados de la colostomía

La colostomía es un orificio en la pared del abdomen por donde se recoge el contenido fecal a través de una bolsa. Se realiza cuando las heces no pueden eliminarse a través del ano de manera normal como consecuencia de enfermedades graves del colon o del recto. El estoma comienza a funcionar aproximadamente desde las 48 horas siguientes al acto quirúrgico. Primero, se evacuan gases y, luego, las heces van siendo más sólidas a medida que se normaliza la dieta de la persona.

Cuidados del estoma y cambio de bolsa

Lo más importante es seguir las instrucciones del personal sanitario y no actuar por iniciativa propia.

Las bolsas de ostomía pueden ser de una sola pieza o de dos. Las de una pieza tienen una zona adhesiva en su parte superior que se adhiere directamente a la piel abdominal. Las de dos, tienen una pieza adhesiva con un aro o disco flexible de plástico que se adhiere a la pared abdominal; y la propia bolsa tiene otro disco que se adapta perfectamente al situado alrededor del estoma.

Es imprescindible mantener una buena higiene del estoma y vigilar diariamente la aparición de signos inflamatorios o ulceraciones.

Procedimiento del cambio de bolsa:

- Explicar el procedimiento a realizar.
- Preparar los materiales necesarios.



Cuidados de la colostomía.

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Descubrir solo la parte abdominal, no es necesario desnudar a la persona.
- Retirar la bolsa de ostomía y observar el aspecto y volumen de las heces.
- Limpiar el estoma con agua y jabón y retirar los restos del adhesivo de la bolsa anterior con aceite de oliva (**NUNCA** con alcohol).
- Secar cuidadosamente presionando sobre la zona (**NUNCA** frotando).
- Observar el aspecto del estoma y comprobar que no presenta signos inflamatorios.
- Retirar el plástico de la bolsa nueva y ahuecarla un poco con los dedos para que no haga succión. Luego, colocarla sobre la piel abdominal rodeando el estoma; si se trata de una bolsa de doble pieza, ajustarla a la que previamente se había adherido a las piel periestomal.
- La bolsa colectora debe quedar colocada en un plano horizontal a la persona.
- Recoger los materiales y dejar a la persona acomodada.
- Lavarse las manos.

3.3 La alimentación

3.3.1 Recomendaciones

- Dietas
- Vías de alimentación
- Ayuda en la alimentación

3.3.2 Cuidados en caso de disfagia

- Causas
- Plan de actuación
- Ante atragantamientos: Maniobra de Heimlich
- Cuidados en la alimentación por sonda
- Dar de comer con jeringa
- Recomendaciones en la alimentación por sonda

3.3.1 Recomendaciones

Se define como alimentación la forma en la que el organismo adquiere las sustancias necesarias para su mantenimiento y desarrollo. Es consciente y voluntaria y por eso se puede modificar y educar. La nutrición es el conjunto de procesos internos que hacen que los alimentos se transformen en energía para el organismo y en sustancias reparadoras y reguladoras. Comprende una serie de procedimientos “involuntarios e inconscientes”.

La nutrición comienza cuando acaba la alimentación.

Los alimentos son sustancias naturales o transformadas, que al ingerirlas aportan al organismo los materiales necesarios para nutrirse.

Los alimentos, a su vez, están constituidos por una mezcla de compuestos químicos que llamamos nutrientes.

En situaciones normales y en ausencia de enfermedad es recomendable la elaboración de menús equilibrados, con alimentos de todos los grupos y con la cantidad diaria recomendada.

Producto	Raciones	Cantidad
Leche y derivados lácteos	2-3 raciones/día	Leche: 200-250 ml Yogur: 125 ml Queso: 30-40 g Queso fresco: 60 g
Carnes y pescados	2-3 raciones/semana	Carnes: 100-150 g Pescado: 150 g Huevos: uno
Cereales, derivados y legumbres	6 raciones/día	Pan: 40-60 g Cereales: 30-40 g Pasta, arroz: 50-100 g Legumbre: 50-100 g
Frutas y verduras	2-5 raciones/día	Fruta: 120 g una pieza Verdura: 200 g
Grasas y azúcar	Con moderación	Aceites: < 80 g/día Golosinas: < 10% cal. total

En la alimentación, tan imprescindible como la ingesta diaria de todos los grupos de alimentos lo es la hidratación. La hidratación consiste en proporcionar al organismo la cantidad necesaria de agua para reponer las pérdidas y mantener las funciones vitales. El agua es el componente más importante del cuerpo humano, formando el 65% del organismo. La cantidad diaria, debe ser de 1,5-2 litros/día.

Dietas

Se llama dieta a la planificación de la alimentación e hidratación para cada persona, según sus características personales.

Sirve, tanto para prevenir como para curar.

La dieta debe ser suficiente en calorías y tener todos los nutrientes. Si existe enfermedad el médico indicará la más adecuada.

Es importante que la dieta se adapte a las necesidades terapéuticas y a los gustos o preferencias de las personas.

Tipos de dietas

El estado de salud de toda persona depende, en gran medida, del aporte de todos y cada uno de los nutrientes que el organismo necesita para construir y reparar los tejidos y regular los procesos metabólicos. Las necesidades nutricionales de cada individuo varían a lo largo de la vida debido a cambios fisiológicos, psicosociales y patológicos y como consecuencia, la alimentación también debe adaptarse de manera individualizada.

Dieta normal: es la basal. Proporciona todos los componentes esenciales de la nutrición. Es adecuada para personas que no tienen necesidades especiales.

Dieta líquida: formada únicamente por líquidos, agua, infusiones, caldos o zumos. Indicada temporalmente, hasta que se tolera otra más consistente.

Dieta semiblanda: se compone de alimentos semisólidos y líquidos (purés, sopas, yogures, papillas).

Dieta blanda: con alimentos fáciles de masticar y digerir sin contenido fibroso (purés, tortillas, pescados).

Dieta ligera: es una dieta normal, evitando fritos, grasas, alimentos flatulentos.

Dieta hipocalórica: es baja en calorías, con reducción de grasas y de cantidad de alimento. Disminuye peso.

Dieta hipercalórica: trata de aumentar el aporte calórico. Está indicada en personas con peso insuficiente o desnutridos. Se aumentan los hidratos de carbono y las grasas.

Dieta hipoproteica: disminuye las proteínas. Indicada en enfermedades renales. Con reducción de carne, pescado y huevos.

Dieta hiperproteica: con aumento de la cantidad de proteínas. Se utiliza en desnutrición, quemados, infecciones, etc.

Dieta hipoglucémica: con reducción de hidratos de carbono, fundamentalmente los simples. Está indicada en los diabéticos para disminuir los niveles de glucosa en sangre (azúcar).

Dieta hiposódica: con disminución total o parcial de la sal. Está indicada en personas hipertensas, con insuficiencia renal, cardiaca.

Dieta pobre en colesterol: con reducción de los alimentos ricos en colesterol, en grasas de origen animal. Está indicada en personas con niveles elevados de colesterol y triglicéridos.

Dieta astringente: con eliminación de los alimentos ricos en fibra. Está indicada en personas que padecen diarrea.

Dieta laxante: con abundantes alimentos ricos en fibra. Se indica para corregir el estreñimiento.

Vías de alimentación

Oral

Es la alimentación por boca, independientemente de si la persona necesita ayuda o no para realizar la actividad. Normalmente comprende el desayuno, comida, merienda y cena.

Enteral

Es la alimentación a través de una sonda conectada a alguna parte del aparato digestivo. Las más usadas son la nasogástrica que va de nariz a estómago y la sonda de gastrostomía que va directamente al estómago.

Tiene la finalidad de nutrir adecuadamente a la persona hasta que recupere la capacidad de alimentarse por vía oral.

Se utiliza en personas que no pueden alimentarse por boca o que no pueden utilizar el esófago y estómago para su alimentación.

No puede usarse cuando hay vómitos, obstrucción intestinal, pancreatitis, etc.

El alimento se administra mediante jeringuilla (50 cm), o por goteo continuo o intermitente, usando una bomba de infusión enteral.

Parenteral

Consiste en administrar nutrientes directamente a la sangre. Por vía endovenosa.

Se usa en personas en las que no se puede utilizar el aparato digestivo o cuando se necesita un apoyo nutricional, en personas desnutridas.

Solo se suele usar en los hospitales. Se necesita un control analítico de la persona durante la administración.

Ayuda en la alimentación

Dar de comer

La mayoría de las personas eligen qué quieren comer, cuánto y cuándo lo comerán. Es difícil abandonar la independencia sobre estas cuestiones. También es difícil aceptar ayuda para comer o ser alimentado por otra persona. El cuidador debe respetar la dignidad y los gustos de la otra persona así como fomentar su autonomía.



Para dar de comer, sentarse enfrente de la persona.

Es fundamental para las personas que necesitan ayuda en su alimentación que se adapte a sus necesidades individuales, teniendo en cuenta sus hábitos alimentarios, su capacidad de autoalimentación e independencia para mantener un buen estado de salud y calidad de vida.

Puntos claves

- Tratar la persona como lo que es, un ser adulto, ofreciéndole opciones para comer y teniendo en cuenta sus decisiones.
- No apurar el tiempo de la comida, debe ser una actividad agradable.
- El apetito, a menudo, mejora cuando el momento de la comida es relajado y agradable. Siempre que sea posible el cuidador comerá con la persona a la que cuida.
- No llamar la atención si derrama la comida o se niega a comer. Si se niega a comer, averiguar la causa.
- Si se producen cambios repentinos en el comer o tragar del individuo, deben ser valorados por su médico.

Si es necesario ayudar

- Siempre estimular al máximo para que la persona haga todo lo que pueda, no hacer por él lo que pueda hacer por sí mismo.
- Si tiene dificultades para usar el tenedor o la cuchara, ofrecer alimentos que pueda mantener con la mano como pequeños bocadillos o croquetas.
- Cuidar la postura de la persona al comer; sentada y con la cabeza levemente inclinada hacia adelante. (Si la cabeza cae hacia atrás es casi imposible tragar).

- Asegurarse de que la persona pueda ver la comida en el plato. Debe tener sus gafas puestas, si las usa. Ayuda que el color del plato contraste con el de los alimentos.
- Si puede sostener el tenedor, sentarse a su lado y colocar la mano debajo de la suya para ayudarla.
- Si hay que dar de comer a la persona, sentarse en frente y un poquito por debajo de su altura. Ir explicando lo que se va a hacer: “Ahora te voy a dar la sopa.” Algunas personas necesitan que se les recuerde que deben masticar o tragar.

Si la persona no tiene apetito o se niega a comer

- Apagar la televisión y reducir cualquier otra distracción para ayudarle a concentrarse en la comida.
- Evitar poner demasiadas cosas en el plato o porciones demasiado grandes.
- Cuando una persona se niega a comer hay que comprobar que no tenga algún dolor provocado por la dentadura, las encías o algún tipo de prótesis.

3.3.2 Cuidados en caso de disfagia

La disfagia es la dificultad al tragar.

Cuando se tiene disfagia existen dificultades para formar el bolo alimenticio en la boca o para que el bolo vaya desde la boca hasta el estómago.

Causas

Suele estar provocada por enfermedades que causan un mal funcionamiento de la lengua o de los músculos de la garganta y el esófago (accidente cerebrovascular, enfermedades neurológicas, tumores, Alzheimer, Parkinson). En las personas mayores puede deberse también a la ausencia de dientes, problemas con la dentadura postiza, lesiones en la lengua o encías y falta de producción de saliva.

La disfagia puede ser peligrosa porque puede provocar problemas respiratorios y nutricionales. El personal sanitario elaborará un plan de cuidados específico y adiestrará al cuidador para su colaboración y para la administración de esos cuidados.

Plan de actuación

1. Modificar la consistencia de los alimentos y bebidas

Para superar los problemas para tragar y evitar que se produzcan ahogos e infecciones respiratorias lo más importante es administrar líquidos espesados y sólidos triturados que facilitan la formación del bolo alimenticio en la boca.

Si existe dificultad para tragar sólidos

- Siempre que se pueda, triturar los alimentos en el mismo momento de tomarlos.
- Triturar los alimentos preparados para que tengan una textura uniforme. Evitar la presencia de grumos, huesecillos, espinas o filamentos.
- Se puede añadir leche o salsas para conseguir texturas suaves.
- No añadir más líquido del necesario en el triturado, porque reduce su valor nutritivo.
- Evitar alimentos pegajosos como el puré de patata o la leche condensada, ya que hay más posibilidad de que se peguen al paladar.
- Evitar las frutas y verduras con semillas o pepitas que no pueden separarse (kiwi, fresas, etc.) y los alimentos que se desmenuzan en la boca (magdalenas), porque dificultan que el bolo alimenticio sea uniforme.
- Tener cuidado con los caramelos: producen mucha saliva, que puede pasar a las vías respiratorias si se traga mal.



Ejercicios de labios para disminuir la disfagia.

Si existe dificultad para tragar líquidos

- Sustituir el agua por bebidas espesadas.
- Se pueden espesar los líquidos con espesantes de venta en farmacias, siguiendo las instrucciones del envase para saber la cantidad de espesante que se debe añadir a un líquido.
- Evitar los líquidos con pulpa, como los zumos de naranja sin colar porque las pielecitas pueden quedar retenidas en la garganta.

Se recomienda utilizar cucharas de postre pues la toma en pequeñas cantidades, de cualquier alimento triturado o bebida espesada, facilita la formación del bolo alimenticio y disminuye el riesgo de tragar mal.

Si a pesar de estas indicaciones no mejora la capacidad de tragar y la persona pierde peso es conveniente consultar con el especialista.

2. Realizar ejercicios de labios, lengua y mejillas

Para preparar mejor en la boca la comida que se va a tragar es muy beneficioso preparar los músculos implicados. A continuación se presentan una serie de ejercicios que realizados con precisión, fuerza y constancia ayudan a fortalecer esos músculos.

- Sonreír exageradamente.
- Juntar los labios y echarlos hacia delante como para dar un beso.
- Sostener el mango de una cuchara con los labios, presionándolo.
- Sacar y meter la lengua rápidamente de la boca.
- Hacer círculos con la lengua pasándola por los labios, de derecha a izquierda y de izquierda a derecha.
- Mover la lengua por toda la boca pasándola por los dientes, encías, paladar y por la zona que está debajo de la lengua.

- Pasar el dorso de la lengua por todo el paladar, desde adelante hacia atrás.
- Imitar que se mastica un trozo de pan o un chicle realizando los movimientos muy exagerados.

3. Conocer técnicas que ayudan a evitar atragantamientos

Condiciones del entorno

- El entorno donde se realiza la comida debe ser tranquilo, relajado y sin distracciones para facilitar la concentración de la persona en el acto de comer. Para ello se recomienda eliminar o reducir distracciones visuales y sonoras como la televisión, la radio o personas hablando. También puede ayudar retirar los alimentos y utensilios innecesarios.
- El mobiliario debe permitir mantener a la persona frente a la comida en una postura recta y equilibrada.
- Es recomendable usar utensilios adaptados a los trastornos de deglución (vasos con boquilla, jeringas, cubiertos pequeños, etc.).
- Se debe supervisar siempre el proceso de la comida aun cuando la persona afectada sea autónoma para esto.

Medidas posturales

- Solo se debe comer cuando se está perfectamente despierto, nunca si se está somnoliento.
- Siempre que sea posible, se debe comer sentado (postura recta a 90°, flexión de cadera y rodillas, pies planos en el suelo o apoyados en un soporte, hombros simétricos y el tronco y la cabeza sobre la línea media). En algunos casos es necesario utilizar algún soporte como almohadas para asegurar una buena disposición de la cabeza y el tronco.
- La persona debe comer frente al plato.
- El cuidador familiar debería sentarse enfrente y a la misma altura o ligeramente por debajo de la altura de los ojos de la persona en situación de dependencia.
- En el momento de tragar, especialmente si hay riesgo de atragantamiento, se aconseja mantener la cabeza flexionada con la barbilla hacia abajo.
- No se debe meter mas alimento en la boca si antes no ha tragado la cucharada anterior.
- No hablar mientras se come. Al hablar se abren las vías respiratorias y aumenta el riesgo de atragantamiento.
- Evitar acostarse inmediatamente después de las comidas.

4. Adecuar la nutrición

La dieta debe ser equilibrada, variada y de sabor agradable, no hay que olvidar variar diariamente el triturado.

- Elaborar platos que en poca cantidad aporten muchos nutrientes. Son muy útiles los purés y papillas enriquecidos en vitaminas, proteínas y minerales.
- Dar alimentos que contengan proteínas, tanto de origen animal como vegetal (carne, pescados, huevos, leches y legumbre).
- Incluir siempre en la dieta alimentos ricos en fibra (verduras, frutas, cereales integrales).

5. Saber solucionar problemas relacionados

¿Qué hacer si la persona no abre la boca?

La forma de actuar será según la causa del problema:

- Si el problema es solamente físico, estimular la apertura de la boca tocando el labio de abajo con la punta de la cuchara y si no es suficiente aplicar una presión suave sobre la barbilla.
- Si la persona presenta deterioro cognitivo importante, puede ser que no comprenda la acción e incluso que tenga dificultad física para realizarla. Entonces es conveniente dar órdenes cortas y claras: “abre la boca” y mostrar con gestos la acción de abrir la boca para que pueda imitar nuestros actos. Si además, es necesario facilitar la ejecución físicamente, se hace como se ha descrito en el párrafo anterior.

¿Qué hacer si la persona retiene la comida en la boca y tarda mucho en vaciarla?

Nunca introducir el dedo en la boca, porque la persona puede reaccionar involuntariamente y morder con fuerza.

Estimular la apertura de la boca tocando el labio de abajo con la punta de la cuchara (fría, si puede ser) y apretándola suavemente contra el labio. Se puede poner la cuchara en agua helada entre comida y comida. La sensación fría ayuda a mejorar el reflejo de la deglución.

Al colocar la comida en la boca, se debe poner la cuchara en medio de la lengua ejerciendo una ligera presión hacia abajo. Comprobando que la boca está vacía después de cada cucharada.

Ante atragantamientos: Maniobra de HEIMLICH

Es un procedimiento de primeros auxilios para desobstruir el conducto respiratorio, normalmente bloqueado por un trozo de alimento o cualquier otro objeto.

Se usa en caso de atragantamiento. Es una técnica efectiva para salvar vidas en caso de asfixia. Se trata de comprimir el abdomen hacia arriba para favorecer la expulsión del cuerpo extraño.

En personas conscientes (que no se han desmayado, no han perdido la consciencia, están alerta):

- Colocarse detrás de la persona y abrazarla por la cintura.
- Poner la mano derecha en puño entre el ombligo y el apéndice xifoides (la punta del esternón).



Maniobra de Heimlich.

- Situar la otra mano encima del puño.
- Presionar fuertemente el abdomen con un movimiento hacia atrás y hacia arriba a la vez.
- Repetir durante 5 veces consecutivas.
- A los lactantes, colocarlos en decúbito prono (boca abajo), sobre el antebrazo y mano, sujetando la cabeza por debajo de la mandíbula y golpeando la espalda entre los omoplatos, con el talón de la otra mano.

En personas inconscientes (que no nos responden) se debe buscar ayuda de inmediato:

- Pedir a alguien que llame al 061 o al número local de emergencias mientras usted empieza a administrar los primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar.
- Si está solo, grite con fuerza pidiendo ayuda y comience a administrar los primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar

El primer procedimiento que se realiza en una persona inconsciente que está asfixiándose es la maniobra de Heimlich, la cual se hace con la persona acostada de espaldas hasta que el objeto atascado salga o hasta que llegue ayuda:

- Colocarse sobre la persona de rodillas a ambos lados de sus caderas.
- Colocar el talón de la mano entre el ombligo y el xifoides (la punta del esternón).
- Apoyar la otra mano sobre la anterior.

- Presionar fuerte hacia dentro y hacia arriba, al menos 5 veces seguidas.
- Introducir el dedo índice en la boca, con intención de extraer el objeto, solo si está visible.
- En el lactante es igual, salvo que deben emplearse dos dedos para presionar el abdomen.

Cuidados en la alimentación por sonda

Son muchos y variados los casos en que se requiere una nutrición por sonda: enfermedades que impiden deglutir correctamente, situaciones de importante pérdida de apetito, alteraciones neurológicas... Es muy importante que su nutrición sea adecuada y suficiente.

Los alimentos deben estar en forma líquida y contener EL MISMO VALOR ALIMENTICIO (proteínas, vitaminas, hierro, calcio, energía...) que una dieta normal y equilibrada.

La persona necesita todo el alimento que le proporcionan los productos nutricionales líquidos, para evitar así pérdidas de peso, luchar contra posibles infecciones y sentirse “más fuerte”.

La nutrición por sonda es un método SENCILLO, SEGURO Y EFICAZ que ayuda a conseguir y mantener un correcto estado nutricional.

Ante cualquier duda, el cuidador debe consultar a su médico o enfermera.

Cuidados de la sonda nasogástrica

- Se debe limpiar cada día la sonda por fuera con una gasa, agua tibia y jabón suave. Después hay que aclararla y secarla.
- El cambio de la sonda lo hará el médico o enfermera cuando lo crea oportuno. Si la sonda se oscurece, presenta grietas u orificios hay que avisar al médico o la enfermera.
- La persona en situación de dependencia podrá ducharse siempre que el médico o enfermera lo recomiende. En la ducha hay que mantener cerrado el tapón de la sonda. Al finalizar, secar bien la zona de fijación de la sonda y cambiar la tirita o esparadrapo.
- La sonda se fija a la nariz con una tirita o esparadrapo. Se recomienda poner una tirita o esparadrapo nuevo e ir cambiando de sitio la fijación para evitar irritaciones, siguiendo los pasos siguientes:
 - Despegar el esparadrapo o tirita viejo.
 - A continuación, limpiar la nariz con una gasa, agua y jabón, y secar con cuidado.
 - Colocar entonces la nueva tirita vigilando que la sonda no roce o deforme la nariz y comprobando (tirando suavemente) que la sonda no se desplaza.

- Los orificios nasales se deben limpiar una vez al día, con un bastoncillo de algodón humedecido con agua caliente o templada.
- Es recomendable, además, suavizar toda esta zona con una crema hidratante para evitar irritaciones. Debe realizarse con cuidado para no desplazar la sonda hacia afuera. Verificar la posición comprobando que la señal exterior de la sonda se encuentra en el mismo sitio.
- Aunque, la persona tome los alimentos por la sonda, es importante cuidar la limpieza de la boca. Por ello se deben cepillar los dientes y la lengua con un cepillo y pasta de dientes, como mínimo dos veces al día (por la mañana y por la noche), intentando que no trague el agua. Si se aprecia que los labios están resecaos, suavizarlos con crema de cacao o vaselina. Si es necesario, humedecer la boca varias veces al día (3-4 veces/día) con una gasa empapada en agua.

Cuidados de la sonda gástrica

- Comprobar a diario que la piel del estoma (orificio cutáneo por donde se introduce la sonda) no presenta irritación, inflamación o secreción. Lavándolo cada día utilizando agua y jabón o solución desinfectante.
- Cambiar a diario el esparadrapo hipoalérgico que fija la sonda a la pared abdominal a varios centímetros del estoma.
- Vigilar la posible pérdida de alimento o jugo digestivo a través del estoma y mantener la zona siempre seca. Si hay escape, este se debe limpiar inmediatamente y colocar una gasa alrededor de la sonda que se cambiará tantas veces como sea necesario.
- Verificar periódicamente la posición de la sonda; para ello, traccionar la sonda suavemente hacia arriba hasta notar el tope interno, que es el balón inflado o la pestaña de silicona. Al cogerla entre los dedos, esta deberá girar sin dificultad en el interior del estómago.
- El disco de plástico, que es el soporte externo de la sonda, puede levantarse un poco para limpiar mejor la zona del estoma, pero sin tirar de él.
- Si la situación de la persona en situación de dependencia lo permite, puede ducharse siempre que se tenga la precaución de cerrar la sonda con los tapones. No es conveniente sumergir la sonda en piscinas o agua de la bañera. Tras el aseo se secará el punto de inserción o estoma y se cambiará el esparadrapo que servía de fijación.

Las personas que precisan nutrición enteral tienen la idea de que deben permanecer completamente inmóviles para evitar que la sonda se les desplace o se les caiga. Esta idea es totalmente errónea. Se les debe animar



Sonda de gastrostomía.

a que, si su estado general lo permite, se movilicen en la cama, se levanten y deambulen.

Si la persona está inmovilizada por su enfermedad, se practicarán los cambios posturales cada 2 o 3 horas, como parte de los cuidados generales de la persona encamada.

Alimentar por sonda

Alimentos

Para la nutrición enteral se pueden utilizar fórmulas culinarias o preparados comerciales.

Los **preparados comerciales** para la nutrición por sonda contienen una composición exacta y equilibrada de los tres nutrientes básicos: proteínas, grasas e hidratos de carbono. Pueden enriquecerse con vitaminas y oligoelementos constituyendo una dieta completa. También pueden modificarse atendiendo a las necesidades específicas de cada persona.

Estos preparados comerciales se pueden encontrar también como **suplementos**. Están formados por uno o más nutrientes y se utilizan como complemento a la dieta oral. Se presentan en envases monodosis y pueden ser líquidos, en polvo o en forma de pudding. Los más utilizados son los suplementos proteicos y energéticos.

Las **formas culinarias** son las que están constituidas por alimentos cocidos y triturados a los que se les añade agua, leche, caldo... Tienen el inconveniente de no ser exactas y equilibradas en cuanto a su composición y pueden obstruir fácilmente las sondas por su viscosidad. Para su administración requieren sondas de mayor calibre (más gruesas).

Tipos de preparados comerciales

1. Botellas de cristal de 500 ml o en una bolsa hermética (flexibag) de 500-1.500 ml. Deben conservarse en lugar fresco y seco y vienen listos para su uso.

2. En polvo:

El producto deberá diluirse en agua para su administración. El agua estará previamente hervida y tibia. La mezcla resultante ha de ser homogénea, sin presencia de grumos (NO deben usarse ni túrmix ni batidoras).

El preparado en polvo viene generalmente en latas que deben mantenerse en lugar limpio, seco y fresco, evitando fuentes de calor.

Una vez reconstituida la dieta, debe conservarse en la nevera en un recipiente bien limpio y cerrado lo más aislado posible del resto de los alimentos. No se debe utilizar la mezcla si lleva más de 24 horas preparada. En este caso, se desecha y se prepara otra similar.



Distintos momentos de la alimentación con jeringa.

Formas de administración

1. Administración intermitente

Es la forma que más se acerca a un horario de alimentación normal. Se espacian las tomas al igual que se espacian las comidas a lo largo del día. Se puede hacer con tres sistemas.

- Gravedad: utilizando un sistema de goteo similar al empleado en sueroterapia. Se administra la dieta espaciada en tomas (4 ó 5 a lo largo del día) 500 ml de fórmula en 30-90 minutos.
- Bomba de infusión: igual al anterior, pero en vez de utilizar un sistema de goteo convencional se hace con bomba de infusión que regula exactamente la velocidad a la que se administra la dieta.
- Bolo con jeringa: la dieta se administra a emboladas de 200-400 ml en 20-30 minutos utilizando jeringas de gran volumen (50 ml) y espaciando las tomas (una toma cada 4-6 horas).

2. Administración continua

En este caso, la administración de la dieta se realiza por goteo lento (40-150 ml/h) y continuo durante las 16-24 horas del día, o bien dejando unas horas de descanso nocturno.

Dar de comer con jeringa

Para dar la comida la persona tiene que estar sentada y si está en la cama con el cabecero levantado unos 40°.

