

0.1.4 Sistema respiratorio

0.1.4.1 Cambios morfológicos

- Disminución en la movilidad de las costillas y contracción parcial de los músculos respiratorios, debido a la cifosis progresiva, la osteoporosis y el colapso vertebral junto con la calcificación de los cartílagos costales.
- Se reduce la adaptabilidad de la pared torácica y el pulmón se vuelve más rígido.
- Reducción en el número de alvéolos, los restantes son mayores con espesas fibras elásticas. Existe una atrofia de las paredes alveolares.

0.1.4.2 Cambios funcionales

- La elevación de las costillas y el adelgazamiento del diafragma dan lugar a un aumento del 50% de la capacidad residual funcional entre los 30 y 90 años.
- El volumen residual, medida del equilibrio de las fuerzas elásticas del pulmón aumenta el 100%. No cambia la capacidad pulmonar total.
- Disminuye el flujo espiratorio forzado.
- Disminuye la capacidad respiratoria máxima.
- Desciende la presión parcial de oxígeno entre un 10 y un 15