Antes de dar la comida el cuidador lava la sonda conectando la jeringa cargada con unos 30 cc de agua.

Se vierte la cantidad de dieta necesaria en un recipiente limpio y graduado en ml. El alimento debe estar a temperatura ambiente y hay que agitarlo antes de su uso.

Ir aspirando el contenido del recipiente con la jeringa. Según el tipo de sonda deberá enroscar o presionar ligeramente la jeringa para conectarla a la sonda. La entrada del alimento debe ser lenta.

Cuando haya pasado todo el producto desconectar la jeringa de la sonda, dejarla tapada y aclarar la jeringa con agua del grifo. Una vez limpia, volver a poner agua para lavar la sonda como antes de dar la comida.

No olvidar colocar el tapón al acabar.

Si no se utiliza todo el producto, taparlo enseguida guardándolo en la nevera 24 h como máximo. Si es un alimento preparado conviene apuntar en el frasco o en la bolsa el día y la hora en que se ha abierto.

Es importante dejar a la persona media hora en la misma posición en la que ha comido y observar la tolerancia a la dieta, así como cualquier signo que indique anomalías.



Limpiar diariamente los orificios nasales y aplicar crema hidratante.

Recomendaciones en la alimentación por sonda

Referidas a la persona

- Mantenerla en ángulo de 30-45° (sentada o semisentada) mientras se administra la fórmula.
- Si el médico lo indica se comprobará el residuo o contenido gástrico antes de cada toma. Si el residuo es superior a 150 ml debe suspenderse la alimentación porque existe riesgo de aspiración del contenido gástrico al aparato respiratorio. En caso de que esto ocurra, se espera una hora y, si transcurrida esta logra reducirse el contenido residual, se reanuda la nutrición pero con un flujo más lento hasta conseguir la normalización del residuo.
- Comprobar la velocidad de goteo (si se usa este sistema) y no administrar ni más cantidad ni a un ritmo mayor del recomendado.
- Tras la administración de la nutrición es conveniente lavar la sonda con 30 ml de agua para evitar la obstrucción de la misma y su contaminación.
- Administrar entre 500 y 1.000 ml de agua además de la dieta y de la que se emplea para lavar la sonda.
- Observar la aparición de náuseas, vómitos o diarrea.

Referidas a la fórmula

- Almacenar los productos no utilizados en sitio seco y protegido de la luz.
- Comprobar la fecha de caducidad.
- Anotar la fecha y hora de apertura del envase.
- Administrar la fórmula a temperatura ambiente.



Cambiar el esparadrapo de sujeción de la sonda.

- Los envases, una vez abiertos, deben administrarse inmediatamente o conservarse en frigorífico no más de 24 horas.
- No mantener abierta y conectada la botella al sistema (de goteo o bomba de infusión) más de 24 horas, ya que existe un gran riesgo de contaminación.

Referidas a la administración de fármacos

- Los medicamentos NO deben mezclarse con las fórmulas de nutrición enteral.
- Cuando sea necesaria la administración de medicamentos, esta se hará de forma independiente a la alimentación, lavando la sonda con 25-30 ml de agua antes y después de administrarlos.

3.4 La movilidad

3.4.1 La movilización

3.4.2 Ayudas en la marcha

3.4.3 Cambios posturales

3.4.4 Movilización y transferencias

3.4.1 La movilización

Entendemos por **necesidad de movilización** aquella que trata de mantener la capacidad para mover cada una de las partes del cuerpo y de trasladarse de un sitio a otro conservando una correcta estabilidad y alineación corporal.

Efectos positivos de la movilización:

- Mejora la condición muscular de la persona
- Evita las malas posturas corporales
- Favorece la independencia
- Aumenta las posibilidades de relación social

Las movilizaciones se pueden hacer cada 2 o 3 horas o respetando las horas del sueño.

La movilización se debe hacer de una forma rítmica y suave, intentando que la persona colabore.

“Dadme una palanca y moveré el mundo”

Arquímedes de Siracusa

El cuidador es el punto de apoyo

Ayudar a una persona con limitaciones de movilidad para que realice movimientos habituales en su actividad diaria se basa en unos principios:

- Conocer a la persona y sus necesidades.
- Tener conocimientos y entrenamiento en biomecánica (uso de nuestro propio cuerpo como “máquina” para mover a la persona).
- Seleccionar medítadamente la técnica a emplear y los equipos de ayuda posibles.
- Adecuar el entorno de la persona, pensando en ella y en quienes la cuidan.
- Mantener constantemente una correcta higiene.

Estos cinco principios, que son extremadamente sencillos de cumplir, tienen unas evidentes ventajas:

- Para la persona con necesidad de movilización, porque contribuyen a su mejora física y psicológica, lo que redundará en una mayor autonomía y mejor calidad de vida.
- Para quienes cuidan, porque evitan lesiones –¡esos terribles dolores de espalda!–, ahorran esfuerzo innecesario y aportan una capacidad de trabajo muy superior, lo que se puede traducir como la posibilidad de disponer de más tiempo para sí mismos.

Bases de la Biomecánica

- **Mantener la espalda recta.** Nunca nada es tan urgente como para encorvarse para levantar un peso, por pequeño que este sea.
- **Flexionar las piernas.** Siempre flexionadas, aunque sea ligeramente. De esta manera son los músculos de las piernas los que soportan el peso (son muy fuertes) y no los de la espalda.
- **Apoyarse en el cuerpo.** Al levantar a una persona en situación de dependencia, lo más beneficioso para ella y para el cuidador es que su cuerpo esté próximo al de este; así se reparte mejor la carga.
- **Seguridad en el agarre.** No se está hablando de los neumáticos de un coche, aunque la idea vale: se ha de tener el máximo cuidado en coger a la persona de manera que no se escurra o suelte. Esto se llama “hacer buena presa”.
- **Separación y dirección de los pies.** Al sujetar a una persona en situación de dependencia, los pies del cuidador deben estar separados (más equilibrio) y uno de ellos colocado en la dirección del movimiento que se va a realizar con la persona a la que se ayuda (menos esfuerzo).
- **El cuerpo del cuidador hace de contrapeso.** El peso de una persona puede superar con creces la capacidad muscular del cuidador. Por eso el cuidador sincronizará bien sus movimientos para crear un contrapeso con su propio cuerpo en cada uno de los sucesivos pasos. Así el peso de la persona a la que se ayuda se reduce a menos de la mitad.

La utilidad de los apoyos

En el trabajo de ayuda a una persona en situación de dependencia que va a moverse, se debe compartir el esfuerzo con los apoyos disponibles: camas, sillas asideros... Pero antes, es conveniente, estar seguros cuando se haga fuerza sobre ellos.

- En caso de prever un esfuerzo demasiado grande para realizar la movilización, el cuidador requerirá la ayuda de otra persona o de algún medio mecánico (por ejemplo, una grúa) que facilite esta tarea.

Mayor eficacia y mejor cuidado

El cuerpo del cuidador es una herramienta eficaz para ayudar a la persona en situación de dependencia a realizar sus movimientos cotidianos. Pero además la mente del cuidador con su capacidad de análisis será el principal soporte para convertirse en un “buen punto de apoyo”.



Flexionar las piernas, espalda recta. Crear contrapeso con el propio cuerpo y contraer los músculos abdominales y los glúteos.

- **Comunicación y motivación.** Antes de iniciar cualquier movimiento, es imprescindible explicar a la persona a la que se va a ayudar qué pasos va a dar cada uno e intentar motivarla para que colabore lo más posible.
- **Pensar antes de actuar.** Dice el refrán popular “vísteme despacio, que tengo prisa”. La eficacia mal entendida, hacer lo que sea para ganar tiempo, suele ser origen de muchos problemas. La peor elección es escoger un movimiento que invalide la posibilidad de colaboración de la persona a la que se ayuda... ¡por ir más rápido!
- **Archivo de experiencias.** Las cosas que se hacen día a día para ayudar a la persona en situación de dependencia pueden dar pistas para ser más eficaces y protegerse mejor en los tiempos venideros. Es muy conveniente tener en cuenta la evolución y el estado de la persona, su entorno, los medios con los que cuenta y la combinación de todo ello.
- **Un poco de anticipación.** Es conveniente anticiparse a situaciones comprometidas teniendo en cuenta pequeñísimas cosas. Por ejemplo, entrenarse para mantener la espalda recta flexionando un poco las piernas, para colocar los pies, para “hacer presa” de cosas pesadas, para situar apoyos en los lugares en los que sea necesario realizar movimientos... Se puede hacer una lista de argumentos con los que motivar a la persona para que colabore en los movimientos.

La persona en situación de dependencia

Cuando la persona en situación de dependencia colabora, la movilización es una acción conjunta en la que ella es la protagonista, de ahí la importancia que tiene el que también esta siga unas normas básicas de mecánica corporal. En este apartado nos referiremos a la postura correcta que debe adoptar a la hora de realizar la movilización.

Si está acostada

Piernas y brazos alineados a lo largo de su cuerpo. Además, el colchón sobre el que se encuentre acostada debe ser firme para que el apoyo sea uniforme y estable.

Si está de pie

- Separar ligeramente sus pies para así aumentar su base de sustentación y mejorar su propia estabilidad.
- Procurar que la cadera se mantenga siempre dentro del espacio delimitado por el ancho de los pies.
- Pedir que contraiga los músculos abdominales y glúteos y mantener la espalda recta, echando los hombros hacia atrás.

Si está sentada

El asiento debe permitir que mantenga la espalda recta y apoyada.

Las caderas, rodillas y tobillos de la persona formarán ángulos rectos debiendo estar los pies siempre apoyados en el suelo. Si estos no alcanzan a llegar al suelo, se colocará un taburete debajo de los mismos para evitar que queden colgando en el aire.

Si lo que se quiere es que se levante de la silla, pedirle que se incline recto hacia delante de manera que su cabeza llegue al plano de las rodillas, y a la orden de “tres” colabore en el impulso hacia delante y arriba para ponerse de pie.

Al realizar una movilización deben cuidarse especialmente las posturas adoptadas por el cuidador y la persona cuidada, debiendo ponerse en práctica en todo momento las normas básicas de mecánica corporal explicadas anteriormente.

3.4.2 Ayudas en la marcha

Acompañamiento por el cuidador

El cuidador sujetará en todo momento a la persona con limitaciones de movilidad con el fin de ofrecer seguridad.

Procedimientos

Existen varios procedimientos:

- El cuidador se coloca a un lado de la persona en situación de dependencia agarrando con la mano que tenga más alejada de la persona la más cercana de esta. La otra mano del cuidador pasará por detrás de la espalda de la persona para agarrar su hombro más alejado.
- Igual que la anterior, pero el brazo del cuidador más cercano a la persona pasa, en vez de por detrás de la espalda, por delante del abdomen con el fin de evitar que se caiga hacia delante.
- El cuidador se coloca enfrente de la persona poniendo sus antebrazos debajo de los de ella, quien, a su vez, agarra los brazos del cuidador. A continuación, la persona en situación de dependencia avanza y el cuidador va andando marcha atrás.
- El cuidador se coloca detrás con las manos debajo de las axilas para agarrarlo. En este caso, ambos avanzan a la vez y en el mismo sentido.

El cuidador debe ayudar a la persona en la deambulación cuando esta no sea capaz de realizarla por sí misma. No solo debe proporcionar ayuda física, sino también ayuda psicológica, animándola en todo momento e incentivándola para que se mueva más a menudo o durante más tiempo.

Aparatos de ayuda

Los **aparatos de ayuda** son una serie de elementos cuya función es favorecer la movilidad del individuo. Algunos de estos dispositivos pueden usarse con un solo brazo, mientras que otros requieren de los dos para su correcta utilización.

Estos aparatos son eficaces si se prescriben en el momento adecuado y si la persona reúne unas condiciones físicas mínimas para su utilización; de lo contrario, resultan inútiles por completo.

Bastones

Los bastones sirven para facilitar la deambulación, ya que mejoran la estabilidad aumentando la base de apoyo y disminuyendo la carga sobre las piernas.



Ayudas para la marcha: acompañamiento por el cuidador.

Se considera como altura óptima aquella igual a la distancia entre la cadera y el suelo.

Además de los bastones convencionales, existen otros con varios puntos de apoyo (como con varias patas) que proporcionan mayor estabilidad porque aumentan la base de sustentación, a la vez que distribuyen mejor el peso.

La forma correcta de usar el bastón consiste en agarrarlo con la mano en la que se tenga más fuerza, la derecha si la persona es diestra, o la izquierda si es zurdo. Partiendo de la posición de parado con los pies juntos, la persona en situación de dependencia adelantará primero el bastón, moviendo a continuación la pierna contraria. Para finalizar, se hace avanzar la otra pierna quedando de nuevo en la posición inicial.

En caso de existir lesión o debilidad en alguna de las dos piernas, se agarrará el bastón con la mano correspondiente a dicha pierna.

Muletas

Tienen la misma función que los bastones y se usan cuando se necesita mayor soporte y estabilidad.

- Si se usa una muleta, esta se utilizará del mismo modo que el bastón.
- Si se usan dos muletas, existen tres tipos de marcha, diferenciadas entre sí según los puntos de apoyo:
 - En cuatro puntos: se usa cuando la persona en situación de dependencia tiene poca fuerza en las piernas y/o falta de estabilidad. La secuencia a seguir será la siguiente: se adelanta una de las muletas; luego, el pie opuesto; se adelanta la otra muleta; y, por último, el otro pie.



Marcha con bastón, muletas y andador.

- En tres puntos: se usa cuando la persona tiene toda la fuerza en una de las piernas. Se adelantan primero las muletas, moviendo después la pierna en la que se disponga de menos fuerza; por último, la otra pierna, llegando de nuevo a la posición inicial.
- En dos puntos: se usa si la persona no tiene mucha fuerza en las piernas pero sí en los brazos y además, tiene buena estabilidad. Se adelantan simultáneamente una muleta y el pie opuesto y, a continuación, la otra muleta y el otro pie.

Andadores

Están indicados no solo cuando el individuo presenta una gran inestabilidad, bien sea por problemas musculares, de estabilidad o porque tenga miedo a caerse, si no también en caso de que presente fatiga para la deambulación (por EPOC por ejemplo), ya que el andador le permitirá descargar el peso de su cuerpo. En este último caso si es posible el andador será de aluminio, que es mucho más ligero que los convencionales. La empuñadura debe estar a la altura de la cadera de la persona o quizás un poco más alta, de manera que para deambular obligue a mantener la espalda recta y no encorvada y el codo en flexión de 90°.

El andador aumenta la base de sustentación, aporta seguridad y estabilidad y descarga el peso.

Sillas de ruedas

Cuando la dificultad para la deambulación es extrema o puntualmente en distancias largas, la silla de ruedas puede representar un extra de libertad para el individuo y para la familia.

La prescripción de la silla depende siempre de un profesional que indicará específicamente la silla más adecuada en cada caso. Se debe buscar comodidad, seguridad, maniobrabilidad e independencia de la persona. Una silla de ruedas mal adaptada puede contribuir a la deformidad, desuso muscular, úlceras por decúbito y menor motivación funcional y de socialización.

La silla de ruedas debe ser fuerte pero liviana, lo más estrecha posible para facilitar el paso a través de los marcos de las puertas y su manipulación en el cuarto de baño.

Pueden ser:

– Sillas de ruedas manuales:

- Sillas bimanuales: diseñadas para ser propulsadas por la propia persona, empujando con ambas manos sobre las ruedas traseras o los aros de las ruedas traseras
- Sillas manuales de conducción mono-lateral: para la propulsión independiente con una sola mano, con doble aro (por ejemplo hemiplejías, amputados).
- Sillas de ruedas manuales manejadas por el cuidador: empujando con ambas manos sobre las empuñaduras, tanto el cuidador como la persona en situación de dependencia irán mirando en el sentido de la marcha. Solo cuando se entra o sale de un ascensor o se asciende una rampa o desnivel el cuidador avanza de espaldas tirando de la silla en lugar de empujarla. El cuidador, en el traslado debe mantener el contacto físico y verbal y vigilar el estado de la persona; si su posición es correcta, si se marea, etc.

– Sillas de ruedas de propulsión motorizada: si la persona en situación de dependencia tiene muchas dificultades para autopropulsarse o se agota con facilidad.

El cuidador acompaña en muchas ocasiones a la persona en situación de dependencia en la deambulación. Es importante que conozca las diferentes ayudas y marchas para poder valorar si la deambulación se está haciendo de la manera correcta y para ayudar a corregirla, si no fuera así.

AYUDAS A LA DEAMBULACIÓN

Aparatos de ayuda

Bastones

Muletas

Andadores

Con ruedas
incorporadas

Sin ruedas

Sillas de ruedas

Común

Con doble aro

eléctricas

etc.

Acompañamiento
por el cuidador



3.4.3 Cambios posturales (para encamados)

Concepto y utilidad de los cambios posturales

Los **cambios posturales** hacen referencia a las distintas posiciones que debe adoptar el cuerpo y a la necesidad de alternarlas continuamente para la prevención de complicaciones.

El **objetivo** de los cambios posturales es conseguir una buena alineación de todas las partes del cuerpo y una distribución uniforme del peso corporal. Normalmente, se realizan en personas encamadas.

Los cambios posturales tienen **distintas finalidades**. Entre ellas, destacamos las siguientes:

Prevenir las úlceras por presión (UPP) o por decúbito

Las úlceras por decúbito son aquellas lesiones de la piel que aparecen como consecuencia de la presión prolongada de algunas partes del cuerpo sobre un plano duro y suelen aparecer, con mayor frecuencia, en las prominencias óseas. Estas úlceras pueden evitarse mediante los cambios posturales, ya que estos favorecen que los puntos de presión vayan cambiando de unas zonas a otras.

Mantener el buen estado del sistema músculo-esquelético

Los cambios posturales evitan la rigidez articular y la flacidez muscular.

Favorecer la función cardiovascular y respiratoria

La inmovilidad prolongada puede facilitar la acumulación de secreciones en pulmones o vías respiratorias y la aparición de trombos circulatorios, etc. El cambio postural puede prevenir o, al menos, retrasar la aparición de estas complicaciones.

Prevenir complicaciones genitourinarias y digestivas

El estreñimiento se ve favorecido por la falta de ejercicio debido a la inmovilidad, ya que esta provoca una disminución de la motilidad intestinal. Por otra parte, el encamamiento prolongado y el uso de pañales que esto conlleva favorece la aparición de infecciones tanto de las vías urinarias como de la piel de la zona. Una de las complicaciones más frecuentes del encajamiento y el uso de pañales son las irritaciones cutáneas.

Normas generales para realizar cambios posturales

Existen una serie de normas generales a tener en cuenta a la hora de poner en práctica los cambios posturales. Estas son:

- Los cambios posturales deben realizarse a intervalos de tiempo concretos para que resulten eficaces.

- En personas encamadas, son necesarios cambios posturales cada 2-3 horas.
- En personas sentadas, se deben hacer movilizaciones cada 1-2 horas. Si las puede realizar por sí misma, se le enseñará cómo hacerlas para que las lleve a cabo cada 15 minutos.
- Es necesario conocer si existen limitaciones en la movilidad de la persona en situación de dependencia.
- Al cambiar de posición, las articulaciones deberán moverse en toda su extensión.
- Las articulaciones se colocarán en ligera flexión.
- El momento de la realización de los cambios posturales es el mejor para valorar el estado de la piel y ver si existe enrojecimiento o no en alguna de las prominencias óseas. También es un momento adecuado para hacer masajes mediante movimientos circulares y siempre en dirección al corazón para favorecer la circulación.

Posiciones y medidas correctas

En la persona encamada al hacer los cambios posturales o simplemente cuando esté en determinadas posiciones, se han de observar una serie de medidas correctoras que tienen como fin mejorar la alineación postural y el reparto de presiones para proteger la piel y evitar la aparición de úlceras por presión o de decúbito.

Posición de decúbito supino (boca arriba)

- El cuerpo reposa sobre la espalda.
- La cabeza y hombros quedan ligeramente elevados.
- Los brazos alienados a lo largo del cuerpo.
- Las caderas rectas.
- Los tobillos en ángulo recto.

Medidas correctoras

Las almohadas se colocarán en los siguientes lugares:

- Debajo de la cabeza y hombros.
- Debajo de la curvatura lumbar.
- Debajo del muslo para la flexión de las rodillas.

Posición de decúbito lateral (de lado)

- El cuerpo reposa sobre uno de los lados.
- Las rodillas y cadera quedan ligeramente flexionadas: la extremidad de arriba más flexionada que la de abajo.
- Tobillos en ángulo recto.
- Cabeza y cuello alineados con el tronco.



Posición en decúbito supino, lateral y decúbito prono y medidas correctoras.

Medidas correctoras

Colocar almohadas en los siguientes lugares:

- Debajo de la cabeza.
- Debajo del brazo para que la mano no quede colgando.
- Detrás de la espalda par evitar un deslizamiento hacia atrás.
- Entre las piernas para evitar que se produzcan roces entre ambas.

Posición de decúbito prono (boca abajo)

- El cuerpo de la persona reposa sobre el pecho y se acentúa la curvatura lumbar.
- Los dedos de los pies descansan sobre la cama.
- La cabeza está vuelta de lado y ligeramente flexionada.

Esta postura está contraindicada en personas con lesiones cardíacas, torácicas o con respiración asistida.

Medidas correctoras

Los lugares donde se colocarán las almohadas son:

- Debajo de la cabeza.

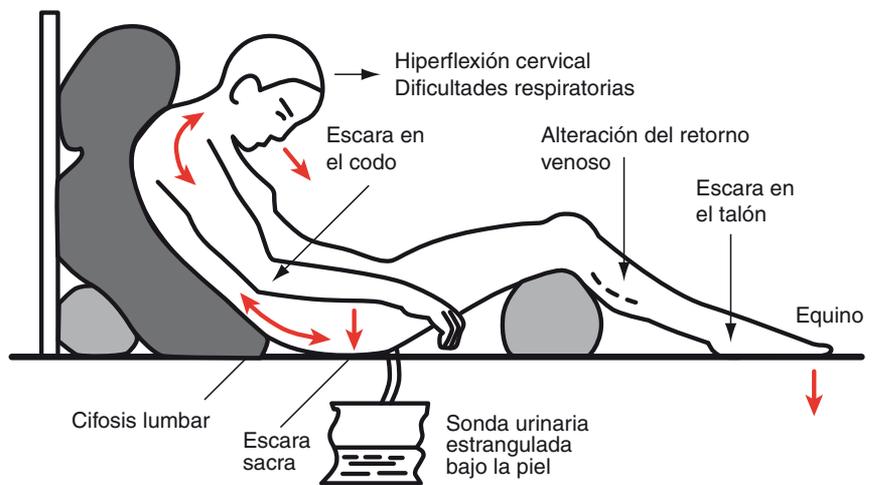
- Debajo del abdomen: prevenimos así la acentuación de la curva lumbar, la dificultad respiratoria y, en el caso de las mujeres, una compresión de las mamas.
- Debajo de muslos.
- Debajo de las piernas: evitar que los pies caigan de forma lateral y la presión de los dedos sobre la cama.

Deben quedar libres de presión: las crestas iliacas, las rodillas y el primer dedo de los pies.

Posición de Fowler

- Semisentado con rodillas ligeramente flexionadas.
- Respaldo de cama formando un ángulo de 45°.

Postura incorrecta. Evitar



Medidas correctoras

Colocar almohadas:

- Debajo de la cabeza.
- Debajo de las rodillas.
- Debajo de los brazos como puntos de apoyo.

3.4.4 Movilización y transferencias

Movilización hacia arriba de la cama

Si la persona colabora se necesita solamente la presencia de un cuidador. La técnica a seguir es la siguiente:

- El cuidador se coloca a un lado de la cama.
- Se retiran las almohadas sujetando con cuidado la cabeza de la persona.
- Se le pide que se agarre a la cabecera de la cama y que flexione las rodillas hasta apoyar los pies sobre el colchón. Se insistirá en que apoye toda la planta de los pies y no solamente lo talones.
- El cuidador pasa el brazo por detrás del cuello de la persona llevándolo hacia la espalda, asegurando así la estabilidad de la cabeza.
- A continuación, coloca el otro brazo debajo de los muslos de la persona.
- Posteriormente, el cuidador se coloca siguiendo las normas básicas de mecánica corporal ya descritas (espalda recta, piernas flexionadas...).
- Una vez posicionados, cuidador y persona cuidada, deben realizar un movimiento al unísono: el cuidador tratará de llevar a la persona hacia arriba de la cama, al tiempo que esta empujará en el mismo sentido apoyándose en los pies y contrayendo los músculos abdominales y glúteos, a la vez que, haciendo fuerza con los brazos, intenta desplazarse hacia arriba de la cama. Se recomienda que para realizar esta movimiento el cuidador utilice alguna expresión como “un, dos, tres... ahora”.



Llevar hacia arriba en la cama.



Movilización hacia el borde de la cama.

Movilización hacia el borde de la cama

El cuidador se colocará en el lado de la cama hacia el que va a ser desplazada la persona. Es importante que se coloque siempre en este lado para evitar que la persona caiga.

El desplazamiento se realizará en tres tiempos

1. Primero se desplaza la parte superior del cuerpo: El cuidador pasará su brazo más cercano a la cabecera de la cama por detrás del cuello de la persona llevándolo hacia la espalda, asegurando así la estabilidad de la cabeza.

A continuación, eleva y desplaza el tronco de la persona hacia sí mismo a la vez que realiza un balanceo de delante hacia atrás; esto es, a la vez que pasa el peso de su propio cuerpo del pie delantero al trasero. En este movimiento el cuidador utiliza su cuerpo como protección para evitar que la persona caiga.

2. En segundo lugar se desplaza la parte media del cuerpo: El cuidador coloca uno de sus brazos debajo de la región lumbar de la persona en situación de dependencia; y el otro, debajo de los muslos, realizando el mismo balanceo que en el primer tiempo y desplazando la cadera de la persona hacia el borde de la cama.
3. Por último se desplaza la parte inferior del cuerpo: El cuidador pasa uno de sus brazos por debajo de los muslos de la persona y el otro por debajo de su tobillo, desplazando, a continuación, los miembros inferiores.



Lateralización en la cama.

Colocación en decúbito lateral (lateralización)

Para realizar esta movilización solo es necesaria la presencia de un cuidador, el cual se colocará en el lado de la cama hacia el que se va a volver a la persona.

- En este procedimiento el cuidador toma el brazo de la persona que queda más próximo a él y lo separa del cuerpo hasta formar un ángulo de 45°; con esto evitará que, al finalizar la movilización dicho brazo quede atrapado bajo el cuerpo de la persona.
- A continuación, flexiona el otro brazo de la persona sobre el abdomen del mismo y cruza su pierna más alejada sobre las más cercana.
- Posteriormente, agarra el hombro más alejado de la persona con una mano y la rodilla flexionada con la otra y tira del cuerpo hacia él, quedando colocada la persona en situación de dependencia en posición de decúbito lateral.

De acostado a sentado

- En el caso de disponer de una cama articulada se levanta el cabezera llevando así a la persona a la posición de semisentado. Así el cuidador debe realizar menos esfuerzo. Si no, la maniobra comienza en el siguiente punto.

- El cuidador coloca el brazo más cercano a la cabecera de la cama por detrás de los hombros de la persona; y el otro, por debajo de sus muslos.
- Girar a la persona hacia el borde de la cama tirando suavemente de sus muslos al mismo tiempo que se le empuja por la espalda, tal y como se indicaba en el apartado anterior.

De sentado a de pie

Desde sentado en la cama

- El cuidador se sitúa enfrente de la persona para proporcionarle seguridad y protección, colocando uno de sus pies delante de cada uno de los de la persona para que hagan de barrera en caso de que pudiera resbalar.
- El cuidador lleva sus brazos a los omóplatos de la persona pasándolos por debajo de sus axilas.
- Una vez hecho esto, se procede a levantar a la persona tirando de ella suavemente.
- Se pide a la persona que se agarre a los hombros del cuidador.

Desde sentado en un sillón o silla de ruedas

La técnica a seguir es la misma que en el caso anterior, pero el cuidador deberá flexionar más las rodillas; y la persona en situación de dependencia deberá pasar sus brazos alrededor de la cintura del asistente agarrándose a este.

Si se trata de una silla de ruedas deberá tenerse la precaución de mantener activados los frenos de esta mientras se realiza la movilización.



De sentado a de pie con apoyo en los antebrazos.



Otra movilización: de sentado en la silla de ruedas a sentado en su asiento habitual.

De la cama a la silla de ruedas

- Primero, se coloca a la persona en situación de dependencia sentada al borde de la cama siguiendo las técnicas indicadas. Es conveniente dejarla unos minutos en esta posición para evitar que se maree y se le mantendrá sujeto para prevenir que se caiga.
- Se coloca el sillón pegado a la cama y con el asiento mirando hacia el cuidador. Si se trata de una silla de ruedas, esta se colocará en esa misma posición, tomando la precaución de activar el sistema de frenado de esta.
- Se levanta a la persona como se explicó en la técnica “de sentado a pie” y se gira el cuerpo de la misma hacia la silla, cuidando de que la rodilla del cuidador apoye sobre las de la persona para evitar que se flexionen y caiga al suelo.
- Una vez situada sobre la silla, se le deja caer suavemente procurando que la espalda quede recta y apoyada sobre el respaldo de la silla.
- Si es necesario se corrige la postura en la silla y se asegura su confort.

El resto de las movilizaciones son combinaciones de estas

Cuestiones importantes respecto a la silla de ruedas

- Colocar la silla de ruedas en la posición y el lugar correctos según la maniobra que se haga.
- Frenar la silla y retirar todo lo que estorbe (incluso, a veces los reposabrazos o los reposapiés cuando se va a levantar...).
- Las ruedas motrices de la silla (las pequeñas), deben estar alineadas con las otras, hacia delante. Así aumenta la estabilidad.

Es fundamental comprobar que la persona en situación de dependencia queda en una posición segura y cómoda.

3.5 Medicación

3.5.1 Normas generales

3.5.2 Administración de fármacos:

- Vía oral
- Vía sublingual
- Vía tópica
- Vía rectal
- Vía respiratoria
- Vía subcutánea
- Vía intramuscular

3.5.3 La oxigenoterapia

3.5.1 Normas generales

Se debe seguir en todo momento las indicaciones del médico. Nunca se debe alterar un tratamiento con otro criterio (el del cuidador o el de la vecina...). Solo se pueden dar las pastillas que indica el médico ni más ni menos.

Nunca administrar tratamientos de terceros o medicamentos de otras personas. Hay fármacos que en unas personas pueden funcionar y en otras no. El tratamiento farmacológico solo lo indica el médico.

Cuando el médico prescribe un tratamiento farmacológico indica no solo el fármaco sino también la vía de administración, el número de tomas al día y la duración del mismo.

Recomendaciones

- Es importante que el cuidador conozca si la persona en situación de dependencia presenta alergia a algún medicamento.
- Si se observa alguna reacción anormal o efecto secundario se comunicará al médico.
- El cuidador debe saber: el nombre del medicamento, para qué sirve, su forma de aplicación, la dosis y el número de tomas al día. También la duración del tratamiento y si mientras dure se debe adoptar algún tipo de precaución especial.
- Los medicamentos no deben almacenarse, se guardarán en su envase, y con su prospecto en un lugar seguro. Algunos necesitan conservarse en refrigerador; esta circunstancia viene indicada en el envase.
- Se recomienda la elaboración de un esquema horario para facilitar la toma cuando hay más de un fármaco.
- También son muy útiles los pastilleros diarios con compartimentos aislados para las distintas tomas.



3.5.2 Administración de fármacos

Administración por vía oral

Es la vía más cómoda y sencilla, siempre que la persona no tenga problemas para tragar. La absorción se hace a través del estómago o del intestino.

Si la persona es autónoma en su toma de pastillas hay que comprobar que las está tomando correctamente y en el horario indicado.

Cuando las administra el cuidador:

- Lavado de manos.
- Colocar a la persona sentada.
- Administrar el medicamento junto con un vaso de agua, leche o zumo.

Si no lo puede tragar, se tritura o se busca la posibilidad de cambiarlo por una fórmula más cómoda. Es importante tener en cuenta que no todos los preparados se pueden triturar, algunos fármacos pierden sus propiedades por este procedimiento. Es el médico o la enfermera quien dirá si se pueden triturar los medicamentos. Si se niega a tomar la medicación también se informará al médico.

Administración por vía sublingual

Es más rápida de absorción que la vía oral. Nunca debe tragarse ni masticarse. Mientras está actuando no se debe fumar ni beber.

Se coloca el medicamento debajo de la lengua hasta su disolución.

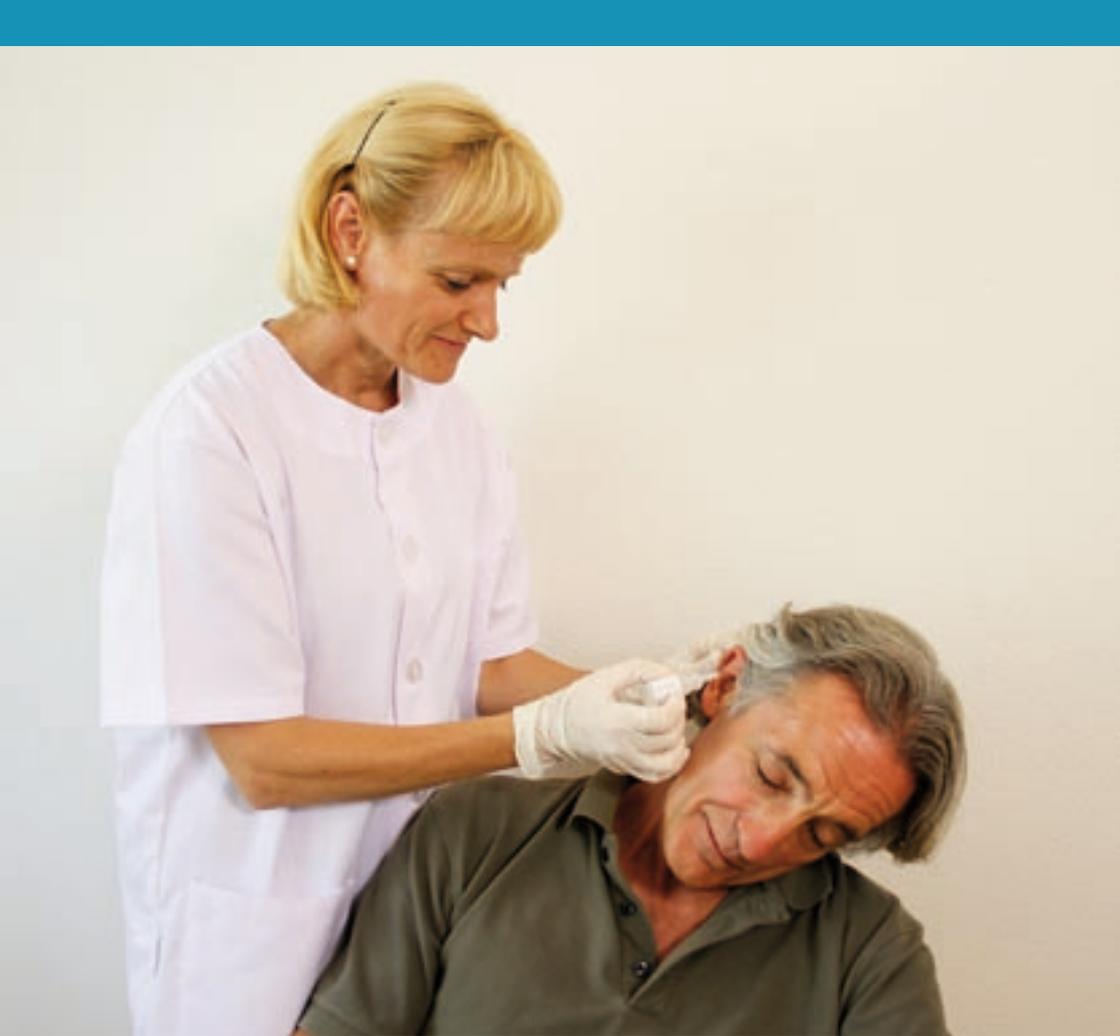
Administración por vía tópica

La administración es a través de la piel o de las mucosas. Los medicamentos están en forma de pomadas, cremas, lociones... generalmente para conseguir un efecto local.

En cuanto a las pomadas es conveniente lavar y secar la piel de la persona antes de su aplicación, aplicar una pequeña cantidad y extender uniformemente. El cuidador debe lavarse las manos antes y después de la aplicación.

La administración en los ojos

- Pomadas; tras limpiar los párpados, se coloca un poco de pomada en la parte inferior del párpado, manteniendo 1 o 2 minutos los ojos cerrados, avisando a la persona de los efectos secundarios, como visión borrosa, etc.
- Gotas oftálmicas; después de limpiar los ojos con una gasa diferente en cada ojo, se aplican las gotas, con la cabeza de la persona incli-



Administración de gotas en el oído.

nada hacia atrás, retirando el párpado inferior, nunca el superior, con la mirada en el lado contrario al cuentagotas, sobre el saco ocular y no sobre el globo ocular, eliminando el exceso con una gasa.

La administración de gotas en el oído

- Calentar el frasco con las manos, y agitarlo antes de abrirlo.
- Situar a la persona del lado contrario al oído afectado.
- Tirar suavemente de la oreja hacia arriba y hacia atrás.
- Colocar el cuentagotas sobre el oído sin tocarlo, apretando hasta que salgan el nº de gotas prescritas.
- Dejar a la persona en esta posición durante 10 minutos, hasta que la medicación penetre en el oído.

La administración de gotas en la nariz

- La persona debe respirar a través de la boca mientras se administran.
- Colocar a la persona en posición de Roser (la cabeza hacia atrás con el cuello en hiperextensión) ya que deben caer las gotas en la parte posterior de la nariz y no en la garganta.

Administración por vía rectal

- Se utiliza esta vía para las personas que no toleran el medicamento por vía gastrointestinal o para tratamientos locales (hemorroides).
- Los fármacos se administran en forma de supositorios, pomadas o enemas. Siempre explicar lo que se va a hacer y pedir la colaboración de la persona.
- Disponer a la persona sobre el lado izquierdo, con la pierna izquierda extendida y la derecha flexionada, dejando expuesta la zona glútea y el ano. Mantener las nalgas separadas con una mano y, tras pedir a la persona que inspire profundamente, introducir con la otra mano. Terminar juntando y separando las nalgas varias veces para favorecer la introducción y mantenerlas apretadas unos minutos al final para que desaparezca el posible deseo de defecar.

Administración por vía respiratoria

Se trata más bien de un tratamiento tópico en la mucosa de los bronquios para provocar su dilatación y mejorar la entrada de aire en los pulmones. Se suelen usar los aerosoles y nebulizadores.

- Comenzar pidiendo a la persona en situación de dependencia que eche todo el aire que pueda. Luego colocar la boquilla del inhalador en la boca cerrando bien los labios.
- Con una sola inhalación se llenará los pulmones y le pediremos que contenga la respiración unos 3-5 segundos. De nuevo exhalará todo el aire de los pulmones.
- Repetir la acción las veces que sean prescritas.

Administración por vía subcutánea

Algunos fármacos de uso habitual, como la insulina en los diabéticos, o de uso temporal, como algunos anticoagulantes (heparina) se administran por inyección subcutánea. Existen dispositivos especiales que facilitan la tarea: como “bolígrafos de insulina” o jeringas especiales con la dosis ya cargada en el caso de los anticoagulantes. En todo caso los sanitarios entrenarán al cuidador o a la persona en situación de dependencia para su correcto uso.

Administración por vía intramuscular

- Solo debe ser utilizada por el DUE, o el médico.
- Su uso está dirigido a las personas que no toleran o no pueden utilizar otras vías, o que la aplicación de algunos medicamentos así lo requieren.

3.5.3 La oxigenoterapia

Consiste en administrar oxígeno con el objetivo de aumentar el contenido del mismo en la sangre y los tejidos. Lo que se administra es una mezcla gaseosa de aire enriquecido con oxígeno.

Se deben seguir las indicaciones del médico es peligroso aumentar la dosis.

Nunca se debe fumar cerca de una bombona de oxígeno.

Se debe vigilar el sistema para detectar posibles fugas y mantener la temperatura de la habitación tibia ya que el calor puede elevar la presión de la bombona.

Es importante limpiar las gafas o la mascarilla una vez al día, y cambiarlas cuando se hayan deteriorado.

Cada sistema de administración precisa de un entrenamiento del cuidador por el técnico correspondiente. Cuando se debe administrar oxígeno muchas horas al día existen dispositivos portátiles que permiten la movilidad, mejorando la autonomía de la persona.

3.6 Prevención de úlceras por presión

3.6.1 Identificar a las personas en riesgo

3.6.2 Prevención

3.6.3 Tratamiento

Se pueden definir las úlceras de decúbito o úlceras por presión (UPP) como lesiones en la piel y tejidos subyacentes producidas por la presión prolongada entre dos planos duros; uno, los salientes óseos de la persona; el otro, una superficie externa (cama, sillón...). Esta presión mantenida en el tiempo provoca un déficit en la circulación sanguínea de la zona (isquemia) que causa la destrucción de la piel y de las partes blandas, dando comienzo a la formación de la úlcera.

3.6.1 Identificar a las personas en riesgo

Las personas que tienen mayor riesgo de padecer úlceras por presión deben recibir una atención especial y cuidados preventivos.

Los factores de riesgo que contribuyen a la formación de las úlceras son:

Factores de riesgo derivados de problemas de salud

- Lesiones cutáneas extensas: edema (inflamación por acumulación de líquido), sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastornos nutricionales: delgadez, obesidad, desnutrición, falta de proteínas.
- Trastorno en el transporte de oxígeno: problemas vasculares periféricos, cardiopulmonares.
- Trastorno inmunitario: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: estupor, confusión, coma.
- Deficiencias motoras: paresia, parálisis.
- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa.
- Alteraciones de la eliminación: Incontinencia urinaria y fecal.

Factores de riesgo derivados de algunos tratamientos o procedimientos diagnósticos

- Inmovilidad impuesta: escayolas, tracciones, respiradores.
- Tratamientos o fármacos que disminuyen las defensas: radioterapia, corticoides, etc.
- Sondajes (vesical, nasogástrico).

Factores de riesgo situacionales

Derivados de condiciones personales, ambientales, hábitos.

- Inmovilidad por dolor, fatiga, estrés.
- Arrugas en ropa de cama, camisón, pijama u objetos de roce.

Factores de riesgo por cambios evolutivos

- Niños, lactantes: rash del pañal.
- Ancianos: falta de movilidad, pérdida de elasticidad de la piel, piel seca...

Factores de riesgo del entorno

- Falta de educación sanitaria.
- Falta de criterios unificados en el equipo de atención.
- Mal uso de los dispositivos de prevención.
- Desmotivación profesional.
- Sobrecarga del cuidador.

3.6.2 Prevención

Plan de actuación frente a UPP

En el tratamiento de las UPP, el aspecto más importante a tener en cuenta es la prevención de la aparición de las mismas.

Control del estado general de la persona

- Estado nutricional: evitar la desnutrición administrando dieta rica en proteínas y en vitaminas A y C.
- Aporte adecuado de líquidos:
 - A veces disminuye la sensación de sed y se hace necesaria la estimulación para la ingesta de líquidos.
- Prestar atención especial a la incontinencia urinaria y fecal.
- Vigilancia y control de enfermedades.
- Control farmacológico.

Cuidado de la piel

- Examinar el estado de la piel a diario, con especial vigilancia en las localizaciones más frecuentes de UPP. Las úlceras también pueden ser provocadas por cualquier producto, material o instrumento médico.
 - Nariz: mascarilla o gafas de oxígeno.
 - Alas de la nariz: sonda nasogástrica.
 - Meato urinario y muslo uso prolongado de sonda vesical.
 - Muñecas y tobillos: personas con sujeción mecánica.
 - Mucosa gástrica: sonda gástrica.
 - Férulas.
- Consultar al médico y seguir sus instrucciones en el caso de que se detecte alguna erosión o enrojecimiento.
- Mantener la piel en todo momento limpia y seca. Utilizar un jabón neutro y secar meticulosamente sin fricción, poniendo especial cuidado en pliegues cutáneos.
- No rociar la piel con ningún tipo de alcohol.
- Aplicar crema hidratante procurando su absorción completa.
- Usar ropa interior de tejidos naturales.
- Los masajes activan la circulación. Se evitará masajear la zona de piel sobre prominencias óseas.
- Se pueden usar apósitos para disminuir la presión en las zonas más frágiles: codos, rodillas, talones, caderas...



Cuidados preventivos: mantener la piel limpia y seca.

– Tener en cuenta al hacer la cama:

- La ropa de la cama estará limpia con las sábanas sin arrugas y sin restos de comida u otros objetos.
- Evitar que la ropa de cama que cubre a la persona encamada esté muy estirada, ya que flexiona los dedos y puede producir úlceras.
- No usar colchones de muelles o lana.

Procedimiento para hacer una cama ocupada

En algunas ocasiones en las que la persona no puede levantarse, bien sea por debilidad, por indicación del facultativo o por tener colocados dispositivos que no se lo permiten, el cuidador se ve obligado a cambiar la cama con la persona acostada. En este caso, las maniobras se llevarán a cabo con mucha delicadeza, suavemente, procurando causarle las menores molestias posibles y manteniendo en todo momento una correcta alineación corporal.

- Informar a la persona de lo que se va a hacer y como. Este punto cobra aquí especial importancia, ya que la persona se movilizará autónomamente todo lo que pueda y también facilitará la tarea: ir explicando paso por paso cada uno de los movimientos a realizar, haciéndole partícipe de la actividad que se está llevando a cabo e indicándole cómo puede cooperar.
- Si no está contraindicado, colocar el colchón totalmente horizontal.
- Retirar la ropa que se encuentra por encima, a excepción de la sábana, que se dejará cubriendo al a persona para que no quede totalmente destapada. Si la sábana estuviese sucia, se retirará también y se la sustituirá por una toalla de baño grande.

- Retirar la almohada.
- Colocar a la persona en decúbito lateral teniendo cuidado de que no se caiga.
- Enrollar la sábana entremetida, el hule impermeable y la sábana inferior hacia la espalda de forma que queden tan pegadas a esta como sea posible.
- En la media cama que queda libre se inicia la colocación de la sábana bajera, doblando en el centro de la cama de forma vertical el resto de la sábana que luego se extenderá hacia el otro lado. También se colocará de igual forma en esta mitad de la cama el hule impermeable y la entremetida.
- Colocar a la persona en decúbito lateral opuesto al anterior haciéndola rodar lenta y suavemente por encima de la ropa que queda doblada verticalmente en el centro de la cama.
- El cuidador se desplaza hacia el otro lado de la cama, controlando la seguridad subiéndola la barandilla si la hubiere.
- Retirar la ropa sucia y extender la sábana inferior, el hule y la entremetida, asegurando que quedan bien estiradas y sin pliegues.
- Remeter los lados y picos siguiendo el mismo procedimiento que en el apartado anterior.
- Acomodar a la persona y poner la almohada.
- Retirar la sábana superior sucia o la toalla y colocar la sábana superior limpia, la manta y la colcha.
- Revisar que la ropa de la cama no quede demasiado apretada.

Eliminar o reducir la presión

- En personas encamadas, son necesarios cambios posturales cada 2-3 horas, siguiendo una rotación determinada.
- Si está sentada, se deben hacer movilizaciones cada 1-2 horas. Si las puede realizar por sí misma, se le enseñará cómo hacerlas para que las lleve a cabo cada 15 minutos.
- Al hacer los cambios posturales se debe evitar arrastrar al sujeto sobre la cama. Por el contrario, se debe levantar su cuerpo separándolo de la superficie de apoyo.
- Aprovechando cada cambio postural, se realizarán movilizaciones pasivas que son aquellas que implican las extremidades y articulaciones sin que la persona contribuya al movimiento ni oponga resistencia. Si es posible, se realizarán ejercicios de fisioterapia y rehabilitación.
- Se intentará mantener alineado el cuerpo distribuyendo de forma uniforme el peso.
- Si hay que levantar la cabecera, esta se elevará a un máximo de 30°.
- Utilizar superficies de alivio de la presión. Estas pueden ser estáticas o dinámicas. Las dinámicas utilizan unas celdillas de aire que



Colchón antiescaras.

se inflan y desinflan alternativamente cada 4 minutos; con esto se consigue una presión alternante. Finalmente la presión se distribuye uniformemente por toda la superficie corporal.

Además de estos colchones antiescaras existen cojines con el mismo fin, se desaconsejan los de tipo aro o flotador porque producen deslizamientos y no aminoran bien la presión. Otros dispositivos de alivio de la presión se colocan en zonas concretas con mayor riesgo de úlceras, en los talones, en las caderas, etc.

Nutrición

- Asegurar una correcta hidratación del paciente.
- Proporcionar una dieta equilibrada según las necesidades del paciente.

La nutrición es un pilar muy importante en el abordaje integral de las UPP, tanto en su fase preventiva como en la curativa.

Los requerimientos nutricionales de una persona con úlceras son mayores que los de otra que no las presenta.

Su **dieta**, como mínimo, debe incluir:

- 30-35 kcal/kg peso de la persona/día.
- 1,25-1,5 g de proteínas/kg peso de la persona.
- Vitaminas A, B y C.
- Minerales: zinc, hierro, cobre.
- Aporte hídrico: 30 cc de agua/kg peso de la persona.

El aporte de proteínas que estas personas necesitan, se administrará en forma de suplementos hiperproteicos si no es posible cubrirlo con la dieta culinaria.

3.6.3 Tratamiento

Según el estado de la úlcera

- Úlcera en estadio I: piel enrojecida pero íntegra:
 - Aliviar la presión de la zona.
 - Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados (corpitol u otros aceites similares).
- Úlcera en estadios II, III y IV: la piel ha perdido su integridad:
 - Tratamiento de enfermería.
 - Desbridamiento.
 - Limpieza de la herida.
 - Prevención y abordaje de la infección bacteriana.
 - Elección de un producto que mantenga el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

Vigilar las señales de infección

- Pus espeso amarillo o verde.
- Mal olor de la herida.
- Enrojecimiento o calor alrededor de la herida.
- Hinchazón alrededor.
- Sensibilidad al tocar en torno a la herida.
- Enrojecimiento.
- Señales de infección extendida:
 - Fiebre o escalofríos.
 - Confusión mental o dificultad para concentrarse.
 - Latidos del corazón rápidos.
 - Debilidad.

3.7 Ocupar el tiempo y mantener las relaciones sociales

3.7.1 Ocio y tiempo libre

3.7.2 Relaciones sociales

3.7.1 Ocio y tiempo libre

Para mejorar la calidad de vida, evitar el aislamiento y promover la salud, es importante realizar actividades en el área de ocio y tiempo libre. Con las adaptaciones apropiadas pueden practicarse muchos deportes y actividades.

En ocasiones es útil para el cuidador seguir unas pautas para que la persona en situación de dependencia pueda obtener los mayores beneficios de estas actividades:

- Valorar si en su tiempo libre la persona permanece desocupada.
- Preguntarle por sus intereses y proponerle alternativas acordes con ellos.
- Estimularle para elegir una actividad. Elegir refuerza la autonomía y motiva a la participación.
- Tratar de mantener y/o recuperar actividades que le sigan interesando.
- Recurrir a un profesional especializado cuando las dificultades lo exijan.
- Intentar realizar actividades de ocio con la persona a la que se cuida.
- No limitarse a acompañarla a pasear o a sentarla frente a la televisión.

Algunos recursos para el ocio

- **Juegos de mesa:** Tableros con fichas grandes, fáciles de agarrar y de colores contrastados, puzzles con piezas grandes, fichas y cartas de mayores tamaños, sujetacartas...
- **Ciclos y bicicletas:** Triciclos para adultos, sujeciones para el tronco, manos o pies y ciclos conducidos por las manos para niños y adultos.
- **Costura:** Hay bastidores especiales con sujeción para la mesa o silla, enhebradores de agujas, tijeras que disponen de un muelle que las abre de forma automática y necesitan muy poca destreza, lupas de varios tipos, etc.
- **Música:** Pueden efectuarse adaptaciones para algunos instrumentos musicales. También el ordenador, con el acceso apropiado, ofrece la posibilidad de componer y ejecutar piezas musicales.

3.7.2 Relaciones sociales

El cuidador debe aprender a valorar la importancia que tienen las situaciones de interacción social para la persona a la que cuida.

Los momentos de comunicación y relación con otras personas del entorno son esenciales para conseguir la integración social de la persona, por lo que el cuidador deberá fomentarlos y propiciarlos.

La persona en situación de dependencia tendrá más facilidades para poner en práctica un proceso de comunicación positiva si el cuidador y el entorno sociofamiliar más próximo utilizan estrategias de comunicación que faciliten la interacción con la persona.

3.8 Cuidar de la seguridad. Adaptaciones en el hogar

3.8.1 Cuidar de la seguridad:
– Cómo adaptar el entorno

3.8.2 Adaptar la vivienda

3.8.3 Productos de apoyo para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (antes ayudas técnicas)

3.8.1 Cuidar de la seguridad

La adaptación del entorno representa uno de los principales elementos que puede paliar o mitigar el grado de dependencia. Este concepto engloba todas aquellas modificaciones que se pueden acometer en el ambiente físico que rodea a la persona en situación de dependencia y que le permiten la realización de las actividades cotidianas (asearse, cocinar, caminar, etc.) de una manera más segura, sencilla e independiente. Aunque en un principio pueda parecer que el esfuerzo y el dinero desembolsado para este fin no compensa, lo cierto es que las ventajas que comporta son numerosas y relevantes. Así, la adaptación del entorno es útil:

- Para prevenir situaciones peligrosas.
- Para facilitar la realización de tareas (comodidad, intimidad, etc.).
- Para favorecer la autonomía personal.
- Para evitar comportamientos problemáticos.
- Porque aporta beneficios al cuidador y le ayuda a poner límites a los cuidados que presta.
- Porque aporta beneficios psicológicos a ambos: persona cuidada (sentimiento de autovalía) y cuidador (sentimiento de seguridad y satisfacción en relación a la tarea que realiza).

Cómo adaptar el entorno

Cuando se decide adaptar el entorno de la persona en situación de dependencia, conviene preguntarse en primer lugar qué modificaciones pueden ser más útiles. Para ello hay que pensar en cambios de tipo general (válidos para cualquier persona) y transformaciones específicas para cada persona (en función de su capacidad funcional y cognitiva).

Recomendaciones generales

De forma global, es necesario tener en cuenta algunas recomendaciones:

- **Evitar estímulos de distracción.** A todo el mundo le distraen los ruidos, las conversaciones de la gente, etc. En el caso de las personas en situación de dependencia, sobre todo si tienen deterioro cognitivo, los efectos de distracción de estos estímulos son todavía más significativos. Si se eliminan elementos de distracción (por ejemplo, una televisión encendida cuando se está intentando conversar con la persona), la capacidad para atender de la persona con limitaciones cognitivas o con limitaciones sensoriales (visuales o auditivas) puede mejorar de manera significativa.
- **Evitar lo desconocido.** Resulta de utilidad evitar la presencia de estímulos desconocidos o no habituales (por ejemplo: ruidos, la presencia de varias personas desconocidas, etc.) no solo porque distraen a la persona, sino porque pueden provocar en ella sentimientos de inquietud.

– **Utilizar señales facilitadoras de comportamientos y capacidades.** El ambiente debe servir como elemento que permita aumentar la probabilidad de que la persona utilice capacidades mentales residuales. La memoria tiende a ser mejor cuando se utilizan objetos o pistas que aceleran el recuerdo o reconocimiento. Por ejemplo: para una persona con deterioro cognitivo o discapacidad intelectual, resulta adecuada la colocación de un cartel con un dibujo en la puerta del baño que ilustre un aseo. También se puede mejorar la orientación temporal con la colocación de relojes y calendarios en lugares visibles. La disposición de una lista al lado del teléfono con números que la persona pueda necesitar en un momento determinado puede resultar de ayuda.

Objetos, posesiones personales y estímulos tales como sonidos, imágenes y texturas pueden ser mucho más efectivas para ayudar a la memoria que conversaciones “abstractas” sobre sucesos o situaciones.

– **Procurar evitar cambios bruscos en el ambiente.** El orden y la rutina en las actividades y sucesos de la vida diaria contribuyen a que las personas en situación de dependencia se sientan más seguras y se desenvuelvan con más independencia en su entorno habitual. Por ejemplo, si las rutinas cotidianas como levantarse, comidas, etc., se hacen a la misma hora, se ayudará a la persona a anticiparlas y a participar en la medida de sus posibilidades. Cuando se deba cambiar la rutina, se debe informar a la persona y hacer que se sienta segura.

3.8.2 Adaptar la vivienda

Se pueden realizar diferentes adaptaciones o modificaciones en la vivienda con el objetivo de aumentar la seguridad de la misma e incrementar la calidad de vida de las personas que viven en ella.

El proyecto de reforma depende de las características de la vivienda y del grado de pérdida de autonomía y del tipo de discapacidad de quien la habita. Antes de embarcarse en grandes obras, conviene pensar lo que uno mismo puede hacer sin necesidad de contratar a un profesional: instalar una barandilla, colocar asideros en el baño, etc.

Normas generales

Para adaptar la vivienda a las personas en situación de dependencia, es preciso tener en cuenta ciertas normas generales en cuanto a:

Instalación eléctrica

- Los cables no deben estar en lugares de paso.
- Asegurar los enchufes.
- Los interruptores deben ser abundantes y situados en lugares estratégicos: al principio y al final de unas escaleras, en la cabecera de la cama y al principio y al final de un pasillo.
- Son preferibles los interruptores conmutados, que permiten encender y apagar las luces desde distintos lugares. Es conveniente que fueran fosforescentes o con un testigo luminoso que permita localizarlos en la oscuridad.
- Lo ideal es disponer de fuentes luminosas que se puedan orientar para evitar los deslumbramientos y de intensidad regulable, con el fin de adaptar la luminosidad a las necesidades de cada momento.

Los suelos

- Deben ser lisos, antideslizantes, sin elementos que sobresalgan.
- Procurar eliminar alfombras, o en caso de tenerlas, procurar que no estén dobladas, que no se muevan fácilmente, etc.
- Si hay peldaños, estos deben estar señalizados y tener elementos que ayuden a franquearlos.

Organización del mobiliario para facilitar los movimientos

- Poner en un lado los muebles u objetos que dificultan el paso.
- Evitar que objetos como cables, juguetes, etc., estén en lugares de paso. Si es necesario, los cables deben fijarse a la pared.
- Las puertas deben ser anchas, sobre todo si se necesita una silla de ruedas para los desplazamientos.



Adaptaciones en el cuarto de baño.

Baño

- Los pavimentos plásticos antideslizantes son los más recomendables y resultan menos fríos y resbaladizos que las baldosas.
- Para no resbalar en la bañera o en la ducha, la colocación en ella de alfombrillas antideslizantes es un requisito mínimo.
- Es más recomendable una ducha que una bañera.
- Utilizar barras asideras de un color que contraste con la superficie de la pared. Estas barras se pueden instalar tanto en la ducha como en el baño a la altura y distancia adecuada para su uso. Así se facilita la tarea de sentarse y levantarse. Los asideros de plástico son preferibles a los de acero inoxidable, resultan igual de firmes y menos resbaladizos.
- En tiendas especializadas se pueden encontrar elementos que pueden facilitar el aseo: bancos o sillas de baños, alzadores de WC, duchas de teléfono, etc.
- Un grifo termostático y preferiblemente de palanca, garantizará su mejor manejo y que la temperatura del agua sea constante.
- No cerrar con pestillo la puerta del baño. Es preferible que las puertas de los cuartos de baño abran hacia el exterior, para desmontarlas desde fuera en caso necesario.

Salón

- Las sillas o sillones con apoyabrazos y respaldo alto son muy adecuadas.
- El sillón es preferible al sofá.
- Los asientos no deben ser ni muy elevados ni muy bajos para no dificultar las acciones de sentarse o levantarse.
- El asiento ha de ser lo suficientemente alto, el respaldo recto y ha de disponer de brazos para facilitar la incorporación. Un respaldo reclinable y un reposapiés añaden confort.
- La televisión debe estar provista de un mando a distancia.
- Los teléfonos inalámbricos evitan que la persona se precipite hacia el aparato cada vez que suene, con lo que disminuyen los riesgos de caídas.

Dormitorio

- En la medida de lo posible, con el fin de poder moverse alrededor de la cama, hay que evitar colocar uno de sus laterales junto a la pared.
- No es aconsejable orientar la cama hacia la ventana, en particular en el caso de las personas con problemas de visión, pues la luz de la mañana puede deslumbrarlas.
- La cama no debe ser ni demasiado alta ni demasiado baja, para que resulte más fácil acostarse y levantarse.
- Para adaptar la altura, se pueden cambiar las patas del somier o utilizar calzas.
- El interruptor de la luz, teléfono o teleasistencia deben ser de fácil acceso desde la cama. La lámpara de la mesita debe ser lo más estable posible. Lo ideal sería sustituirla por un aplique en la pared.
- La alfombrilla de pie de cama ha de estar fijada al suelo con adhesivo de doble cara, aunque lo más eficaz es suprimirla.
- Utilizar en personas con gran inmovilidad un colchón de aire. Su utilización alivia la espalda u otras partes del cuerpo y evita que se desarrollen dolores y las úlceras por decúbito (úlceras de la piel que se producen al apoyar durante mucho tiempo una superficie del cuerpo).
- En aquellos casos en los que la persona sufra una gran dependencia y no pueda alternar periodos de permanencia en la cama con pequeños paseos o descansos en un sillón, la cama articulada permitirá evitar la inmovilidad absoluta y facilitará el cambio de posiciones.

Cocina

- Es necesario realizar adaptaciones que permitan a la persona en situación de dependencia seguir utilizando la cocina. El fregadero no debe ser demasiado profundo, el grifo con palanca evita las torsiones

de muñeca y si es de tipo ducha extraíble permite llenar las cacerolas sin necesidad de colocarlas en el fondo del fregadero.

- Los estantes no han de estar ni demasiado bajos ni demasiado altos. Los utensilios de mayor uso deben colocarse en los lugares más accesibles.
- Los utensilios para la preparación de las comidas y para la alimentación deben de favorecer la autonomía. Utilizar vasos y platos de plástico, baberos o cualquier objeto que facilite la tarea. Los cubiertos con mayor superficie de agarre son más fáciles de manejar. Las tiendas especializadas disponen de numerosos utensilios diseñados para ayudar a quienes tienen dificultades para sujetar los objetos o a aquellos que solo pueden utilizar una mano. (Ver productos de apoyo).
- Uno de los principales peligros radica en el riesgo de quemaduras causadas por diferentes fuentes de calor. Las cocinas eléctricas son preferibles a las de gas porque están dotadas de un testigo luminoso que indica su funcionamiento. Las cocinas de vitrocerámica son las más recomendables, ya que, gracias a su superficie plana, resulta fácil deslizar las cazuelas sobre ellas.
- Una mesa pequeña con ruedas, las conocidas como “camareras”, permite transportar sin riesgos los platos calientes y los más pesados.
- Utilizar sillas o banquetas estables.
- Utilizar suelo antideslizante.

Teléfono

- Existen teléfonos adaptados para personas con deficiencias visuales (teclas con números grandes), y con deficiencias auditivas (con capacidad de regulación del volumen).
- Utilizar las memorias con los números más frecuentes para no tener que marcarlos en cada ocasión.
- La función de manos libres para hablar sin descolgar el teléfono también es de gran utilidad.
- Si es posible, instalar varios teléfonos en la casa de tal forma que sean fácilmente accesibles.

Medicación

- Señalar o destacar el nombre de la medicina.
- Controlar las fechas de caducidad.
- Apuntar cómo deben ser tomadas (dosis) y con qué periodicidad. Existen pastilleros donde se pueden poner la medicación de todo un día o de toda una semana, ordenados de lunes a domingo y en tomas de desayuno, comida, merienda y cena.

Consejos sobre las adaptaciones de la vivienda

– **Dar siempre prioridad a las soluciones sencillas**

Por ejemplo, si una persona no puede subir la escalera para acceder a su dormitorio, puede ser mejor trasladar su habitación a la parte baja que instalar un costoso sistema de remonte o ascensor.

– **Los sentimientos también cuentan**

Algunos cambios, por razonables que parezcan, pueden no ser buenos para la persona en situación de dependencia y no se deben imponer. El mobiliario de una casa puede parecer disparatado, pero hay muebles o elementos de la decoración con una gran carga simbólica y sentimental que están estrechamente unidos a los recuerdos y a la vida de la persona. Al conservar estos elementos, se preserva una parte del pasado y de la memoria de la persona. Son recuerdos de su vida, de su proyecto vital.

– **Reformas**

Conviene realizar las reformas poco a poco, conforme se vaya presentado la ocasión. Lo más importante es no imponer nada.

– **La persona debe recibir explicación y justificación de todo y consentir libremente. No hay que olvidar que, SE TRATA DE SU CASA.**

3.8.3 Productos de apoyo para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (antes ayudas técnicas)

Son utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones, producto de la tecnología, que se utilizan para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas en situación de dependencia.

Se trata de “herramientas para vivir” empleadas por quienes de un modo u otro no se desenvuelven con la capacidad física o sensorial normal. Su objetivo es mejorar la autonomía.

Los productos de apoyo deben ser usados bajo la prescripción y/o supervisión de un profesional que además también adiestra sobre su uso.

Los productos de apoyo son muchos y de muy distinto tipo. A lo largo de este manual se han ido incluyendo en los distintos temas. No obstante se reseñan aquí dos clasificaciones de dos organismos a los que se puede consultar y que se consideran suficientemente significativos:

Clasificación de CEAPAT (Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas)

Es la clasificación más amplia y detallada por eso se recoge aquí sin entrar en detalle:

Productos de apoyo para el tratamiento médico personalizado

- Entre otros incluye productos de apoyo para administrar medicamentos:
 - Para dosificar (pastilleros diarios o semanales, abreblister tipo bolígrafo, abrebotes para cierres de seguridad, cortador de pastillas, triturador, dispensador de gotas, vasitos medidores, calendario de medicación, dosificador con alarma...).
 - Jeringuillas.
 - Pistolas de inyección.
 - Agujas.
 - Bombas de infusión.
- También aparecen en este apartado productos para la prevención de úlceras por presión:
 - Cojines y soportes para la prevención (taloneras, vendajes especiales).

- Respaldos y almohadillas para la espalda.
- Colchones y sobrecolchones (de aire compresión alterante, viscoelásticos, de silicota, de látex...).

Productos de apoyo para el entrenamiento

Incluye también materiales para favorecer distintos aprendizajes.

Productos de apoyo para el cuidado y la protección personal

Productos de apoyo para la movilidad

Productos de apoyo para las actividades domésticas

Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros inmuebles

Productos de apoyo para la comunicación y la información

Productos de apoyo para la manipulación de objetos

Productos de apoyo para mejorar el ambiente, herramientas, máquinas

Productos de apoyo para el esparcimiento

Estos productos de apoyo se pueden ver en la web www.ceapat.org.

Clasificación de la Asociación de Terapia Ocupacional

Esta clasificación ha sido completada según la norma ISO 9999 reseñada en la página web de entorno accesible (www.accesible.es).

Ayudas para la terapia y el entrenamiento

- Balones y pelotas de goma, de distinto diámetro y dureza.
- Material para realizar férulas.
- Se incluirían aquí las ayudas para la medicación...

Productos antidecúbito

Se refiere a todo el material que previene de la aparición de úlceras por presión y a las prótesis y ortesis que favorecen posturas corporales adecuadas.

- Colchones antiescaras.
- Cojines, almohadillas para aliviar la presión.
- Prótesis y ortesis para favorecer la bipedestación y la deambulación.

Productos para la protección y el cuidado personal

- Materiales antideslizantes para suelos, bañeras.
- Productos para la **seguridad en el aseo**:
 - Barras en la ducha o cerca del inodoro.
 - Adaptador para grifos, monomandos...
 - Asiento para bañero, para ducha...
- Productos para favorecer **el aseo y el vestido independiente**:
 - Calzado con suelas gruesas de goma y flexibles. Distintos sistemas de cierre. Plantillas, almohadillas. Anchos especiales.
 - Ganchos alcanzadores (pinzas de alcance) de prendas para vestirse y desvestirse.
 - Abotonadores.
 - Velcros.
 - Tiradores de cremalleras.
 - Calzadores para zapatos, medias...
 - Sillas con inodoros.
 - Inodoros elevados, alzas...
 - Material para la incontinencia.
 - Portarrollos adaptado, lavabo, espejo... ducha.
 - Todo tipo de asientos para bañera, ducha... camilla para baño completo.
 - Toallas esponjas y cepillos con asideros o mangos largos, diferentes empuñaduras, para favorecer su uso autónomo (ya reseñados).



- Productos para manicura y pedicura.
- Productos para el cuidado del cabello (lavacabezas... cepillos de pelo con mango largo...).
- Productos para el cuidado dental.

Productos para la movilidad personal

- Prótesis y ortesis para favorecer la bipedestación y la deambulación.
- Andadores.

Silla adaptada para niños con alteraciones del desarrollo físico.



Cortador adaptado de palanca con fijación (se puede usar con una sola mano).

- Bastones.
- Muletas.
- Trípodes.
- Para transferencias: Tablas, transfer-flexible, disco giratorio.
- Otros apoyos para la elevación y el traslado (grúas...).
- Sillas de ruedas (ruedas pequeñas, grandes, para hemipléjicos, eléctricas...).
- Triciclos, bicicletas, ciclomotores.
- Sillas de niño con características especiales.

Productos para la alimentación y las tareas domésticas

– Productos para la preparación de alimentos y bebidas:

- Para cortar, pelar, dividir, para cocinar y freír.
- Unidades de cocina.

– Apoyos para fregar.

– Productos de apoyo para comer y beber:

- Cinta con agujeros que se puede adaptar a cualquier cubierto y a la mano y favorece la alimentación.
- Cuchillos con mango en ángulo de 90 grados.
- Cubiertos, vasos y platos, inclinados o de distintas formas según la discapacidad.





Lector de Braille.

- Mesa para acoplar a la silla de ruedas y poder realizar cualquier tipo de tarea manual sobre ella, siempre que la persona no pueda colocarse en otro asiento.
- Productos de apoyo para limpiar la vivienda.
- Productos de apoyo para cuidar la ropa (costura).

Adaptaciones para la vivienda y otros edificios

Productos para la comunicación, información y señalización

- Ayudas para la escritura y el dibujo manual:
 - Lápices, etc.
 - Dispositivos para sujetar.
 - Adaptadores de agarre y fijación.
 - Plantillas.
 - Tapetes antideslizantes.
- Productos para favorecer la lectura:
 - Para el manejo del papel.
 - Atriles.
 - Lupas...
- Productos de apoyo electro-ópticos.
- Grabadoras de sonido.
- Micrófonos.
- Amplificadores.
- Máquinas de escribir, teclados.
- Productos de apoyo para la comunicación por lenguaje de signos, Braille.

- Productos de apoyo basados en el ordenador.
- Productos de apoyo para la señalización.
- Productos de apoyo para la comunicación telefónica.
- Termómetros, básculas, relojes.
- Sistemas de información (alarmas, avisadores y/o indicadores).
- Productos de apoyo para la orientación espacial.
- Productos de apoyo para control del entorno.

Productos para el esparcimiento

- Para practicar deporte, balón sonoro de caucho que emite un sonido cuando el balón está en movimiento.
- Juguetes y juegos:
 - Sujeta cartas.
 - Dominó con distintas texturas para limitaciones visuales.
 - Cartas con número grandes.
 - Barajador automático de cartas.
 - Guante unido a raqueta de ping pong, es de fácil colocación y mantiene firme la raqueta.
 - Cassete adaptado con pulsadores.
- Para la lectura: lupas, pasa páginas, atriles...
- Mando de la televisión, vídeo, equipos de música con letras grandes.
- Instrumentos musicales.

Productos de apoyo para la caza y la pesca



Uso de un atril adaptado para la lectura.

4

Yo como cuidador necesito: el cuidado del cuidador



- 4.1 Aprender a cuidarme
- 4.2 Aprender a comunicarme
- 4.3 Entender y manejar situaciones difíciles en el cuidado
- 4.4 Potenciar el buen cuidado y evitar el mal cuidado
- 4.5 Conocer los cuidados al final de la vida
- 4.6 Conocer los recursos que me pueden ayudar

4.1 Aprender a cuidarme

4.1.1 Mi salud física

4.1.2 Mi salud psíquica

4.1.3 Mis relaciones sociales

4.1.1 Mi salud física

Cuidar de otra persona implica una serie de exigencias que pueden perjudicar notablemente al cuidador, tanto física como psicológicamente. A veces, en la tarea de cuidar se descuidan aquellas actividades que permiten recuperarse del cansancio y de las tensiones de cada día. Los cuidadores que mejor se sienten son los que mantienen unos hábitos de vida saludables que les llevan a estar en las mejores condiciones físicas para cuidar de sí mismos y de su familiar.

Cuidar de la propia salud significa...

- Dormir lo suficiente
- Hacer ejercicio con regularidad
- Evitar el aislamiento
- Salir de casa
- Mantener aficiones e intereses
- Descansar
- Organizar el tiempo

Dormir lo suficiente

Dormir es una de las necesidades vitales. Sin un sueño reparador, las personas pueden tener multitud de problemas: falta de atención, propensión a los accidentes, irritabilidad, quedarse dormido en situaciones peligrosas, etc.

La falta de sueño es un problema frecuente entre los cuidadores, porque muchas veces cuidar a un familiar significa atender también por la noche.

Todo ello puede ocasionar un aumento de la tensión emocional y una mayor fatiga del cuidador.

Existen distintas razones por las que los cuidadores pueden no dormir lo suficiente. En cada caso, la sugerencia será diferente:

- El familiar necesita ser atendido por la noche:
 - En el caso de que vivan otras personas en casa, se pueden hacer turnos para aliviar el trabajo que supone esta atención continua.
 - Contratar, si es posible, los servicios de profesionales durante algunos días a la semana.
- El cuidador tiene demasiadas tareas que hacer durante el día y, por ello, no dispone de tiempo para dormir lo suficiente:
 - Planificar el tiempo, realizar solo aquello que es estrictamente necesario, dedicando algunos momentos del día a descansar. Esto permitirá que el cuidador se sienta mejor y, además, le ayudará a rendir más.

- Descansar durante los momentos del día en los que la persona que recibe los cuidados también descansa (por ejemplo, la hora de la siesta).
- Deambulaci3n nocturna del familiar
- Puede ser muy 3til seguir las pautas que se dan en la p3gina dedicada a este problema (Ver apartado 4.3.4: Deambulaci3n).

Hacer ejercicio con regularidad

El ejercicio f3sico es una forma 3til para combatir la depresi3n y la tensi3n emocional. Es una forma saludable de eliminar las tensiones que se van acumulando a lo largo del d3a.

Muchos cuidadores, pueden pensar que encontrar tiempo para hacer ejercicio es en s3 mismo un problema.

Hacer ejercicio no supone necesariamente ir a un gimnasio o practicar un deporte en una pista deportiva, etc. Existen formas m3s habituales de hacer ejercicio f3sico que son m3s accesibles a los cuidadores. Caminar es una de las formas m3s sencillas de hacer ejercicio y, por ello, se pueden aprovechar las salidas necesarias a la calle (para comprar, hacer gestiones, “papeleos”, etc.) para caminar un rato, incluso dando un rodeo para caminar durante m3s tiempo. Igualmente, si las condiciones f3sicas de la persona a la que se cuida lo permiten, pueden pasear juntos, aunque sea durante un breve espacio de tiempo, o bien puede hacerse una sencilla tabla de gimnasia en casa. La bicicleta est3tica tambi3n es una buena opci3n para hacer ejercicio cuando salir de casa resulta dif3cil.

Evitar el aislamiento

Muchos cuidadores, como consecuencia de un exceso de trabajo, se distancian de sus amigos y familiares cuando la persona a la que cuidan requiere una dedicaci3n intensa. Esto puede llevar a una situaci3n de aislamiento que aumenta en el cuidador la sensaci3n de “sobrecarga” y estr3s y que le pueden ocasionar problemas f3sicos y psicol3gicos. Para evitar que esto ocurra, una buena soluci3n es que el cuidador disponga de alg3n tiempo libre para hacer actividades que le gustan, mantener alguna afici3n, estar con otras personas (**relaciones sociales**), etc.

Si el cuidador tiene dificultades de tiempo y es necesario que otras personas le sustituyan durante alg3n tiempo en el cuidado de su familiar, **pedir ayuda** puede dar muy buenos resultados. En cualquier caso, es importante mantener las amistades y dedicar un tiempo a estar con ellas.

Salir de casa

Dedicar alg3n tiempo a estar fuera de casa es tambi3n un h3bito saludable aconsejable para los cuidadores.

Ante una recomendación como esta, los cuidadores suelen plantear la siguiente cuestión: “Me parece muy bien, pero ¿con quién dejo a mi marido (padre, hermana, etc.)?”. Evidentemente no es fácil, pero es importante buscar alternativas, ya que si no contamos con momentos para estar fuera de casa, visitar a alguien, pasear, estar con amigos, etc., podríamos llegar a tener la desagradable sensación de vivir “atrapados”. Para que esto no ocurra, se puede buscar qué familiares o amigos podrían quedarse algunos momentos del día con la persona cuidada. Dentro de la familia, ocasionalmente algunas personas le pueden facilitar que descanse durante un fin de semana algunas veces al año. También se puede recurrir al centro de servicios sociales del barrio en que se viva, al ayuntamiento y/o a asociaciones de voluntarios, solicitar los servicios de ayuda a domicilio, estancias temporales, etc. (Ver apartado 4.6: Conocer los recursos que me pueden ayudar).

Mantener aficiones e intereses

Muy frecuentemente, las personas que cuidan familiares en situación de dependencia tienden a centrarse de forma casi exclusiva en las necesidades de estos y a emplear la mayor parte de su tiempo en atenderles, sin reparar en sus propias necesidades. Sin embargo, aunque resulte difícil, lo ideal es mantener un equilibrio entre las propias necesidades e intereses personales y las obligaciones que implica cuidar a un familiar. Por eso, en el caso de que se hayan ido abandonando aficiones, actividades, contacto con amistades, etc., es conveniente poco a poco ir incorporándolos, otra vez, a nuestra vida.

Descansar

Las personas que están cuidando a un familiar se ven sometidas a lo largo del día a un esfuerzo continuo. Por ello, es importante que introduzcan en su vida diaria momentos de descanso sin que sea necesario para ello salir de su casa o dejar solo a su familiar. Existen formas sencillas de distraerse y “tomar un respiro” para relajarse. Por ejemplo, respirar profundamente durante unos instantes, mirar durante un tiempo a lo lejos por la ventana, pensar durante unos momentos en algo agradable, hacer una breve interrupción en el quehacer cotidiano para descansar, darse una pequeña satisfacción como tomar un refresco, etc. También puede ser muy útil practicar alguna técnica de relajación. La relajación es un buen método para, dedicando una mínima cantidad de tiempo al día, conseguir grandes beneficios físicos y psicológicos.

Organizar el tiempo

La falta de tiempo es una de las mayores preocupaciones de los cuidadores: tiempo para sus propias necesidades, para cuidar a su familiar, para atender a otras personas de la familia, para sus responsabilidades laborales, para estar con amigos, etc. El tiempo siempre es limitado y ejerce una gran presión sobre los cuidadores, que se sienten en muchas ocasiones “superados” por múltiples obligaciones y tareas



Se recomienda el ejercicio físico.

que deben realizar a la vez. Combinar de la mejor manera posible nuestras obligaciones y necesidades con el tiempo disponible, ayuda a aprovecharlo mejor y, como consecuencia, a vivir mejor. Para ello, se proponen seguidamente algunas ideas basadas en la experiencia de cuidadores que han intentado poner en práctica “fórmulas” para aprovechar su tiempo al máximo:

Cómo organizar el tiempo

- Preguntarse “¿Es necesario hacer esto?”. **De esta forma se puede decidir qué actividades son importantes y, por el contrario, a qué actividades se puede decir “no”.**
- Marcarse objetivos **realistas antes de comprometerse.**
- **Contar con otros miembros de la familia.** Consultarles, pedir su opinión, ver con ellos en qué pueden ayudarnos e incluir esta ayuda en nuestro plan de vida.
- **Hacer partícipe a su familiar** de los cambios y decisiones.
- **Elaborar un plan de actividades.**

Cómo hacer un plan de actividades

1. Hacer una lista de todas las tareas que se deben realizar.
2. Ordenarlas según su importancia, empezando por las más importantes.
3. Anotar para cada tarea el tiempo aproximado que necesita dedicarle.
4. Hacer otra lista con las actividades que le gustaría realizar.
5. Ordenarlas según su importancia para usted.

6. Anotar para cada actividad el tiempo aproximado que necesita para realizarla.
7. Haga ahora una única lista con las tareas que debe realizar y las que le gustaría realizar siguiendo un orden de importancia.
8. Si no hay tiempo para todas las tareas y actividades que ha anotado, posponga para otro momento las que están en los últimos lugares de la lista y, cuando disponga de tiempo extra, dedíquelo a ellas.

4.1.2 Mi salud psíquica

Al lado de cada persona en situación de dependencia, que necesita cuidados y atenciones continuadas, encontramos a un cuidador: frecuentemente no profesional, que asume un rol pocas veces deseado y que además acostumbra a ser un familiar cercano. La vida de la persona que asume el rol de cuidador se ve afectada a varios niveles. A menudo experimenta cambios en el tiempo libre, las relaciones familiares o la salud, y esto inevitablemente afectará al estado de ánimo del cuidador.

Los sentimientos que se experimentan cuando se está cuidando a un familiar son múltiples y diversos. En todos los cuidadores aparecen emociones y sentimientos tanto positivos como negativos hacia la persona que cuida y hacia sí mismo.

Emociones y sentimientos positivos	<p>Cuidar de una persona puede ser muy satisfactorio, especialmente cuando:</p> <ul style="list-style-type: none">– Supone luchar por alguien a quien se quiere.– Supone expresar cariño e interés hacia alguien importante.– Implica superar situaciones difíciles a base de fuerza, constancia y dedicación.– Lleva a la persona que vive esta experiencia a descubrir nuevas cualidades de sí misma. Muchos cuidadores manifiestan haber “evolucionado” como personas a través de las situaciones asociadas al cuidado. <p>Los sentimientos positivos predominan sobre los negativos en el caso de la atención a hijos en situación de dependencia.</p>
Emociones y sentimientos negativos	<p>La experiencia de cuidar a una persona suele llevar asociados múltiples y variados sentimientos negativos que pueden convertir la tarea del cuidado en una labor difícil y, en ocasiones, frustrante para las personas que la desempeñan. Los más frecuentes son:</p> <ul style="list-style-type: none">– Enfado y resentimiento.– Tristeza y depresión.– Culpa.– Ansiedad, nerviosismo o miedo.– Autocompasión.

Mientras que los sentimientos positivos potencian el bienestar del cuidador, repercutiendo, por tanto, de forma positiva sobre la situación de cuidado, los negativos minan su bienestar, interfiriendo, además, en la prestación de los cuidados.

La presencia de este tipo de sentimientos en la vida de los cuidadores es, normal y justificable, dada la dificultad de las situaciones que han de afrontar día tras día. Sin embargo, en el caso de algunos cuida-

res, la frecuencia de estos sentimientos es tal que provocan un estado casi constante de malestar, interfiriendo notablemente en sus vidas y en el desempeño de las tareas relacionadas con el cuidado.

Afortunadamente, es posible aprender a manejar los sentimientos y emociones negativas de manera que se mantengan en niveles moderados y no perjudiquen la vida de los cuidadores.

Aceptar los sentimientos negativos

El primer paso para aprender a manejar este tipo de sentimientos es reconocer que se tienen y aceptarlos como algo lógico y normal en determinadas situaciones:

- Es normal tener pensamientos o emociones negativas hacia la situación en la que se encuentran, hacia su familiar y hacia sí mismos. Todos los sentimientos son legítimos.
- Reconocer y aceptar las emociones y sentimientos negativos es un buen primer paso de cara a aprender a manejarlos.

Afrontar la tristeza

Si bien cierto grado de tristeza por la situación que se está viviendo es inevitable, estos sentimientos no tienen por qué ser predominantes en la vida de los cuidadores. Si la intensidad o la frecuencia del sentimiento de tristeza lo requieren se recomienda la intervención de un profesional especializado en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo (depresión).

Motivos más frecuentes de tristeza en los cuidadores

- Observar el declive de las capacidades físicas y psicológicas de su familiar.
- La pérdida de la compañía o de apoyo que antes tenía en él o ella.
- La diferencia que existe entre cómo era anteriormente su vida y cómo es ahora.
- Los conflictos y malentendidos que puedan haber surgido con su pareja, hijos o demás familiares a consecuencia de diferencias de opinión respecto a la situación de cuidado o de otros aspectos derivados de dicha situación.
- La falta de contacto con otras personas.
- Falta de satisfacción de otras necesidades personales.

Estrategias útiles para controlar la tristeza

1. Analizar las situaciones:

- Identificar en qué situaciones o momentos se sienten tristes o deprimidos.
- Responder ante las situaciones que producen tristeza:
 - Evitándolas, si es posible.
 - Si no se pueden evitar, analizando si se puede hacer algo por cambiarlas. Si el cuidador puede hacer algo por cambiar las situaciones que le producen tristeza, debe intentar hacerlo.
 - Si la situación no puede ser cambiada, la mejor manera de enfrentarse a ella es aceptarla e intentar buscar los aspectos positivos que pudiera tener.

2. Tolerancia con uno mismo:

- No pretender hacer más de lo humanamente posible, es decir, no marcarse metas excesivas que no se puedan cumplir.
- Evitar decirse a sí mismos frases del tipo “Las cosas deberían ser de otra manera”. En realidad, la realidad es como es y no “debería” ser de otra manera”. Otra cosa distinta es que “podría” ajustarse más a cómo a uno le gustaría que fuese. Pensar que las cosas “deberían” ser de otra manera solo lleva asociadas consecuencias negativas como la ansiedad o la frustración para la persona que lo piensa. En lugar de esto, los cuidadores pueden sustituir el pensar “Las cosas deberían ser de otra manera” por “Sería bueno si las cosas fueran de otra forma”, asumiendo, además, que si no se consiguen los cambios deseados, no va a ocurrir nada grave.
- Darse tiempo. No pretender resolver todos los problemas a la vez. Abordar un problema cada vez y, si es complicado, dividirlo en partes más pequeñas para resolverlo.

3. Mantener el sentido del humor: mantener o potenciar el sentido del humor es una estrategia de gran utilidad de cara a aprender a controlar los sentimientos negativos, especialmente, la tristeza.

4. ¡Actividad!: realizar actividades gratificantes puede ser un gran recurso para luchar contra los sentimientos negativos.

5. Buscar el lado positivo de las cosas: potenciar una actitud positiva ante la vida es una de las estrategias más eficaces para controlar los sentimientos de tristeza.

6. Buscar las relaciones sociales: hablar con otras personas acerca de sus experiencias y sentimientos puede ser de gran ayuda para los cuidadores. Hablar con los familiares, con los amigos o acudir a grupos de apoyo entre cuidadores son buenas opciones que ayudarán a los cuidadores a sentirse más aliviados. En el caso del cuidado de los hijos puede, incluso, que las relaciones sociales aumenten estableciéndose nuevas relaciones en los parques, guarderías, centros escolares, etc.

7. Ejercicio: hacer ejercicio físico, si es posible al aire libre, puede ser de gran ayuda para los cuidadores.

Enfrentarse a los sentimientos de culpa

Para algunos cuidadores, los sentimientos de culpa ocupan una parte importante de su experiencia de cuidado.

Motivos más frecuentes de sentimientos de culpa en los cuidadores

1. Por hechos del pasado: Sentimientos de culpa derivados de la historia familiar y de la relación entre el cuidador y la persona cuidada. Sentimientos, actitudes y comportamientos ocurridos en el pasado con la persona que actualmente se está cuidando pueden hacer surgir sentimientos de remordimiento y culpa.
2. Por tener metas demasiado altas y excesivos “deberías”: Otra de las principales fuentes de culpabilidad es ser demasiado exigente con uno mismo: si un/a cuidador/a piensa que tiene que atender a todas las demandas y resolver todas las necesidades y deseos de su familiar, es muy probable que no pueda alcanzar sus metas y que, finalmente, se sienta culpable por ello. En estos casos, el/la cuidador/a suele pensar en la forma “debería” (“debería ser capaz de hacer...”, “debería atenderle más”, “debería tener más paciencia”), de tal modo que, si no cumple con sus “deberes”, terminará sintiéndose culpable.
3. Por tener sentimientos negativos: Si el cuidador no acepta los sentimientos negativos puede experimentar angustia y culpabilidad, “el no debería pensar ni sentir nada negativo respecto a la persona a la que cuida”. A veces surgen sentimientos de vergüenza en el cuidador por los comportamientos de la persona a la que cuida, que en ocasiones pueden ser embarazosos. Un consejo útil es educar a la familia y a los amigos sobre la persona en situación de dependencia. En muchas ocasiones la gente puede evitarnos o no querer ayudarnos. No tanto por rechazo, sino por desconocimiento de la enfermedad y, por no saber como actuar en ese tipo de situaciones.
4. Por dedicarse tiempo a sí mismos: Muchos cuidadores tienen como valor o criterio fundamental en sus vidas el “no ser egoístas”. Por motivos culturales y de educación, muchas de estas personas, especialmente las mujeres, consideran que cuidar de sí mismos/as dedicando tiempo y esfuerzo a satisfacer sus necesidades es una manifestación de “egoísmo”. Así pues, para estas personas, actividades tales como dedicar tiempo a sus aficiones o salir con amigos a tomar algo, hacen surgir en ellos sentimientos de culpabilidad. Este aspecto es especialmente importante en el caso de las madres cuidadoras.
5. Otros motivos:
 - Pensar que se es responsable de la enfermedad del familiar (frecuente en los padres de personas en situación de dependencia).

- Desear que el familiar muera (para que deje de sufrir o para “liberarse” de la situación).
- Atribuirse todas las responsabilidades del cuidado.
- Discusiones o disputas con otros familiares que no colaboran en el cuidado.
- Descuidar otras obligaciones familiares.
- Vivir lejos de la persona a la que se cuida (“cuidar a distancia”).
- Plantearse que la persona ingrese en una institución, pensando que esto significa sacrificar el bienestar del familiar en beneficio del suyo.

Estrategias para controlar los sentimientos de culpa

1. Identificar los sentimientos de culpa: pensar si se siente culpable y en qué situaciones. Analizar sus causas: buscar las razones de estos sentimientos puede contribuir a hacerlos más comprensibles y aceptables.
2. Aceptarlos y expresarlos: los cuidadores que reconocen como normales sus emociones negativas hacia la situación en la que se encuentran y hacia su familiar son, precisamente, los que no se sienten culpables por ello. Al reconocer y aceptar estos sentimientos les resulta más fácil expresarlos. De esta forma, no “contienen o reprimen las emociones” por sistema, sino que, saludablemente, las expresan y las comparten con amigos, familiares, otros cuidadores, etc.
3. Reconocer los propios límites como cuidadores y marcarse metas realistas: admitir las limitaciones para satisfacer todas las necesidades del familiar a quien cuidan es algo que ayuda a los cuidadores. Es aconsejable que cada cuidador/a:
 - Reconozca lo que puede y no puede hacer.
 - Defina prioridades y actúe de acuerdo con ellas.
 - Busque la ayuda de otras personas (familiares, profesionales, amigos) con las que pueda compartir las responsabilidades del cuidado.

Es más, poner límites al cuidado contribuye a mejorar la autonomía de la persona a la que se cuida.
4. Aceptar que cuidarse es necesario y no implica ser egoísta: darse cuenta de la necesidad de cuidarse también uno mismo y reconocer que el derecho a ello es necesario para evitar que aparezcan muchos sentimientos de culpa.



Poner límites al cuidado.

Combatir las preocupaciones

Cuando alguien se convierte en cuidador de un familiar, su vida cambia en muchos aspectos.

Día tras día, los cuidadores se enfrentan con situaciones y problemas que no suelen prever y para los que no siempre, están preparados. La incertidumbre respecto al futuro y la naturaleza desagradable de muchos de los cambios que van apareciendo convierten a la situación de cuidado en un contexto en el que las preocupaciones aparecen con frecuencia.

Mientras que algunas preocupaciones son “provechosas” en el sentido de que llevan a la persona a “ponerse en marcha” para buscar la solución a algún problema, a veces son inútiles y contribuyen al malestar del cuidador. Tampoco todos los cuidadores tienen la misma tendencia a la preocupación.

Existen, afortunadamente, algunas formas de controlar las preocupaciones, disminuyendo su frecuencia e intensidad.

Preocupaciones y miedos más frecuentes en los cuidadores

- Miedo a tener que ser testigo del sufrimiento y dolor del familiar.
- Miedo al fracaso como cuidador o a la incapacidad para manejar los problemas: “no sé si voy a ser capaz de hacer frente a esta situación”, “¿cuánto tiempo voy a aguantar así, cuántos días, años, antes de que se me acaben las fuerzas?”...

- Preocupación ante la posibilidad de tomar decisiones equivocadas, que lleven a una consecuencia inesperada y que conlleven la “bronca” de otros familiares.
- Preocupaciones por cómo se siente la persona cuidada.
- Miedo de que las consecuencias negativas asociadas al cuidado afecten a su forma de ser o personalidad de forma irreparable: “nunca volveré a ser quien era, esa persona llena de energía, curiosidad y optimismo”.
- Preocupaciones económicas.
- Preocupación por temas relacionados con la institucionalización: “¿cuándo debo pensar en trasladar a mi familiar a una residencia?” o “¿le tratarán bien allí?”.

Pasos para enfrentarse a las preocupaciones

El análisis racional de las preocupaciones puede resultar muy útil a los cuidadores que quieran aprender a controlarlas:

1. ¿Cuál es la preocupación? Tomar conciencia de lo que le preocupa y definirlo.
2. ¿Es un problema real o es algo muy improbable o irreal?

Si el problema en que se basa la preocupación es real y modificable el siguiente paso será planificar como voy a actuar para solucionar ese problema o contribuir a su solución. Para ello, se pueden seguir estos pasos:

- Definir el problema: ¿cuál es el problema?
- Analizar posibles soluciones: ¿qué posibles soluciones tiene?
- Escoger una solución en función de los recursos de que se disponga: ¿qué solución está más al alcance?, ¿qué medios hay para alcanzar la solución que está más al alcance?
- Definir un plan de actuación: ¿cómo se va a hacer?, ¿qué pasos se van a dar para llegar a la solución?

Si el problema que origina la preocupación no tiene solución o el/la cuidador/a no puede hacer nada para solucionarlo; o bien se trata de un problema irreal que no tiene base en la realidad, sino en la tendencia a preocuparse de la persona, quien sobreestima la probabilidad de que ocurra algo negativo, preocupándose por posibles acontecimientos negativos que no tienen por qué ocurrir. En estos casos,... ¿sirve de algo preocuparse?, ¿soluciona algo? En este caso las estrategias que suelen funcionar mejor son las orientadas a modificar el significado de la situación y controlar las manifestaciones del estrés o la tensión. Se trata de aprender a aceptar la situación problemática intentando cambiar la forma de pensar y sentir respecto a ella.

Manejar el enfado y el resentimiento

A menudo, pueden surgir sentimientos de ira y enfado hacia la persona cuidada, hacia la situación de cuidado, hacia otras personas o hacia uno mismo. Incluso los cuidadores más pacientes pueden encontrarse en ocasiones luchando contra la ira que algunas situaciones asociadas al cuidado de su familiar hacen surgir en ellos.

La ira o, en su versión más suave, el enfado, puede definirse como una “emoción suscitada por experimentar algún tipo de daño”. Pero, ¿qué tipo de “daños” pueden hacer surgir el enfado o la ira en los cuidadores?

Motivos de enfado o irritación en los cuidadores

- Algunos comportamientos de la persona a la que cuidan: agresividad, demanda constante de atención, etc.
- Falta de colaboración de otros familiares y sensación de estar “solo/a ante el peligro”.
- Falta de entendimiento o diferencias de opinión con otros miembros de la familia respecto a las cuestiones relacionadas con el cuidado.
- Falta de valoración o reconocimiento de su esfuerzo y dedicación al cuidado.
- Sensación de “estar atado/a” a la situación de cuidar.
- Sensación de “injusticia” y “enfado con el mundo” por lo que les ha “tocado” vivir.

Pautas para manejar los sentimientos de ira e irritabilidad

1. Darse cuenta de los sentimientos y aceptarlos:

Como primer paso, el cuidador que se enfrente a este tipo de sentimientos debe ser consciente de que está enfadado o irritable y reconocerse a sí mismo/a el derecho a estarlo. Reconocer que sentir ira o enfado proviene de experimentar algún tipo de daño (físico o psicológico) ayuda a los cuidadores, ya que les permite orientar su atención hacia las situaciones que han hecho surgir tales sentimientos y, por tanto, les facilita cambiarlas en caso de que sean modificables.

2. Hablar de los sentimientos:

Como sentimientos normales que son, la ira y el enfado pueden expresarse y ser compartidos. Hablar de ellos con otras personas, familiares o amigos con los que se mantenga una buena relación, o con aquellas personas que tengan experiencias parecidas (otros cuidadores) y que, por tanto, puedan comprenderles, será de gran ayuda.

3. Renunciar al ¿por qué a mí?:

Muchos cuidadores se han preguntado, en alguna ocasión: ¿por qué a mí? Generalmente no tiene mucho sentido preguntarse por qué sucede algo, no hay respuesta. Lo que sí tiene sentido es pregun-

tarse cómo se va a responder a un problema y qué es lo mejor que se puede hacer para solucionarlo, una vez que ha ocurrido.

4. No malinterpretar las intenciones del familiar:

Es más realista pensar que los comportamientos irritantes o molestos del familiar pueden ser una consecuencia de su enfermedad y no un intento de molestar. Es recomendable que los cuidadores no interpreten inmediatamente que su intención es ofenderles, porque en la mayoría de las ocasiones, no existe tal intención. Si repite muchas veces un pregunta, olvida una situación que acaba de suceder, no hace caso cuando se le dice... será por su enfermedad y no por “ganas de fastidiar”.

5. Diferenciar a la persona de su comportamiento:

Así, se acostumbrarán a pensar que lo que les resulta desagradable e irritante no es la persona en sí misma, sino su comportamiento en determinadas ocasiones.

6. Cambiar lo que se pueda cambiar:

A veces las conductas problemáticas pueden reconducirse. En cada caso existen unas pautas concretas: por ejemplo mejorar la iluminación para disminuir las alucinaciones o dejarle un espacio para caminar para amortiguar la inquietud psicomotriz.

Por otro lado, los cuidadores pueden aprender que, aunque algunas de las situaciones que les provocan ira o enfado no se puedan cambiar, ellos sí pueden cambiar la forma en que reaccionan ante esas situaciones. Esto está bien reflejado en las siguientes palabras de una cuidadora: “Antes me enfadaban muchísimo los cambios... El hecho de que ella (la persona cuidada) estuviese un día fenomenal, cariñosa conmigo, tratándome como a su amiga, y, al día siguiente no quisiese saber nada de mí, se enfadase por todo, me insultase y me tratase como a su criada me sacaba de quicio. Con el tiempo, he aprendido a aceptar cada día como viene. Me encantan los días en que me demuestra que me quiere y que está a gusto conmigo y, los días en que me trata casi como su enemiga reflexiono sobre la realidad de su enfermedad: ella no puede comprender mis sentimientos ni mis necesidades”.

7. Expresar los sentimientos de enfado:

Para ello se aconseja:

- Escoger un momento adecuado para hablar.
- Expresar estas emociones cuando ya haya pasado el momento más intenso.
- Evitar guardarse estos sentimientos durante mucho tiempo, porque eso suele abrir las puertas a la creación de resentimientos y rencores más difíciles de superar: las “explosiones” de ira suelen ser consecuencia de sentimientos acumulados a lo largo del tiempo.



Es recomendable emplear el sentido del humor.

8. Para controlar la “tormenta” de ira:

- Abandonar el lugar en que se encuentran:
Si es posible, alejarse de la situación y las personas que han hecho surgir los sentimientos de enfado, aunque sea solo durante un momento, puede ayudar a el/la cuidador/a a calmarse.
- Tomarse un respiro:
Si durante un espacio de tiempo el sentimiento predominante es el enfado y la irritabilidad, es el momento de tomarse un tiempo de respiro. En estos casos, el/la cuidador/a puede pedirle a algún familiar o un amigo que le sustituya durante una tarde, un día, o un fin de semana. También puede recurrir a los servicios que ofrece la comunidad.
- Emplear el **sentido del humor**:
El sentido del humor, reír, es de gran utilidad para “calmar los nervios”.
- Reflexionar sobre la situación:
Los cuidadores pueden preguntarse: ¿merece realmente la pena pasar un mal rato de enfado y rabia por la situación? Si la situación que ha provocado el enfado es modificable, el cuidador puede hacer algo útil para cambiarla en lugar de dedicarse a la labor inútil de seguir enfadado. Y, si la situación no se puede cambiar, entonces permanecer enfadado tampoco va a cambiar nada, solo va a acarrearle un rato de disgusto y malestar.

Relajarse

Ejercicios sencillos de relajación pueden ser de gran ayuda para disminuir la intensidad de los sentimientos de enfado y hacer pasar la “tormenta de ira”.

Superar la autocompasión

Este sentimiento consiste básicamente en sentir pena o lástima por uno mismo.

La autocompasión es un sentimiento y, como tal, aparece en las personas sin que estas lo decidan. Sentir compasión de sí mismo se justifica en los cuidadores de personas en situación de dependencia porque:

- Ellos no eligieron ni causaron la situación que les ha convertido en cuidadores. Simplemente, ocurrió así.
- Sus vidas están al servicio de esa situación, al margen de la carga y las limitaciones que esta pueda suponer para ellos.

Sin embargo, en algunos cuidadores este sentimiento aparece con más frecuencia de lo que sería deseable. La carga de impotencia que subyace bajo el exceso de autocompasión puede traer asociadas algunas consecuencias negativas a la vida de los cuidadores, especialmente si la autocompasión les domina.

Consecuencias de dejarse llevar por la autocompasión

- Sentirse débil.
- Sentirse incapaz, inútil.
- Sentirse impotente para conseguir los propios objetivos.
- Ver la realidad “deformada”, ya que hace creer a la persona que:
 - Tiene menos control sobre su vida del que en realidad tiene.
 - El control de su vida está fuera de su alcance; ella es solo una víctima de las circunstancias.

Recomendaciones para controlar la autocompasión

1. Transformar los obstáculos en “desafíos” a superar:

Se debe interpretar la autocompasión como una señal de que se está ante una situación que produce impotencia y es preferible interpretarla, más que como una situación amenazante que está fuera de su control, como un desafío, como un reto al que se enfrentan los cuidadores, sabiendo que se puede actuar para cambiar esa situación. Este cambio requiere esfuerzo, ya que se trata de modificar conductas que llevan cierto tiempo siendo habituales en estas personas.

Los cuidadores que quieran dejar de ser “víctimas” de la autocompasión y deseen aprender cómo luchar contra ella, pueden aprender a responder a los obstáculos de otra forma:

- **Reconociendo que los problemas y dificultades están presentes en la vida de todas las personas.**
- **Asumiendo que el control de las situaciones problemáticas no está fuera de su alcance y que pueden actuar para superarlas.**
- **Interpretando los obstáculos como desafíos a superar, como oportunidades para aprender nuevas estrategias de afrontamiento de los problemas.**

2. Cambiar el lenguaje de “desesperanza” por un lenguaje de “competencia”:

El lenguaje es una herramienta, un instrumento. La forma en que se utiliza el lenguaje para comunicarse afecta a los sentimientos y estados de ánimo de las personas. Así, los sentimientos de impotencia se intensifican cuando se utiliza un lenguaje de desesperanza. Si una persona piensa y se expresa como si no pudiera hacer nada para cambiar una situación desagradable, es muy probable que surjan en ella sentimientos de desesperanza. Frases del tipo “No puedo evitarlo”, “Esto puede con cualquiera”, “Si hubiera... ahora las cosas serían de otra manera” o términos absolutos como “nunca”, “siempre”, “totalmente”, son formas de hablar que favorecen en la persona que los emplea la sensación de que él o ella son simplemente víctimas que no pueden hacer nada para cambiar la situación.

Pero el hecho es que el control de las situaciones se encuentra pocas veces fuera del alcance de las personas. Aunque requiere esfuerzo y constancia, los cuidadores pueden tomar el control de muchas de las situaciones que les hacen sentirse impotentes.

Uno de los primeros pasos a dar para adquirir ese control es empezar a utilizar un lenguaje de “competencia”. Por ejemplo “Ante esta situación puedo hacer...”, “En estos momentos necesito un respiro...” o “Conozco mis necesidades y las de mi familiar”.

3. Solución de problemas:

Ante las situaciones difíciles, a los cuidadores les puede resultar de gran utilidad adoptar una actitud analítica orientada a examinar el problema y responder preguntas orientadas a proponer soluciones.

Manejar los conflictos familiares

En algunas ocasiones, las tensiones y dificultades derivadas de la situación de cuidado de un familiar pueden conducir al surgimiento de roces, conflictos o resentimientos entre las personas que participan en dicha situación. En estos casos, la dificultad que supone la situación de cuidado se ve agravada por la presencia de sentimientos negativos y relaciones deterioradas entre los miembros de la familia.



Es conveniente expresar sus emociones, necesidades y sentimientos positivos.

¿Por qué pueden surgir los conflictos?

- Por diferencias de opinión respecto a la forma de proporcionar los cuidados.
- Por un desigual reparto de las responsabilidades del cuidado.
- Por falta de comunicación entre los miembros de la familia.
- Por falta de comprensión o empatía.
- Por conflictos de intereses.

Tipos de conflicto

1. Conflictos “abiertos”: se produce una discusión o choque entre los miembros de la familia al que sigue un periodo de distanciamiento.
2. Conflictos “encubiertos”: existen sentimientos negativos entre las personas pero no hay confrontación y al acumularse sin ser expresados, favorecen el resentimiento y el enfriamiento de la relación. Un ejemplo de este tipo de conflictos es el malestar y resentimiento albergados por el cuidador principal que sufre “en silencio” ante la falta de implicación del resto de los familiares.

La falta de habilidades de auto-afirmación es una causa frecuente de este tipo de conflictos.

Las diferencias de opinión o de intereses entre los familiares son inevitables. Incluso hay ocasiones en que resulta muy difícil evitar el surgimiento de un choque o conflicto. Sin embargo, los cuidadores pueden aprender habilidades que les permitan manejar de forma más productiva los conflictos familiares.

En cuanto a los conflictos familiares, los cuidadores pueden...

- Evitar, en la medida de lo posible, que una diferencia de opinión o de intereses se convierta en conflicto abierto.
- Evitar el surgimiento de conflictos “encubiertos” en los que la falta de comunicación alimenta resentimientos que minan el bienestar de las personas implicadas.
- Evitar, si el conflicto ya se ha producido, el mantenimiento o prolongación del mismo y tomar medidas que favorezcan su superación.
- Crear cauces eficaces de comunicación en la familia, lo cual disminuirá la probabilidad de que se produzcan nuevos conflictos en el futuro. Para ello, pueden procurar:
 - Informar al resto de los familiares acerca de los cambios, novedades o aspectos de interés referentes a la situación de la persona en situación de dependencia. Las reuniones familiares periódicas pueden constituir un buen contexto para la comunicación entre los familiares.
 - Escuchar y considerar con respeto la opinión de otros familiares respecto a aspectos relacionados con el cuidado.
 - Dialogar de forma enriquecedora con el resto de los familiares.

¿Qué pueden aprender los cuidadores para manejar de forma más eficaz los conflictos familiares?

Habilidades de comunicación y asertividad que les permitan:

- Expresar sus emociones, necesidades y sentimientos positivos.
- Expresar sus sentimientos negativos, tales como el malestar o disgusto y hacer críticas sin miedo al rechazo o al desprecio de sus familiares o amigos.
- Pedir lo que necesiten a sus familiares y amigos.
- Saber decir “no” a tareas y peticiones que no desean hacer.

Pueden conocer sus derechos y ponerlos en práctica, lo que les ayudará a sentirse mejor consigo mismos y con los demás.

4.1.3 Mis relaciones sociales

Las demandas del cuidado pueden hacer que los cuidadores vean reducido considerablemente su tiempo de ocio. Como consecuencia, es posible que las relaciones significativas con familiares y amigos disminuyan tanto en cantidad como en calidad, y que la persona vaya aislándose progresivamente.

Es importante recordar que no todas las relaciones sociales que pueden tener las personas son igualmente significativas e importantes.

Las relaciones sociales que pueden ayudar a los cuidadores son aquellas que les aportan experiencias positivas de algún tipo y contribuyen a su bienestar emocional. Este es el tipo de relaciones que los cuidadores deben esforzarse por mantener a lo largo del período que se prolongue el cuidado, dándoles prioridad respecto a otros contactos sociales menos provechosos o significativos.

Las relaciones sociales significativas son aquellas que:

- Proporcionan a la persona experiencias positivas tales como:
 - Diversión y entretenimiento.
 - Intimidad, empatía y comprensión.
 - Apoyo emocional y desahogo de tensiones.
- Ayudan a aliviar “la carga” de los cuidadores y potencian sus fuerzas y energías para continuar con el cuidado.
- Favorecen el bienestar emocional y aumentan la autoestima.

En el caso de que ya se haya producido la pérdida de los contactos sociales como consecuencia de las demandas de la situación de cuidado, sería recomendable que el/la cuidador/a buscase crear nuevos vínculos, nuevas relaciones positivas o amistades con las que poder compartir experiencias positivas que potencien su bienestar y aligeren su carga.



4.2 Aprender a comunicarme

4.2.1 La comunicación

4.2.2 Mejorar la comunicación

4.2.1 La comunicación

La comunicación es un proceso primordial de relación entre los seres humanos y, si falla, puede ser una fuente de problemas en las relaciones familiares y sociales que afectan a la calidad de vida del núcleo familiar.

Comunicación es el intercambio de pensamientos, emociones, informaciones y otras experiencias entre dos o más personas. Es la forma en que hacemos ver a los demás nuestros deseos y estados de ánimo, así como la forma de ser conscientes de que formamos parte de una red social, familiar o laboral, cuya interacción tiene consecuencias para todas las partes implicadas.

La comunicación humana se desarrolla en dos niveles

- **Lenguaje verbal:** es el que se mantiene a través de las palabras (lenguaje oral) y la escritura (lenguaje escrito).
- **Lenguaje no verbal:** es el que se mantiene a través de los gestos, la mirada, el tono de voz, etc.

Para comunicarnos eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deben coincidir entre sí. Muchas de las dificultades en la comunicación se producen cuando lo que decimos se contradice con los mensajes no verbales que emitimos.

4.2.2 Mejorar la comunicación

Usar eficazmente la comunicación verbal

Es importante ser consciente de las limitaciones que, en ocasiones, tiene la persona en situación de dependencia para comunicarse, e intentar utilizar los recursos disponibles para facilitar el proceso comunicativo.

Recomendaciones para mejorar el lenguaje verbal

- Utilizar palabras sencillas, frases cortas y tono de voz amable y tranquilo.
- Hablar despacio y claro, pero evitando un lenguaje como si fuera un bebé o de “indio”.
- No hablar como si no estuviera presente.
- Utilizar preguntas cerradas, que se contesten con un “sí” o un “no”.
- Dejar tiempo para que responda.
- Repetir la información o preguntar las veces que sea necesario.
- Dividir las tareas en pasos sencillos y claros.

Usar eficazmente la comunicación no verbal

Como cuidadores debemos estar preparados para potenciar al máximo todos los componentes del lenguaje no verbal: tanto en la emisión de nuestros mensajes como en la recepción para captar y comprender todos los elementos no verbales que transmita la personas en situación de dependencia.

Recomendaciones para mejorar el lenguaje no verbal

- Buscar y mantener la mirada durante todo el proceso comunicativo.
- Posicionarse a la misma altura, así se facilitará el contacto ocular.
- En ocasiones no hace falta decir nada, una sonrisa le tranquilizará.
- Mantener una postura relajada y una distancia adecuada.
- Elegir el momento y lugar adecuados para comunicarse.
- El contacto físico (caricias, besos, etc.), en los casos en que la comunicación verbal no es posible y siempre que el contexto sea el adecuado.

La escucha activa

No es lo mismo escuchar que oír, escuchar es un hecho voluntario que implica entender, comprender y dar sentido a lo que se oye. Debemos mejorar la habilidad de escuchar y así facilitar la comunicación con la persona en situación de dependencia.



Favorece la comunicación el centrar la atención del otro.

Recomendaciones para mejorar la escucha activa

- Proporcionar un entorno agradable.
- Centrarse en el interlocutor: mirarle a los ojos sin fijar perpetuamente la mirada.
- Emplear un lenguaje no verbal que exprese la idea de que estamos entendiendo cuanto dice, como mover la cabeza afirmativamente.
- Dejar pequeñas pausas de silencio. Ayudarán al emisor a pensar bien lo que quiere decir y a escoger las palabras adecuadas; y al receptor a asimilar bien lo que escucha.
- No tomar la palabra para cambiar de tema y hablar de algo que nos afecte o interese particularmente.
- Favorecer que la persona diga lo que quiera decir. Las preguntas cerradas ayudan a acotar la información pero, a veces, se precisan preguntas abiertas para que la persona verdaderamente se exprese. Por ejemplo: "...y ahora, ¿me quieres contar algo más?".
- Es importante parafrasear: hacer pequeños resúmenes durante el transcurso de la conversación.
- Es importante reconducir la conversación: ayudar a la persona a retomar el hilo argumental.
- Mostrarle no solo que comprendemos el significado de su conversación, sino que también apreciamos cómo se siente.
- Procurar comportarnos con congruencia.

La capacidad de empatizar

La empatía es la capacidad de sumergirse en el mundo subjetivo del otro y de participar totalmente en su experiencia, de meterse en la piel del otro, de ver el mundo como él lo ve.

Nacemos dotados de empatía: sonreímos al contemplar el rostro agradable de nuestra madre o de nuestro hijo, lloramos al oír el llanto de alguien... La empatía también depende de las afinidades psicosociales que existan entre las personas. Esta capacidad innata, puede y debe perfeccionarse para mejorar la comunicación. Adquirirla y madurarla depende de nosotros.

También puede suceder que creamos sentirnos empatizados con el interlocutor cuando en realidad no es así.

Recomendaciones para mejorar la empatía

- Observando cómo se siente el interlocutor y escuchando lo que dice con el cuerpo, la cara y los gestos.
- Manteniendo contacto verbal y adoptando una expresión facial apropiada a los sentimientos que el interlocutor transmite.
- No juzgar, simplemente comprender el punto de vista del interlocutor.
- Probablemente la personas en situación de dependencia se sienta confusa e insegura. Intentar transmitirle que no está sola y que puede confiar en usted.

Cuidar el entorno

El espacio por el que se mueve la persona en situación de dependencia puede facilitar la comunicación o por el contrario puede resultar un impedimento.

Observando las situaciones en las que se produce comunicación y prestando atención a la persona en situación de dependencia detectaremos aquellos obstáculos que dificultan el proceso de comunicación.

Recomendaciones para mejorar el entorno

- Una escasa iluminación da lugar a sombras y penumbras, y un exceso de luz puede crear ansiedad y agitación.
- El exceso de ruido en el entorno propicia la aparición de agitación y dificulta la comunicación.
- Algunos ruidos que para el cuidador no son molestos, para la otra persona pueden resultar excesivos y distorsionar la comunicación.
- Asegurarnos toda la atención; apagar la radio, televisor, etc.
- Evitar objetos innecesarios para la convivencia, dejar aquellos objetos importantes para la orientación y los que tengan especial importancia para la persona en situación de dependencia.



4.3 Entender y manejar situaciones difíciles en el cuidado

4.3.1 Enfado y agresividad

4.3.2 Aislamiento, soledad y tristeza

4.3.3 Conducta perseverante y repeticiones

4.3.4 Deambulaci3n

4.3.5 Agitaci3n

4.3.6 Problemas de sue1o

4.3.7 Demandas excesivas

Durante el cuidado, pueden aparecer determinadas situaciones que suponen una mayor dificultad para la convivencia familiar e, incluso, ocasionalmente, un peligro potencial tanto para la persona que recibe los cuidados como para la que cuida.

La conducta es la expresión de la interacción entre la persona y el entorno. La persona en situación de dependencia que presenta conductas desajustadas y potencialmente dañinas para su bienestar o el de sus allegados no es alguien culpable sino alguien que requiere apoyo del contexto para ajustar su comportamiento. Por lo tanto, en muchas ocasiones la intervención no se centra en modificar la conducta sino el entorno, haciéndolo más adecuado a esa persona y su circunstancia.

Comportamientos problemáticos más frecuentes:

- Tener reacciones obstaculizadoras o agresivas (empujar, insultar, resistirse) durante la ayuda del cuidador en una acción de la vida diaria (bañar, vestir, acostar, etc.).
- Mostrar tristeza o parecer “apagado/a”.
- Repetir con una frecuencia muy elevada preguntas, comentarios, etc.
- Parecer perdido/a, sin rumbo y caminar de un lado a otro sin fin.
- Reaccionar de una manera exagerada (nerviosa, irritable, etc.) ante acontecimientos no demasiado importantes.
- Tener serios problemas para dormir.
- Mostrarse agresivo ante los demás por determinadas circunstancias o situaciones cotidianas.

4.3.1 Enfado y agresividad

Se incluyen en este apartado todas aquellas conductas que manifiestan enojo o agresividad por parte de la persona que recibe los cuidados y que comprenden desde gestos o expresiones corporales (“ceño fruncido”) hasta agresiones físicas, pasando por agresiones verbales (insultos, gritos), dejar de hablar o molestar, etc.

Causas

Una persona en situación de dependencia puede tener conductas agresivas:

- Cuando siente que se está invadiendo su espacio personal (por ejemplo en el aseo).
- Cuando se siente incapaz o frustrada por no poder realizar las actividades más básicas (vestirse, comer, andar...).
- Como reacción ante una acción del cuidador (por ejemplo, el cuidador sale un momento y la persona se siente abandonada).
- Como consecuencia de un estado de ánimo deprimido.
- Ante cambios en el entorno inmediato o en las rutinas.
- Como efecto secundario de alguna medicación.
- Como reacción a un estado de confusión.
- Ante sentimientos de soledad o por necesidad de atención.
- Ante determinados comportamientos de otras personas.

Actuación ante la conducta agresiva

El cuidador puede:

1. Consultar al médico.
 - Para valorar si la conducta puede ser debida a efectos secundarios de la medicación.
 - Para determinar si puede existir algún problema físico o enfermedad que pueda estar influyendo en la aparición de ese comportamiento, etc.
2. Fomentar la independencia. Al fomentar la independencia, se aumenta la confianza y la seguridad de la persona en sí misma. El sentimiento de frustración por no ser autónomo puede provocar agresividad.
3. Mantener rutinas en la vida diaria. Los cambios producen malestar y confusión. Si se producen hay que introducirlos progresivamente.

4. Plantear objetivos realistas:
 - Planear actividades o tareas al alcance de las habilidades o capacidades de la persona.
 - Si una tarea es muy compleja, tratar de dividirla en partes más sencillas y alcanzables.
 - Explicar en todo momento lo que tiene que hacer, paso a paso.
5. Ignorar la agresividad. No prestar excesiva atención a la persona cuando está agresiva o insultante. No reforzar conductas agresivas.
6. Premiar la amabilidad. Cuando la persona actúe de forma beneficiosa para todos (tranquilamente, pidiendo o preguntando algo amablemente o colaborando) da buen resultado elogiarla y recompensarla (escuchando con atención, respondiendo afectivamente, etc.).
7. Permanecer tranquilo y actuar con calma.
8. Buscar alternativas que impidan la agresividad. Si a la persona que se comporta agresivamente se le proporcionan actividades incompatibles con dicho comportamiento, es decir, se le ofrecen alternativas de actuación, aumenta la probabilidad de que no se comporte de este modo. Por ejemplo:
 - Si la persona empieza a hacer comentarios con tono agresivo, se le puede decir algo como: “me voy a sentar a tu lado para que me cuentes qué ocurre”, **favoreciendo la expresión de sentimientos y la verbalización.**
 - Si la forma de agresión es física (pellizcando o dando manotazos), se puede procurar que la persona tenga las manos ocupadas (por ejemplo, si ocurre cuando se está lavando a la persona, por ejemplo, pedirle que sujete con una mano la esponja y con otra un bote de jabón).
9. Distraer la atención de la persona.
10. Eliminar objetos peligrosos y asegurarse de que no se hará daño.

El cuidador no debe:

- Tomarse la agresividad como algo personal.
- Enfrentarse.
- Levantar la voz.
- Iniciar movimientos bruscos pues, pueden ser malinterpretados.
- Aumentar los sentimientos de amenaza o alarma. No acercarse a la persona rápidamente ni por detrás.
- Tener pensamientos del tipo: “Esto solo me pasa a mí”, “Va a acabar conmigo”,...
- Llamar a muchas personas ante estas situaciones.
- Usar restricciones físicas (cuando la persona está agresiva son fácilmente interpretadas a su vez como una agresión y generan mayor agresividad).

4.3.2 Aislamiento, soledad y tristeza

Estas circunstancias no plantean dificultades al cuidador de forma tan directa, llamativa e inmediata como otras más evidentes (deambulación, alucinaciones, agresividad,...). No obstante, precisamente su “silencio” es lo que las hace peligrosas y de gran riesgo cuando se cronifican sus manifestaciones más directas (pérdida de apetito, aislamiento,...) y las consecuencias derivadas.

Causas

Existen muchas razones por las que las personas en situación de dependencia pueden sentirse tristes.

- Dificultades para mantener el contacto con amigos y conocidos.
- Dificultades para el autocuidado.
- Dificultades para moverse y realizar actividades fuera del domicilio.
- Disminución de su autoestima.

En muchas ocasiones las enfermedades que provocan dependencia dificultan la realización de actividades placenteras. No realizar estas actividades contribuye en gran medida al aislamiento, a la soledad y, por tanto, al sentimiento de tristeza.

Manifestaciones

Cuando una persona está triste, se producen una serie de cambios en su manera de ser “habitual” que han de ser tenidos en cuenta:

- Disfruta menos o deja de disfrutar con algunas actividades que antes le gustaban (ver la televisión, comer ciertos platos, charlar sobre un determinado tema, etc.).
- Se cansa más rápidamente de lo habitual.
- Tiene cambios de humor bruscos (ej.: se irrita con rapidez).
- Lloro con más frecuencia y sin que haya un suceso claro que lo provoque.
- Duerme peor (descansa mal, duerme mucho o poco).
- Se muestra nerviosa, preocupada o agitada.
- Se siente inútil, un estorbo, siente que nadie se preocupa por ella, etc.



Es recomendable estimular la actividad física.

Actuación ante la inactividad y la tristeza

El cuidador puede:

1. Favorecer el control de la persona sobre su propia vida. Muchas personas que están tristes no encuentran sentido a su vida y no ven ninguna razón para seguir viviendo. Además, pueden sentir que no tienen o han perdido el “control” sobre su vida. La persona se siente menos capaz y emocionalmente frustrada. Por esta razón, conseguir que tenga responsabilidades es siempre una buena manera de ayudarlo a vencer la tristeza (por ejemplo, tareas de la casa, tener un animal de compañía o cualquier otra actividad agradable para él o ella). Así mejorará tanto su salud física como mental.
2. Propiciar el sentimiento de utilidad en el individuo:
 - Asegurarse de que las actividades que la persona intente llevar a cabo sean útiles para ella o para los demás, de forma que pueda sentirse satisfecha de su labor.
3. Motivar en la persona la realización de actividades agradables:
 - Elegir con la persona las actividades que le resulten más agradables, interesantes o recompensantes para ella y animarla a participar y ponerlas en práctica.
4. Favorecer la participación de la persona en situación de dependencia en grupos de actividades. Estos grupos son muy útiles para aumentar la motivación, la autoestima, las relaciones personales, la actividad y para prevenir la depresión:
 - La oportunidad de hablar con otras personas y el ser estimulado para la realización de actividades ayuda a prevenir y superar la tristeza.

5. Facilitar que la persona se relacione con otros; familiares, amigos...
6. Escuchar y hablar.
 - Darle apoyo, escuchar sus sentimientos e intentar entenderla.
 - Hablar con ella e intentar descubrir aquello que pueda motivarla y gustarle.
 - Animarla a participar en las conversaciones.
7. Fomentar en el individuo la actividad física.
8. Consultar con los profesionales de salud mental. Cuando los sentimientos de tristeza y malestar sean muy severos y frecuentes.
9. No insistir ni presionar a la persona.
 - No se debe insistir constantemente sobre la necesidad de que se debe hacer algo para salir del estado de tristeza, ya que así solo se logrará aumentar sus sentimientos de frustración y desánimo.
 - Tampoco hay que presionar constantemente para que le atienda un profesional. De ese modo, solo se conseguirá que se aíse más.

4.3.3 Conducta perseverante y repeticiones

Se trata de comportamientos que consisten en conductas repetitivas o perseverantes, tanto verbales como físicas (gestos, movimientos). Pueden tener su origen en distintas situaciones de la vida de las personas en situación de dependencia (inseguridad, problemas cognitivos, estados de ansiedad, agitación...).

Actuación ante la conducta perseverante

El cuidador puede:

1. Mantener la calma y responder a las preguntas pausadamente.
2. Responder a las preguntas con claridad, concretando lo máximo posible.
3. Distraer a la persona con otra actividad.
4. Tratar de responder sin enfadarse o sin argumentar (ej: sin decir “es la décima vez que te respondo”).
5. Crear un ambiente agradable en el que la persona se sienta cómoda.
6. Proporcionar ayudas para la memoria en el caso de que la persona repita actos o preguntas por olvido (calendarios, notas, tener las cosas a la vista...).
7. Tratar la agitación si se piensa que es la causa de esta conducta.

4.3.4 Deambulaci3n

En ocasiones, las personas en situaci3n de dependencia, pueden caminar durante mucho tiempo, aparentemente sin motivo u objetivo alguno, de una manera desorientada. En principio, la deambulaci3n no tiene por qu3 ser un problema y solo comienza a serlo cuando se produce en lugares inadecuados y con consecuencias negativas, tales como tener riesgo de caídas, sufrir un accidente, exponerse a una temperatura desaconsejable, causar daños al mobiliario u otros enseres, mostrarse agresivo, etc.

Factores que favorecen la deambulaci3n

- Sensaci3n de desvalimiento si no est3 presente el cuidador.
- Aburrimiento, sobre todo en personas que necesitan actividad f3sica.
- Desorientaci3n. Se agrava por la noche en la que el silencio y la oscuridad favorecen la p3rdida de contacto con la realidad.
- Necesidad de llamar la atenci3n.
- Reacci3n de frustraci3n ante un olvido o ante la propia situaci3n de dependencia.
- Molestias f3sicas: dolor, sentir calor o fr3o, necesidad de ir al baño...
- Problemas de vista u o3do que provocan confusi3n.

Actuaci3n ante la deambulaci3n

El cuidador puede:

1. Crear un ambiente seguro y agradable (cuidar la iluminaci3n, retirar muebles innecesarios...).
2. Permitir la deambulaci3n:
 - Mientras que no haya peligro para la persona, permitir que la persona deambule.
 - Si no es peligroso para nadie, no prestar atenci3n a la deambulaci3n (no reforzar).
 - Cuando la persona se encuentre haciendo otras actividades distintas a la deambulaci3n, recon3zcale y elogie su actitud (reforzar otras conductas).
3. Facilitar la orientaci3n:
 - Tener las cosas ordenadas, en sitios habituales.
 - Usar señaes de orientaci3n (carteles en el baño y en la habitaci3n, etc.).
 - Mantener rutinas.



Buscar actividades que entretengan o distraigan a la persona.

4. Asegurar que la persona en situación de dependencia sabe en donde está el cuidador y como puede localizarle.
5. Favorecer la actividad. Buscar actividades que interesen o distraigan a la persona (paseos, tareas domésticas...).
6. Distraer:
 - Empezar otra actividad para distraer a la persona y que así deje de deambular.
 - Hablar de otras cosas, ver fotografías o hablar del pasado.
7. Dirigir la deambulación hacia lugares seguros.
8. Fomentar la relación y la comunicación.

4.3.5 Agitación

Cuando se habla de agitación se hace referencia a un estado de intranquilidad, excitación y/o conductas repetitivas que la persona no puede controlar, que carecen de una finalidad aparente y que están presentes de forma continuada. Por lo general, la agitación puede ser una manifestación de ansiedad o de estrés, aunque también puede ser una vía de expresión de múltiples síntomas en una persona que no los puede expresar de otra manera.

Manifestaciones

Una persona está agitada o se muestra inquieta si:

- Anda con pasos rápidos.
- Se frota las manos reiteradamente.
- Repite preguntas constantemente.
- Se balancea, rasca, araña, golpea...
- Juega con los tiradores de las puertas.
- Cambia los muebles de lugar.
- Intenta escapar de la casa.
- Hace ruidos sin finalidad aparente.
- Gime, se lamenta, solloza.
- Se comunica con gestos amenazantes (gritos, empujones...).
- Presenta resistencia al cuidado (por ejemplo al baño).

Actuación ante la conducta agitada

La primera actuación debe ser buscar las circunstancias que hacen que la persona se comporte de esta manera. Una vez que conocemos tales circunstancias es más fácil tomar medidas para corregir y/o prevenir esta conducta.

1. Posibles problemas de salud (dolor, enfermedad física o mental, problemas sensoriales):
 - Consultar con el médico. Especialmente si los síntomas de agitación son repentinos y se acompañan de otros síntomas (por ejemplo, confusión y taquicardia).
2. Efectos de la medicación o de otras sustancias:
 - Consultar al médico para que revise y controle la medicación.
 - Eliminar la cafeína, alcohol y otros estimulantes.
3. Sensación de incomodidad:
 - Valorar si la ropa molesta, si la temperatura es la adecuada, etc.

4. Limitaciones físicas y de comunicación que le impiden relacionarse con su medio:
 - Potenciar el uso de productos de apoyo específicos que favorecen la comunicación en el caso de alteraciones sensoriales.
 - La agitación puede desaparecer o disminuir con el tiempo a medida que la persona asimila sus limitaciones.
5. Cansancio o agotamiento:
 - Programar un descanso adecuado.
 - Controlar los niveles de actividad y ajustarlos a la persona.
6. Exceso de estímulos (ruido excesivo, gente, radio, televisión):
 - Eliminar o suavizar la fuente de estrés.
 - Encontrar o crear un ambiente cómodo y tranquilo donde llevar a la persona.
 - Poner música suave, usar cintas de relajación.
7. Enfado o desconcierto del cuidador:
 - Mantener la calma al interactuar con personas que muestren agitación.
 - Utilizar un tono de voz suave y hablar despacio.
 - Controlar las emociones.
8. Necesidad de “llamar la atención” de los demás (por aburrimiento, falta de actividad y estado de ánimo deprimido):
 - Cuando existan razones para pensar que el comportamiento se debe a estas causas, y siempre que la agitación no sea intensa o peligrosa para él o para los demás, una buena estrategia consiste en ignorar tal comportamiento. Aunque al principio puede aumentar su agitación para captar la atención, no conviene preocuparse, ya que en poco tiempo disminuirá o desaparecerá.
 - Conviene mostrar amabilidad y atención cuando la persona se muestre tranquila o agradable.
 - Fomentar la práctica de actividades y tareas constructivas (jardinería, doblar ropa, tareas de clasificación...).
 - Mantener la calma.
 - Unir comunicación verbal y no verbal.
 - Favorecer la realización de algún ejercicio físico aunque sea pasivo.
9. Exigencia de habilidades que superan su capacidad, impaciencia del cuidador:
 - No poner a la persona en situaciones orientadas al fracaso.
 - Dividir las tareas en partes más sencillas para que la persona pueda lograr pequeños éxitos.



Mantener la estructura de la habitación.

- Mantener expectativas apropiadas respecto a lo que la persona puede y no puede hacer.
- No mostrar nerviosismo.
- Hablar sosegadamente.
- Proporcionar seguridad.

10. Traslados de domicilio:

- Mantener rutinas diarias y cambiar lo menos posible la vida diaria.
- Minimizar los efectos del traslado, procurando que exista una cierta similitud entre los diversos domicilios (ej: que se parezcan los dormitorios en las distintas casas, que los objetos sean los mismos y estén situados más o menos igual, etc.).

4.3.6 Problemas de sueño

Causas

En el sueño pueden influir tanto factores intrínsecos del organismo (edad, estado fisiológico, patrones del sueño), conductuales (formas de actuar que lo facilitan o lo dificultan) y ambientales (temperatura, luz, ruido, etc.).

1. Factores ambientales: la temperatura, la dureza del colchón, el compartir habitación, el tipo de cama... influyen en la calidad del sueño. Los ruidos provocan disminución de la cantidad de sueño profundo y aumentan la frecuencia de los despertares nocturnos.
2. Falta de actividad: las personas que reducen su actividad y realizan poco ejercicio físico tienen más problemas de sueño.
3. Cambios en los hábitos del sueño. Horarios especiales.
4. Consumo de bebidas alcohólicas, café y tabaco.
5. Alimentación insuficiente o inadecuada.
6. Factores emocionales: preocupaciones, inquietudes, estados de ánimo bajos...
7. Otros: jubilación, enfermedades, cambios de domicilio, cambios en el funcionamiento mental o físico.

Actuación ante los problemas de sueño

1. Buscar las causas. Observar si existe alguna circunstancia especial que pueda estar influyendo en que la persona no pueda dormir bien (ruidos, preocupaciones, necesidad de orinar, etc.) y adoptar medidas para solucionarlo.
2. Consultar al médico:
 - Preguntar si la medicación que toma la persona puede tener efectos sobre el sueño.
 - Consultar si los medicamentos que se utilizan para dormir son necesarios. A veces pierden eficacia con el tiempo o pueden tener efectos indeseables.
3. Preparar la habitación para dormir. Ha de ser silenciosa, con una temperatura adecuada y bien ventilada. Evitar los ruidos es muy importante.
4. Utilizar la habitación solo para descansar. Siempre que las condiciones de la casa lo permitan conviene evitar que en el dormitorio se realicen otra serie de actividades distintas, como comer, ver la televisión, leer, hablar por teléfono, etc.
5. No permanecer en la cama despierto. Pasar bastante tiempo en la cama, a pesar de dormir poco, puede agravar las dificultades. Puede

que una de las razones por las que se permanezca mucho tiempo en la cama sea la de que no se tiene nada que hacer. Una buena opción es la de proponer actividades para hacer por la mañana.

6. Comer saludablemente:

- Evitar comidas copiosas antes de irse a la cama.
- Evitar excitantes (té, café, alcohol) durante las horas anteriores a acostarse.

7. Realizar actividades relajantes para favorecer el sueño:

- Escuchar música.
- Tomar un baño.
- Leer algo distraído.
- Hacer ejercicios de relajación.

8. No dar demasiada importancia al no dormir. Si a la persona le cuesta dormir, sugerir que no se obsesione con volver a quedarse dormido y poner en práctica algunas de las medidas que aquí se sugieren.

9. Mantener horario fijos. Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse es una de las sugerencias más importantes de cara a facilitar el sueño.



El cuidador expone sus necesidades.

4.3.7 Demandas excesivas

Cuando se realizan atenciones superiores a las necesarias se limita la posibilidad de que la persona en situación de dependencia se sienta útil colaborando en su propio cuidado. Además aumenta la sobrecarga del cuidador.

Por otro lado, teniendo en cuenta las limitaciones de la persona y sus propias capacidades, es importante saber decir “NO” cuando demanda una atención desproporcionada. Por ejemplo, en los siguientes casos:

- Cuando se niega a gastar dinero en servicios necesarios (contratar a una persona, adaptaciones en el hogar...).
- Cuando manifiesta quejas sin motivo aparente.
- Cuando finge síntomas para llamar la atención.
- Cuando culpa al cuidador de su situación o de no atender a todas sus exigencias.
- Cuando despierta al cuidador por la noche más de lo necesario.
- Cuando rechazan productos de apoyo que facilitan su autonomía o las tareas de cuidado (sillas de ruedas, andadores, barras en el baño...).

Una forma de equilibrar las funciones del cuidador es pensar que también este tienen derechos:

- Derecho a dedicar tiempo y actividades a si mismos, sin sentirse culpables.
- Derecho a resolver por sí mismos aquello de lo que sean capaces y derecho a preguntar sobre aquello que no comprenda.
- Derecho a ser tratados con respeto.

4.4 Potenciar el buen cuidado y evitar el mal cuidado

4.4.1 Mejorando la autonomía

4.4.2 Mejorando la autoestima

4.4.3 Tratando con respeto y dignidad

Cuidar de una persona en situación de dependencia exige al cuidador principal un nivel de competencia suficiente que le permita seleccionar la atención más adecuada en función de las necesidades detectadas y prestar los cuidados siguiendo criterios de higiene y de calidad.

4.4.1. Mejorando la autonomía

Las personas en situación de dependencia pueden necesitar ayuda en muy diversas actividades de la vida diaria. En esta mayor o menor dependencia influyen muchos aspectos, no solo el deterioro de la salud. Los factores contextuales como el ambiente físico en el que vive la persona en situación de dependencia o las actitudes y la forma de actuar de los familiares y otras personas cercanas ante el deterioro de la salud de la persona también tienen una gran influencia sobre el grado de autonomía e independencia que esta muestra.

Los cuidadores, preocupados porque la persona en situación de dependencia esté lo mejor atendida posible, pueden no darse cuenta de que están cuidando “demasiado”. Es decir, cuando la persona a quien cuidan muestra dificultades en alguna tarea diaria, responden haciendo las cosas por ellos. Al observar el esfuerzo que han de realizar las personas en situación de dependencia, inmediatamente les atienden y no contribuyen a que estos realicen las actividades cotidianas con independencia, lo cual, aunque supusiera más tiempo invertido en la realización de tareas, contribuiría en gran medida a favorecer la autonomía funcional de las personas que reciben los cuidados. En este caso puede decirse que la ayuda que se está prestando es “excesiva” y tiene como consecuencia que la persona en situación de dependencia deje de practicar algunas habilidades con lo que, cada vez le resulta más difícil llevarlas a cabo.

Las recomendaciones que se ofrecen a continuación son un intento de orientar a los cuidadores para que les sea más fácil fomentar las capacidades de autonomía. Estas sugerencias no suelen tener un efecto inmediato, sino que la persistencia en las mismas, una vez que se incorporan estas pautas a la rutina diaria, permiten a los cuidadores encontrar nuevas formas de ayudar al otro y a sí mismo.

Comportamientos de los cuidadores para favorecer la autonomía

- Observar como la forma en que se comportan los cuidadores influye en la mayor o menor autonomía de la persona en situación de dependencia. Observar que consecuencias tiene sobre las personas en situación de dependencia actuar de distinta manera: sustituirle, animarle, elogiarle, reemplazarle en las actividades cotidianas.
- Centrar la atención en lo que la persona puede hacer, en sus capacidades. Potenciar las posibilidades y habilidades.

- Preparar el entorno para favorecer la autonomía. Usar los productos de apoyo necesarios.
- Atender a las conductas autónomas, no ignorarlas ni “dejarlas pasar”, ya que esto, a la larga, provoca que dejen de hacerse.
- Premiar la autonomía. Se facilita la autonomía cuando se les hace saber a las personas en situación de dependencia la satisfacción que produce que actúen de manera autónoma. Es útil describir verbalmente el motivo del reconocimiento al tiempo que se elogia con gestos y manifestaciones afectivas (una palmada en la espalda, cogiéndole suavemente la mano, una caricia, una sonrisa o un “gracias”).
- No impedir la realización de comportamientos autónomos, ni reprocharlos puesto que si a una conducta independiente le sigue un reproche o crítica (“no te levantes solo, es mejor que me pidas ayuda, no te vaya a pasar algo...”) es menos probable que vuelva a realizarse.
- Siempre que se pueda, se sugiere no prestar atención a conductas dependientes. Esto significa no prestar especial atención o interés cuando, por ejemplo, está planteando una queja o una demanda excesiva o tratando de hacer sentir culpable al cuidador por no ayudarle en una tarea.

Cuando las personas en situación de dependencia responden con dificultad a los intentos de favorecer la autonomía:

Se aconseja:

- Contestar con frases que demuestren confianza en sus posibilidades “Se que puedes hacerlo”.
- Proponerle la actividad como algo que se pone a prueba; “Venga, vamos a probar lo que puedes hacer. Yo te ayudaré”.
- Ser persistente. Si no se consigue la colaboración de la persona en los primeros intentos, es útil repasar las actuaciones que se proponen e intentarlo otra vez, cuando se sienta preparada.

No se aconseja discutir. Es conveniente dejar algo de tiempo y volver a intentarlo en otro momento que se considere más favorable.

4.4.2 Mejorando la autoestima

La mayor parte de las personas sienten mucho orgullo de su independencia. Pero cuando una enfermedad o discapacidad les hace perder esa independencia, su autoestima generalmente sufre. La persona que usted cuida podría sentir que no vale nada o que es una carga para usted.

El primer paso para que la persona en situación de dependencia tenga un buen concepto de sí misma es que se sienta capaz de realizar las tareas cotidianas. Si el cuidador es capaz de potenciar su autonomía se sentirá más competente.

Modos de mejorar la autoestima

- Potenciar la autonomía. Seguir las recomendaciones anteriores es una importante forma de potenciar la autoestima.
- Permitir que la persona tome las decisiones que le afectan y consultar sus preferencias hará que sienta que tiene control sobre su propia vida. La persona en situación de dependencia ha de sentir esas decisiones como objetivos propios. Por ejemplo, la opinión de la persona en situación de dependencia es importante cuando haya que realizar cambios en la casa / habitación, cuando sea necesario utilizar otros servicios o ayudas externas, o cuando sea necesario que se traslade.
- Conseguir que la persona en situación de dependencia se sienta útil. Para ello puede pedirle tareas sencillas que se sepa que pueda hacer (ir doblando la ropa mientras el cuidador plancha, etc.). También pueden simplificarse las tareas que se le piden para que pueda hacerlas paso a paso. Pueden compartirse “las preocupaciones”. Buscar el consejo de la personas en situación de dependencia es la mejor muestra de confianza en su valía.
- Procurar que asuma responsabilidades en la medida de sus capacidades. Se le puede pedir, por ejemplo, que quite y ponga la mesa, que haga la cama, que se encargue de las plantas, etc. Hay que tener en cuenta que es más fácil mantener costumbres que crearlas.
- Respetar la intimidad durante las tareas de cuidado ya que este conlleva frecuentemente una gran proximidad física entre los cuidadores y la persona que se cuida. Costumbres como llamar a la puerta de su habitación o respetar sus deseos de permanecer a solas son aconsejables para salvaguardar su intimidad.

4.4.3 Tratando con respeto y dignidad

A diferencia del cuidador profesional, el no profesional, frecuentemente un familiar, conoce a la persona que cuida: lo que le gusta, sus fortalezas y debilidades individuales además de sus deseos y necesidades.

Es muy fácil caer en una actitud “protectora” cuando se cuida a otra persona, especialmente si se trata de un miembro de la familia. Pero se hace necesario comprender que a no ser que la persona esté pasando por un trastorno cognoscitivo (daño cerebral debido a un derrame cerebral, demencia u otro problema de salud), todavía toma las decisiones sobre su vida. Esto puede ser difícil para el cuidador, pero debe estar alerta para no caer en la sobreprotección.

Una de las necesidades humanas más importantes es el respeto y la dignidad y esta dignidad no cambia cuando la persona se enferma o queda discapacitada, de hecho, esta podría incluso acentuarse más.

Modos de potenciar el respeto y la dignidad

Existen muchas cosas que el cuidador puede hacer para garantizar que la persona bajo su cuidado reciba respeto y dignidad, derecho básico de todo ser humano.

Respetar su privacidad física y emocional

- Cerrar la puerta cuando la persona se asea o usa el baño.
- Llamar a la puerta antes de entrar en la habitación.
- No comentar información privada con otras personas, aunque sean miembros de la familia, sin el expreso consentimiento de la persona en situación de dependencia.

Respetar su derecho a elegir

- Al tomar decisiones, se ejerce el control sobre la propia vida. Es importante que la persona decida sobre sus cuidados (por ejemplo qué y cuándo comer...).
- Si la persona tiene problemas cognoscitivos, puede ser útil ofrecer dos alternativas, no más, para favorecer la elección (por ejemplo vestirse con una ropa o con otra).
- Cuando el cuidador piensa que una decisión es tonta o nada importante, debe intentar ponerse en el lugar del otro y valorar por qué es importante para la persona.
- Si la persona se niega a tomar sus medicamentos o toma decisiones que pudieran ser peligrosas, el cuidador debe intentar negociar una posible solución.



Tener en cuenta su edad y las capacidades de la persona, tratar como un adulto.

Tratar con dignidad

- Escuchar las preocupaciones de la persona.
- Pedir la opinión de la persona en situación de dependencia y actuar en consecuencia.
- Hacer participar a la persona en tantas decisiones como sea posible.
- Incluirlo en la conversación. No hablar de el/ ella como si no estuviera presente.
- Tener en cuenta su edad y sus capacidades, tratar como un adulto si lo es.
- Si la persona es dependiente para el vestido usar la ropa adecuada no solo para la estación, sus necesidades y gustos, sino también tener en cuenta que presente un aspecto digno según su edad y sus características personales.

4.5 Conocer los cuidados al final de la vida

Cada vez es más frecuente tener en el seno familiar a una persona con una enfermedad progresiva, avanzada, que ya no es curable y que precisa de unas ayudas y cuidados especiales con el objetivo de procurarle el mayor bienestar y calidad de vida posible. El cuidado de una persona en situación terminal no es una tarea fácil. La fase final de la vida es una etapa de gran vulnerabilidad, en la que, quien la vive, siendo más o menos consciente de su situación se siente aislado física y emocionalmente. El progresivo deterioro produce cambios en la identidad social, en las habilidades físicas, autonomía y referencias habituales, y todo ello le genera desasosiego, desesperanza, pérdida de la autoestima y del sentido de la existencia.

Información sobre su enfermedad

En muchos casos, una correcta información puede ser no solo adecuada y conveniente, sino necesaria. Pero no todos reaccionan igual. De hecho, en muchas ocasiones el profesional de la salud tampoco tiene la total seguridad de que, cuando preguntan, realmente deseen conocer la verdad. Hacerlo de forma gradual, sencilla y sobre todo con mucho tacto, será más soportable para la persona. Los especialistas en cuidados paliativos opinan que la muerte en paz se da cuando las personas conocen la verdad, la asumen, tienen control sintomático adecuado, apoyo familiar y alguien de confianza a su lado.

La compañía es fundamental

La atención, la escucha y el diálogo ayudan al control del dolor, de la ansiedad y la depresión. La empatía, que consiste en ponerse en el lugar del que sufre e identificarse con él, es la base de un buen cuidado en esta situación cuando la persona tiene dificultades para hablar hay que recurrir a una de las formas más básicas de comunicación: el contacto físico. El tacto es uno de los primeros sentidos que se desarrolla nada más nacer y uno de los últimos que se pierden. Sujetar su mano, tocar su hombro, acariciar la cara, secarle la frente o colocarle bien en la cama, calma el temor y la ansiedad y proporciona seguridad.

Higiene corporal y cuidado de la piel

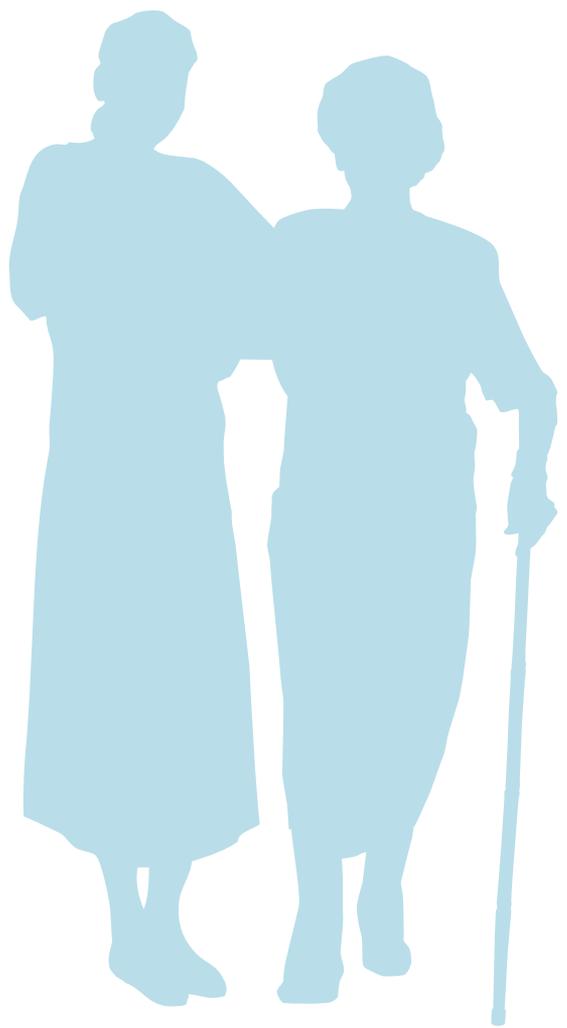
Una buena higiene corporal, el cuidado de la apariencia externa, un buen aseo, no son solo cuidados básicos sino que contribuyen a aumentar la autoestima y el equilibrio emocional. Y son especialmente importantes cuando la persona tiene dificultad para controlar sus esfínteres. Son muchos los cuidadores que inicialmente experimentan un rechazo ya sea por pudor, por sensación de repugnancia o asco, pero esta respuesta inicial hay que superarla para no aumentar su sufrimiento. Los cuidados físicos se deben realizar con delicadeza, cuidado y respeto.

Alimentación adecuada

Una regla de oro para un persona en estado terminal es “que coma poco y a menudo, lo que le guste y cuando le apetezca”. No hay que forzarles con la idea de que va a mejorar su estado. Por regla general es más adecuado distribuir la comida en varias tomas y en pequeñas proporciones. Hay que reforzar el contenido proteico de la dieta y mantener una buena hidratación. La creación durante la comida de un ambiente armonioso y agradable es fundamental.

Cuidar al cuidador

Cuidar a un persona que va a morir es una actividad dura, estresante y frustrante, tanto física como psicológicamente. Es importante que los cuidadores reciban una formación básica de la tarea que desarrollarán. El cuidador informal necesita, además de desarrollar una serie de valores y habilidades, mucho apoyo para sobrellevar la carga emocional que supone el cuidado de una persona en esta situación y no claudicar. Estar en contacto desde el inicio del proceso con alguna de las asociaciones de cuidados paliativos puede ser de gran ayuda.



4.6 Conocer los recursos que me pueden ayudar

4.6.1 Catálogo de servicios y prestaciones del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia)

4.6.2 Puntos de información del Gobierno de Aragón

La entrada en vigor de la ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, ha supuesto un avance histórico en nuestro sistema de protección social.

Las familias tienen a su disposición una importante serie de recursos que van a facilitar una mayor autonomía no solo a las personas en situación de dependencia, sino también a los familiares que realizan la función de cuidadores.

4.6.1 Catálogo de servicios y prestaciones del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia)

El sistema de atención a las personas en situación de dependencia establece un catálogo de los posibles servicios y prestaciones económicas. Son los siguientes:

1. Servicios:

- Prevención y promoción de la autonomía personal.
- Teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Centro de día y de noche.
- Atención residencial.

2. Prestación económica:

- Vinculada a un servicio.
- Para cuidadores en el entorno familiar.
- De asistencia personal.

Los servicios del catálogo

Servicio de prevención de las situaciones de dependencia

Tiene por finalidad realizar el asesoramiento, orientación y asistencia en tecnologías asistidas y adaptaciones para las actividades básicas de la vida diaria.

Ofrece servicios de rehabilitación y terapia ocupacional.

Ofrece programas de autonomía personal.

Teleasistencia

Facilita la asistencia mediante el uso de tecnologías de comunicación, permitiendo una respuesta inmediata ante situaciones de emergencia o de inseguridad, soledad o aislamiento.

Servicio de ayuda a domicilio

Es el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria. Los servicios que incluye son:

- Atención de las necesidades del hogar.
- Cuidados personales.

Servicio de centro de día y de noche

Ofrece una atención integral a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.

La tipología de centros incluye:

- Centro de Día para mayores.
- Centro de Día para menores de 65 años.
- Centro de Día de atención especializada.
- Centro de Noche.

Servicio de atención residencial

La prestación del servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

La tipología de centros incluye:

- Residencia de personas mayores dependientes.
- Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Las prestaciones económicas del catálogo

Prestación económica vinculada al servicio

Esta prestación se puede pagar únicamente si no hay plaza en un centro de la red pública.

Es requisito disponer de plaza en un centro privado acreditado o una reserva de la misma.

Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales

Se puede reconocer excepcionalmente en aquellas situaciones en las que no existan servicios de los señalados anteriormente en el catálogo.

Se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Con carácter general:

- Se deben prestar los cuidados en el domicilio del de la persona en situación de dependencia.
 - El cuidador debe estar formado y ser capaz de prestar los cuidados que precisa la persona a la que está cuidando. En la actualidad bastará con que se comprometa a realizar la formación que le sea indicada por parte de la Administración Autonómica.
 - Deben acreditarse las adecuadas condiciones de convivencia y habitabilidad.
- De la persona que ejerza el papel de cuidador:
- Debe tener más de 18 años.
 - Debe residir legalmente en España.
 - Debe ser cónyuge o familiar por consanguinidad, afinidad o adopción hasta tercer grado (se establecen excepciones en zonas especialmente despobladas o carentes de servicios).
 - En determinados casos estará obligada a darse de alta en la Seguridad social (este costo es asumido íntegramente por el Gobierno de España).

Prestación de asistencia personalizada

Se paga para la contratación de una asistencia personal que facilite el acceso a la educación y trabajo y posibilite más autonomía en las actividades básicas de la vida diaria.

El prestador del servicio puede ser una empresa o una persona contratada (están excluidos los familiares de los dependientes).

4.6.2 Puntos de información del Gobierno de Aragón

Gobierno de Aragón

Dirección General de Atención a la Dependencia

Camino de las Torres, 73. 50008 Zaragoza

Tel. 976 713 136

www.aragon.es - atenciondependencia@aragon.es

Servicio Provincial del Departamento de Servicios Sociales y Familia de Huesca

José Antonio Llanas

C/ Almudévar, 2-4. 22004 Huesca

Tel. 974 238 546

Servicio Provincial del Departamento de Servicios Sociales y Familia de Teruel

Plaza San Francisco, 1. 44001 Teruel

Tel. 978 641 617

Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS)

Dirección Gerencia del Instituto Aragonés

de Servicios Sociales (IASS)

Avda. Cesáreo Alierta, 9-11. 50008 Zaragoza

Tel. 976 715 600 - Fax 976 715 601

www.iass.aragon.es - iass@aragon.es

Direcciones Provinciales

Dirección Provincial del IASS de Zaragoza

Paseo Rosales, 28, duplicado - 50008 Zaragoza

Tel. 976 716 220 - Fax 976 716 221

iassza@aragon.es

Dirección Provincial del IASS de Huesca

Plaza Santo Domingo, 3-4. 22001 Huesca

Tel. 974 293 333 - Fax 974 293 301

iasshuesca@aragon.es

Dirección Provincial del IASS de Teruel

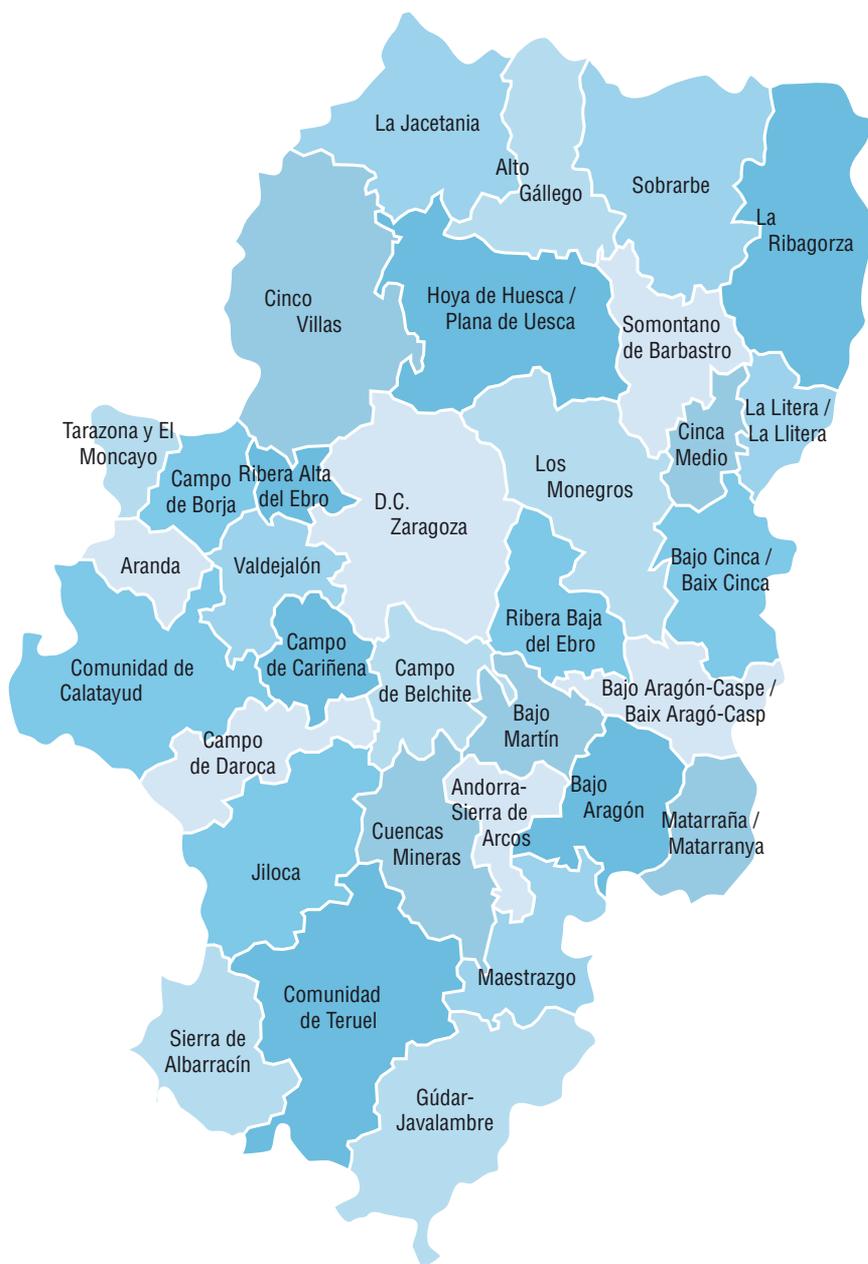
Avda. Sanz Gadea, 11. 44002 Teruel

Tel. 978 641 313 - Fax 978 641 404

iassteruel@aragon.es

Centros de Servicios Sociales

Mapa de las comarcas de Aragón



Provincia de Huesca

Comarca Alto Gállego

Pol. Sepes. C/ Secorún, s/n.
22600 Sabiñánigo
Tel. 974 483 311 - Fax 974 483 437
ssb@comarcaaltogallego.es

Comarca Bajo Cinca / Baix Cinca

Paseo Barrón Segoné, 6, 2º.
22520 Fraga
Tel. 974 472 147 - Fax 974 473 120
servicios-sociales@bajocinca.es

Comarca de Cinca Medio

Avda. El Pilar, 47. 22400 Monzón
Tel. 974 403 593 - Fax 974 404 755
ssb@cincamedio.es

Comarca de La Jacetania

C/ Carmen, 19. 22700 Jaca
Tel. 974 357 223 - Fax 974 355 666
accionsocial@jacetania.es

Comarca de La Litera / La Llitera

C/ Dr. Fleming, 1. 22500 Binéfar
Tel. 974 431 022 - Fax 974 428 495
ssbbinefar@lalitera.org

Comarca de Los Monegros

Avda. Huesca, 24 (pasaje)
22200 Sariñena
Tel. 974 570 701 - Fax 974 570 860
fundaciones@monegros.net

Comarca de la Ribagorza

Plaza Mayor, 17. 22430 Graus
Tel. 974 541 186 - Fax 974 546 561
ssbgraus@cribargorza.org

Comarca del Sobrarbe

Avda. de Ordesa, 79.
22340 Boltaña
Tel. 974 518 026 - Fax 974 502 350
ssbboltana@sobrarbe.com

Somontano de Barbastro

Avda. de Navarra, 1.
22300 Barbastro
Tel. 974 306 332 - Fax 974 306 281
ssb@somontano.org

Comarca de la Hoya de Huesca / Plana de Uesca

C/ Voluntarios de Santiago, 2.
22004 Huesca
Tel. 974 233 030 - Fax 974 232 044
sociales@hojadehuesca.es

Provincia de Teruel

Andorra-Sierra de Arcos

P.º de las Minas, s/n., 1.º plta.
44500 Andorra
Tel. 978 843 853 - Fax 978 844 338
ssb.sierradearcos@terra.es

Comarca del Bajo Aragón

Ciudad Deportiva, 1, bajo.
44600 Alcañiz
Tel. 978 871 217 - Fax 978 830 034
ssbalcaniz@bajoaragon.es

Comarca del Bajo Martín

C/ Santa Rosa, 8. 44530 Híjar
Tel. 978 820 126 - Fax 978 821 697
trabajosocial@comarcabajomartin.es

Comunidad de Teruel

C/ Yagüe de Salas, 16, 1º.
44001 Teruel
Tel. 978 606 111 - Fax 978 606 111
ssociales.aytoteruel@teruel.net

Cuencas Mineras

C/ Escucha, 2. 44760 Utrillas
Tel. 978 756 795 - Fax 978 758 419
cuencasmineras@terra.es

Gúdar-Javalambre

C/ Hispanoamérica, 5.
44400 Mora de Rubielos
Tel. 978 800 008 - Fax 978 800 431
utsmorarubielos@hotmail.com

Comarca del Jiloca

Avda. Valencia, 3.
44200 Calamocha
Tel. 978 731 618 - Fax 978 732 290
ssbcalamocha@comarcadeljiloca.org

Comarca del Maestrazgo

C/ García Valiño, 7.
44140 Cantavieja
Tel. 964 185 242 - Fax 964 185 039
ssb@comarcamaestrazgo.es

Comarca del Matarraña / Matarranya

Avda. Cortes de Aragón, 7.
44580 Valderrobres
Tel. 978 890 282 - Fax 978 504 997
ssb@matarranya.org

Comarca Sierra de Albarracín

C/ Portal de Molina, 16.
44100 Albarracín
Tel. 978 704 027 - Fax 978 704 027
ssb@comarcadelasierredealbarracin.es

Provincia de Zaragoza

Comarca del Aranda

Pza. del Castillo, s/n.
50250 Illueca
Tel. 976 548 090 - Fax 976 821 503
ssbase@comarcadelaranda.com

Comunidad de Calatayud

San Juan el Real, 6.
50300 Calatayud
Tel. 976 881 018 - Fax 976 886 044
csscalatayud@terra.es

Campo de Borja

C/ Mayor, 17. 50540 Borja
Tel. 976 852 028 - Fax 976 852 941
sscborja@campodeborja.es

Campo de Belchite

C/ Ronda de Zaragoza, s/n.
50130 Belchite
Tel. 976 830 186 - Fax 976 830 126
serviciosocial@campodebelchite.com

Campo de Cariñena

Avda. Goya, 23. 50400 Cariñena
Tel. 976 622 101 - Fax 976 793 064
ssb@campodecariñena.org

Campo de Daroca

C/ Mayor, 60-62. 50360 Daroca
Tel. 976 545 030 - Fax 976 800 362
coordinadorassb@comarcadedaroca.com

Bajo Aragón-Caspe /

Baix Aragó-Casp

Plaza Compromiso, 8-9.
50700 Caspe
Tel. 976 639 078 - Fax 976 633 516
ssb@caspe.es

Cinco Villas

C/ Justicia Mayor de Aragón, 20, 1º,
of. 3. 50600 Ejea de los Caballeros
Tel. 976 677 559 - Fax 976 677 208
accionsocial@comarcacincovillas.es

Ribera Alta del Ebro

C/ Arco del Marqués, 10.
50630 Alagón
Tel. 976 613 005 - Fax 976 611 208
ssbase@rialebro.net

Ribera Baja del Ebro

Plaza España, 26.
50750 Pina de Ebro
Tel. 976 165 506 - Fax 976 165 498
ssb.pina@riberabaja.es

Tarazona y El Moncayo

Avda. de la Paz, 31, bajo.
50500 Tarazona
Tel. 976 641 033 - Fax 976 643 907
css@tarazona.es

Valdejalón

Pza. España, 1, bajo.
50100 La Almunia de Dª Godina
Tel. 976 811 759 - Fax 976 811 758
ssbalmunia@valdejalon.es

Delimitación comarcal de Zaragoza

Servicios Sociales de Fuentes de Ebro

Plaza Constitución, 4. 50740 Fuentes de Ebro

Tel. 976 169 126 - Fax 976 169 106

ssb@fuentesdeebro.es

Servicios Sociales Mancomunidad Ribera Izquierda del Ebro

Plaza España, 16. 50172 Alfajarín

Tel. 976 790 631 - Fax 976 790 632

social@mrrie.es

Servicios Sociales Mancomunidad Ribera Bajo Huerva

Plaza José Antonio, 1-4. 50430 María de Huerva

Tel. 976 124 170 - Fax 976 124 090

social@bajohuerva.es

Servicios Sociales de Utebo

Avda. Navarra, 12. Edificio Polifuncional. 50180 Utebo

Tel. 976 785 049 - Fax 976 785 409

ssb@ayto-utebo.es

Servicios Sociales Mancomunidad Bajo Gállego

Cno. de San Juan, 4. 50800 Zuera

Tel. 976 681 119 - Fax 976 681 352

serviciosocialdebase@ayunzuera.com

Centros Municipales de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Zaragoza. Urbano

C.M.S.S. Casco Histórico

San Pablo

C/ Armas, 61-63. 50003 Zaragoza
Tels. 976 445 066 - 976 445 289
Fax 976 431 782
sscsanpablo@zaragoza.es

C.M.S.S. La Magdalena

C/ Heroísmo, 5. 50071 Zaragoza
Tels. 976 290 139 - 976 290 626
Fax 976 291 202
sscmagdalen@zaragoza.es

C.M.S.S. Centro

Paseo Hernán Cortés, 31-33.
50005 Zaragoza
Tel. 976 220 666 - Fax 976 224 500
ssccentro@zaragoza.es

C.M.S.S. Delicias

Parque Delicias. Edificio El Carmen.
Centro Cívico Terminillo.
50017 Zaragoza
Tel. 976 312 780 - Fax 976 312 835
sscdelicias@zaragoza.es

C.M.S.S. Universidad

Centro Cívico Universidad.
C/ Violante de Hungría, 4.
50009 Zaragoza
Tel. 976 721 760 - Fax 976 721 759
sscuniversidad@zaragoza.es

C.M.S.S. San José

Centro Cívico Teodoro Sánchez.
Plaza Mayor, 2. 50008 Zaragoza
Tels. 976 496 868 - 976 496 922
Fax 976 496 182
sscsanjose@zaragoza.es

C.M.S.S. Las Fuentes

Centro Cívico Salvador Allende.
Avda. Miguel Servet, 57.
50013 Zaragoza
Tel. 976 724 017 - Fax 976 499 880
ssclasfuentes@zaragoza.es

C.M.S.S. La Almozara

Centro Cívico Almozara.
Avda. Puerta Sancho, 30.
50003 Zaragoza
Tel. 976 404 693 - Fax 976 405 742
sscalmozara@zaragoza.es

C.M.S.S. Oliver

C/ Séneca, 78. 50011 Zaragoza
Tel. 976 349 563 - Fax 976 345 954
sscoliver@zaragoza.es

C.M.S.S. Valdefierro

Plaza de la Inmaculada, s/n., 2º.
50012 Zaragoza
Tels. 976 753 808 - 976 753 809
Fax 976 753 930
sscvalefierro@zaragoza.es

C.M.S.S. Torrero

Centro Cívico Torrero.
C/ Monzón, 3. 50007 Zaragoza
Tels. 976 259 155 - 976 259 158
Fax 976 259 178
ssctorrero@zaragoza.es

C.M.S.S. Actur

Centro Cívico Río Ebro.
Edificio José Martí.
C/ Alberto Duce, 2 dpdo.
50018 Zaragoza
Tel. 976 732 750 - Fax 976 733 309
sscactur@zaragoza.es

C.M.S.S. Arrabal

Centro Cívico Tío Jorge.
Pza. de San Gregorio, s/n.
50015 Zaragoza
Tels. 976 516 453 - 976 510 892
Fax 976 730 262
sscarrabal@zaragoza.es

C.M.S.S. La Jota

C/ Marta Virto, s/n. 50014 Zaragoza
Tel. 976 473 327 - Fax 976 473 327
ssclajota@zaragoza.es

Centros Municipales de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Zaragoza. Rurales

C.M.S.S. Santa Isabel

Avda. Santa Isabel, 10.
50058 Zaragoza
Tel. 976 572 962 - Fax 976 571 881

C.M.S.S. Juslibol

C/ Zaragoza, s/n. 50191 Zaragoza
Tel. 976 517 421 - Fax 976 517 421

C.M.S.S. San Juan de Mozarrifar

Pza. España, 9. 50820 Zaragoza
Tel. 976 150 266 - Fax 976 150 266

C.M.S.S. Montañana

Pabellón de Deportes.
C/ Mayor, 115. 50059 Zaragoza
Tel. 976 575 977 - Fax 976 576 828

C.M.S.S. San Gregorio

Alcadía del barrio.
Cno. de los Molinos, s/n.
50015 Zaragoza
Tel. 976 730 640 - Fax 976 730 640

C.M.S.S. Movera

Plaza Mayor, 1. 50194 Zaragoza
Tel. 976 586 454 - Fax 976 586 919

C.M.S.S. Peñaflo

Consultorio médico.
C/ Del Paso, 43. 50193 Zaragoza
Tel. 976 154 276 - Fax 976 154 169

C.M.S.S. La Cartuja

Centro Cívico La Cartuja.
C/ Autonomía de Aragón, 21.
50720 Zaragoza
Tel. 976 501 304 - Fax 976 500 906

C.M.S.S. Casablanca

Centro Cívico Casablanca.
C/ Ermita, s/n. 50009 Zaragoza
Tel. 976 560 180 - Fax 976 552 826

C.M.S.S. Miralbueno

Cno. del Pílon, 147. 50011 Zaragoza
Tel. 976 328 241 - Fax 976 320 354

C.M.S.S. Casetas

Plaza del Castillo, 7.
50620 Zaragoza
Tel. 976 786 147 - Fax 976 786 524

C.M.S.S. Monzalbarba

C/ Santa Ana, 34.
50120 Zaragoza
Tel. 976 462 315 - Fax 976 772 893

C.M.S.S. Garrapinillos

Plaza España, s/n. 50190 Zaragoza
Tel. 976 303 243 - Fax 976 780 220

Glosario

Ácidos grasos esenciales: Son ácidos grasos que el organismo no puede producir, deben obtenerse a través de la alimentación. Se encuentran en el pescado azul, frutos secos, el aceite de oliva o bacalao.

Actividades básicas de la vida diaria: Actividades básicas relacionadas con el cuidado personal de uno mismo (vestirse, arreglo personal, comer, control de esfínteres, uso del servicio, comer) y con el funcionamiento físico (andar, movilidad en el interior del domicilio) y mental básico, que se ejecutan de forma cotidiana y cuya realización es imprescindible para que la persona viva de forma autónoma y adaptada a su entorno.

Actividades instrumentales de la vida diaria: Actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, importantes para mantener un funcionamiento normal en la vida, para las que se requiere un nivel de autonomía personal mayor, pero no son básicas para el cuidado personal. Estas actividades incluyen, telefonar, realizar tareas domésticas (limpiar, cocinar, lavar ropa, etc.), manejar dinero, transporte.

Agitación: Trastorno emotivo que se caracteriza por una gran actividad corporal desordenada y confusa.

Alerta: Situación de vigilancia o atención.

Alineación corporal: Consiste en colocar el cuerpo en línea respecto a la columna vertebral.

Alucinación: Sensación subjetiva que no va asociada a ningún estímulo sensorial externo.

Análisis racional: Análisis objetivo de la situación.

Anemia: Enfermedad que se produce por una disminución de los valores de hierro en sangre.

Anorexia: Falta anormal de ganas de comer.

Ansiolítico: Medicamento tranquilizante, destinado a disminuir la ansiedad.

Anticolinérgico: Es un compuesto farmacéutico que sirve para reducir o anular los efectos de la acetilcolina (reduce el ritmo cardíaco).

Arteriosclerosis: Endurecimiento de arterias de mediano y gran calibre.

Asintomático: Que no presenta síntomas de enfermedad.

Ateroma: Acumulación local de fibras y lípidos, principalmente colesterol, en la pared interna de una arteria, con estrechamiento de su luz y con posible infarto del órgano correspondiente.

Atrofia: Proceso destructor de las células de un tejido.

Autoafirmación: Seguridad en sí mismo, defensa de la propia personalidad.

Autoestima: Valoración generalmente positiva de sí mismo.

Autonomía: Es la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias.

Autonomía residual: Son las capacidades que quedan, aunque sean limitadas, después de un proceso o situación que disminuye la autonomía de la persona.

Aversiva: Causante de rechazo.

Azúcares simples: Sustancias que tienen un sabor dulce. Se llaman simples aquellos formados por una sola unidad y son el azúcar de las frutas, la glucosa y el azúcar de las plantas.

Benzodiazepinas: Medicamentos con efectos sedantes, relajantes, anticonvulsivos.

Bipedestación: Posición erguida.

Caloría: Unidad de energía empleada para medir el poder energético de los alimentos.

Carotídea: Referente a la arteria carótida.

Catatonia: Síndrome esquizofrénico, con rigidez muscular y estupor mental, algunas veces acompañado de una gran excitación.

Colesterol: Tipo de lípido o grasa cuyo exceso en sangre, puede producir endurecimiento de las arterias.

Coma: Estado grave de pérdida de consciencia.

Congruencia: Conveniencia, coherencia, relación lógica.

Conversaciones abstractas: Conversaciones sin contenido, sin sentido.

Cronificación: Acción y efecto de alargarse en el tiempo un síntoma o una enfermedad.

Cuadros de agitación: Estado de ansiedad, temor, con aumento de movimiento corporal desordenado.

Cuidados paliativos: Cuidados dedicados a pacientes con enfermedades terminales.

Decúbito: Posición del cuerpo tumbado horizontalmente.

Decúbito lateral: Posición en la que el cuerpo está tumbado de lado. Decúbito prono: posición en la que el cuerpo está tendido sobre el vientre y el pecho.

Decúbito prono: Posición en la que el cuerpo está tendido sobre la el vientre y el pecho.

Decúbito supino: Posición en la que el cuerpo está tendido sobre la espalda.

Deglución: Acción de tragar los alimentos y, en general, hacer pasar de la boca al estómago cualquier sustancia sólida o líquida.

Dependencia: Es el carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria.

Dermis superficial: Es la capa de la piel donde están los receptores del tacto (frío, caliente, duro, blando...).

Deterioro cognitivo: Pérdida de memoria y otras funciones cerebrales superiores con consecuencias en la vida diaria.

Diabetes: Enfermedad metabólica producida por deficiencias en la cantidad o en la utilización de la insulina, lo que produce un exceso de glucosa en la sangre.

Discapacidad: Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Distal: Se dice de la parte de un miembro o de un órgano más separada de la línea media del cuerpo.

Distensión gástrica: Aumento del tamaño del estómago.

Drenaje postural: Técnica utilizada para la limpieza de los bronquios.

Empatía: Identificación mental y afectiva de una persona con el estado de ánimo de otro.

Enema: Medicamento líquido que se introduce en el cuerpo por el ano con un instrumento adecuado para impelerlo, y sirve por lo común para limpiar y descargar el vientre.

Epidermis: Capa más externa de la piel.

Erosión: Lesión superficial de la epidermis, producida por un agente externo o mecánico.

Espasticidad: Hipertonía muscular de origen cerebral que se manifiesta por espasmos.

Estado confusional: Estado con alteración de la conciencia y una disminución de la atención, junto con cambios en la memoria, pensamiento, desorientación, lenguaje.

Estimulantes: Sustancias que aumentan los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerzan la vigilia y el estado de alerta y la atención.

Estoma: Abertura al exterior que se practica en un órgano hueco, como el intestino, o entre dos de ellos.

Expectorar: Arrancar y arrojar por la boca las flemas y secreciones que se depositan en la faringe, la laringe, la tráquea o los bronquios.

Férula: Aparato integrado por uno o más elementos (tablillas) cuya finalidad es mantener inmovilizadas partes móviles o huesos fracturados, luxados o desplazados para facilitar su correcta recuperación. Pueden ser estáticas o dinámicas, y de reposo o funcionales.

Férulas antiequino: Se utilizan para facilitar la marcha de las personas con hemiplejía impidiendo que el pie caiga hacia delante.

Férulas dinámicas: Constan de elementos móviles que pueden incluir componentes metálicos, gas, eléctricos y elásticos. Se utilizan para suplir la actividad pérdida del músculo, para reforzar los músculos débiles o para reducir o prevenir las contracciones.

Férulas estáticas de reposo: Se utilizan durante aquellos periodos en los que no es necesario el movimiento articular, y alivian el dolor (en artrosis de mano, síndrome del túnel carpiano por ejemplo)

Férulas estáticas funcionales: Se utilizan durante el día y deben permitir algún movimiento.

Fisura: Pérdida de la continuidad de un tejido: piel, hueso o mucosa. También se llama fisura a la fractura incompleta a lo largo de un hueso.

Fractura: Pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea. La fractura es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

Frustración: Acción y efecto de privar a alguien de lo que espera.

Funciones superiores: Funciones del cerebro como pensamiento, memoria, lenguaje.

Glúcidos: Sustancias que contienen azúcares.

Grados de apoyo

Supervisión: Cuando la persona requiere únicamente que se le preparen los elementos necesarios para la realización de la actividad, y/o se le hagan indicaciones o estímulos para realizar la actividad correctamente; y/o estar presente.

Apoyo físico parcial: La persona necesita de otra que colabore físicamente con ella en la realización de la actividad.

Apoyo físico completo: Otra persona ha de sustituir a la que se encuentra en situación de dependencia a la hora de realizar la tarea.

Grasas: Sustancias que tienen funciones estructurales y metabólicas, así como aportar energía al organismo.

Hábito defecatorio: Veces al día que se eliminan heces fecales y su tipo (diarrea, estreñimiento).

Hemiparesia: Se refiere a la debilidad motora de un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo, incluyendo el rostro y la cabeza o no. En este tipo de patología se recomienda integrar a la persona en la mejor manera posible a sus AVD (actividades de la vida diaria); buscando la funcionalidad del miembro afectado.

Hemiplejía: Es un trastorno en el que la mitad lateral del cuerpo está paralizada. La recuperación de la persona hemipléjica se basa en la rehabilitación, y adaptaciones del entorno a las capacidades que el individuo presenta para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).

Hernia: Protrusión o salida de parte de un órgano, como el intestino, de la estructura anatómica que normalmente la fija.

Hidratos de carbono: Sustancias que aportan el combustible para que el cuerpo funcione, presentes en legumbres, harinas, pastas.

Hiperactividad: Conducta caracterizada por un exceso de actividad.

Hipercolesterolemia: Exceso de colesterol en la sangre.

Hiperproteica: Dieta con gran cantidad de proteínas.

Hipodermis: Capa más profunda de la piel.

Hipotensión ortostática: Bajada importante de la tensión arterial que se produce cuando una persona cambia de posición (al levantarse de la cama o d de una silla, al incorporarse). Sobre todo si el movimiento es brusco.

Hipotermia: Descenso de la temperatura del cuerpo por debajo de lo normal.

HTA: Hipertensión arterial.

Incontinencia fecal: Pérdida del control normal de los intestinos, lo que provoca que las heces se salgan por el ano.

Ingesta: Conjunto de sustancias que se introducen por la boca, como comida, bebida, medicación.

Institucionalización: Ingreso de una persona en una residencia.

Intrínsecos: Propios del organismo de cada persona.

Lípidos: Grasas.

Luxación: Es toda lesión cápsulo-ligamentosa en una articulación con pérdida permanente del contacto entre los huesos que la forman.

Medicina preventiva: Especialidad médica encargada de la prevención de las enfermedades.

Médula espinal: Estructura nerviosa situada en el interior de la columna vertebral por la que pasan todos los estímulos nerviosos del cerebro al resto del cuerpo y viceversa.

Meningocele: Protrusión de las meninges a través de vértebras defectuosas debido a una malformación congénita de la columna vertebral.

Mielomeningocele: Defecto del nacimiento que afecta al sistema nervioso central.

Minerales: Son esenciales para la vida, están presentes en el organismo en cantidades muy pequeñas.

Minusvalía: Situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales.

Obesidad: Exceso de peso.

Obsesivo compulsivo: Trastorno perteneciente al grupo de los desórdenes de ansiedad (como la fobia social, la agorafobia...).

Ortesis: Dispositivo mecánico que ejerce fuerza sobre un segmento del cuerpo. Se pueden clasificar en cuatro tipos según su función: estabilizadoras, funcionales, correctoras y protectoras.

Ortesis correctoras: Indicadas para corregir una deformidad esquelética. Son más efectivos si se utilizan durante el desarrollo infantil.

Ortesis estabilizadoras: Mantienen una posición e impiden movimientos indeseados, por lo que se pueden utilizar en parálisis flácidas o espásticas si el objetivo es actuar como soporte de un segmento paralizado, o para disminuir la amplitud articular de un segmento inflamado y doloroso.

Ortesis funcionales: También llamadas dinámicas, ya que llevan incorporado un elemento elástico que permite movilizar un segmento de un miembro paralizado.

Ortesis protectoras: Mantienen la alineación de un miembro enfermo o lesionado.

Osteoporosis: Fragilidad de los huesos producida por una menor cantidad de sus componentes minerales, lo que disminuye su densidad.

Paresia: Término general que se refiere a un grado de debilidad muscular leve a moderado, ocasionalmente se utiliza como sinónimo de parálisis (pérdida severa o completa de la función motora). La paresia bilateral de las extremidades inferiores se conoce como paraparesis.

Parestesia: Se define como la sensación anormal de los sentidos o de la sensibilidad general que se traduce por una sensación de hormigueo, adormecimiento, acorchamiento, etc., producido por una patología en cualquier sector de las estructuras del sistema nervioso.

Pensamientos apresurados: Síntoma del trastorno bipolar relacionado con una fase de elevación del estado de ánimo.

Pleja: Término general utilizado normalmente para describir la pérdida severa o completa de la fuerza muscular producida por una enfermedad motora sistémica. Este término ocasionalmente puede referirse también a una pérdida de la función sensorial.

Productos de apoyo: Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnologías y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Prominencias óseas: Abultamiento de los huesos.

Promoción de la autonomía personal: Dotar a las personas en situación de dependencia de recursos y “Servicios de Asistencia Personal” para que puedan disfrutar de una vida normalizada y en igualdad de condiciones, ejerciendo su derecho a la plena ciudadanía.

Propulsión: Acción y efecto de dar empuje hacia delante.

Proteínas: Son sustancias esenciales para la vida (crecimiento, formación de jugos digestivos, defensa, catalizadores..).

Prótesis: Una extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones.

Proximal: Se dice de la parte de un miembro o un órgano más próxima a la línea media del organismo en cuestión.

Psicomotricidad: Integración de las funciones motrices (movimiento) y psíquicas.

Reflujo gastroesofágico: Consiste en el paso del líquido esofágico al estómago.

Sedación: Acción y efecto apaciguar, calmar, sosegar.

Sedestación: Posición sentada.

Síndrome: Conjunto de síntomas y signos.

Síntomas negativos: Parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales.

Sintomático: Perteneciente o relativo al síntoma.

Sueño reparador: Sueño durante el cual el organismo se regenera y recupera de la actividad realizada ese día y se carga de energía para el siguiente.

Tejido necrótico: Contiene células muertas consecuencia de la destrucción de los tejidos.

Trastornos de personalidad por evitación: Se caracteriza por inhibición social, sentimientos de inadecuación y miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.

Trastornos del estado de ánimo: Categoría dentro de los trastornos mentales que incluye todos los tipos de depresión y el trastorno bipolar.

Triglicéridos: Son el principal tipo de grasa presente en el organismo.

Úlceras tróficas: Úlcera debida a una nutrición imperfecta del tejido donde se forma.

Vía aérea: Sistema de conducción del aparato respiratorio formado por nariz, boca, faringe, laringe, bronquios y bronquiolos.

Vitaminas: Sustancias orgánicas que existen en los alimentos y que, en cantidades pequeñísimas, son imprescindibles para la vida.

Vitamina A: Ayuda a la formación y mantenimiento de los dientes, tejidos blandos y óseos, de las membranas mucosas y de la piel.

Vitamina C: Nutriente esencial para el organismo, su deficiencia causa escorbuto.

Vitaminas liposolubles: Vitaminas A, D, E y K.

Bibliografía

- Apuntes de relación de ayuda.* Centro de Humanización de la Salud 1996.
- Atención primaria en geriatría "Casos clínicos".* Richard J. Ilen y Philip D. Sloane. Mosby/Doyma. Libros 1995.
- Boletines de información sobre Parálisis cerebral.* ASPACE.
- Carta de los Derechos fundamentales de la Unión Europea.* DOCE, 18-12-2000.
- Claves para la comprensión e intervención ante las conductas desafiantes en personas con discapacidades del desarrollo.* Javier Tamarit. FEAPS. España. Octubre 2005.
- Comunicación eficaz en la enfermedad de Alzheimer.* Juan Santiago Martín Duarte, Juan Gonzalo Castilla Rilo y M^º Jesús Morala del Campo. Aula Diez. AFAL contigo. 2006.
- Cuidarse para cuidar mejor en la enfermedad de Alzheimer.* Susana Donote Martínez y Laura Carrasco Martín. Biblioteca Parkinson. 2007.
- Diabetes, control y tratamiento.* UNED.
- Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.* Un reto para la psiquiatría del siglo XXI. Dr. Luis Aguilera. Novartis-Neuroscience. Profardaco 2.
- Guía de recomendaciones para el diseño y selección de mobiliario para mayores.* Page, Á y cols. Instituto de Biomecánica de Valencia, Ministerio de Asuntos Sociales. 1995.
- Guía para cuidadores. Aprender a cuidar y a cuidarse.* Ruth García-Moya Sánchez. Santillana 2007.
- Guía Un cuidador Dos vidas. Programa de atención a la dependencia. Apoyo al cuidador familiar.* Obra social Fundación La Caixa 2009.
- Guías de buenas prácticas clínicas en geriatría.* SEGG.
- Informe 12 Portal Mayores. Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiendo la perspectiva tradicional.* Ignacio Montorio Cerrato y Andrés Losada Baltar. IMSERSO y CSIC 2003.
- Intervención clínica y psicosocial en el anciano.* Sinfiorano Rodríguez Moreno y Antonio Castellano Suárez. ICEPSS. 1995.
- Intervención Psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico de la salud.* Montorio e Izal. Síntesis 2000.
- La estimulación visual en niños de baja visión.* Gortazaró. Tesina 1991.
- Lecciones de gerontología. Trabajar con personas mayores; reflexiones desde la bioética.* Antonio Moya Bernal 2006.
- Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia.* BOE 229 de 15 de diciembre de 2006.
- Los cuidadores informales a un enfermo de Alzheimer. El cuidador familiar.* Jesús Medina Ortega, Juan Santiago Martín Duarte, Manuel Nevado y otros. Aula Diez. AFAL contigo. 2006.
- Los menores vulnerables.* Morente Mejías, F. Universidad de Jaén, 1997.
- Manual de Accesibilidad.* IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 1996.

- Manual de ayuda a domicilio.* Isabel Trigueros y Jasone Mondragón. Siglo XXI 2008.
- Manual de dietas simplificado.* Iowa Dietetic Association. Ed Andrea K Maher. RD LD 2008.
- Manual de geriatría.* Alberto Salgado y Francisco Guillén. Masson-Salvat 1994.
- Manual de psicogeriatría clínica.* Inmaculada de la Serna de Pedro. Masson 2000.
- Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras.* Verdugo, MA. (1995). Madrid. Ed. Siglo XXI.
- Recomendaciones nutricionales en diabetes.* American Diabetes Association.
- Semiología de los trastornos motores deficitarios.* Dr. Conrad Stephens K.
- Sistema Aragonés de Atención a la Dependencia; Guía informativa.* Gobierno de Aragón. Departamento de Servicios Sociales y Familia. 2008.
- Tabla de composición de alimentos.* Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Técnicas en atención primaria.* Carolina Botella Dorta 2009.
- Tratado de geriatría para residentes.* SEGG. 2007.

Webgrafía

- www.aragon.es
- www.iass.aragon.es
- www.ceapat.org
- www.segg.es
- www.afal.es
- www.iass.es
- www.obrasocial.lacaixa.es
- www.obrasocialcajamadrid.es
- www.juntadeandalucia.es
- www.fedeparkinson.es
- www.imsersomayores.csic.es
- www.mapfrecajasalud.com
- www.saluddispanet.es
- www.cocemfecyl.es
- www.psicoadictiva.com
- www.ortoweb.com
- www.discapnet.es
- www.ucp.org
- www.terapiaocupacional.com
- www.sercuidador.org
- www.autismo.org.es

Filmografía

- La caja de Pandora (Alzheimer).
- León y olvido (Síndrome Down).
- ¿Y tú quién eres? (Alzheimer).
- Gaby, una historia verdadera (Parálisis cerebral).
- El octavo día (Discapacidad psíquica).
- Una mente maravillosa (Enfermedad mental).
- El hijo de la novia (Alzheimer).
- Iris (Alzheimer).
- Piedras (Parálisis cerebral).
- Las llaves de la casa (Discapacidad psíquica).
- Te acuerdas del amor (Alzheimer).
- El diario de Noah (Alzheimer).
- Sueño de una noche de invierno (Autismo).
- Yo soy Sam (Autismo).
- Hijos de un Dios menor (Discapacidad auditiva).
- El milagro de Anne Sullivan (Discapacidad auditiva).
- Lejos de ella (Alzheimer).
- Sacrificios del corazón (Alzheimer).

Este material pretende servir de apoyo al personal formador de cuidadores de personas en situación de dependencia, tratando de proporcionar una visión que ayude a comprender la situación de dependencia en sí y a partir de ahí, ofrecer las pautas para que el apoyo prestado sea el adecuado a la fase de dependencia en que se encuentra la persona receptora de cuidados. Esto incidirá positivamente en la relación de cuidados entre la persona cuidadora y la persona en situación de dependencia.

El cuidado, tanto en el entorno domiciliario como en el profesional, debe ser excelente: respetando la dignidad de la persona en situación de dependencia y fomentando su autonomía.

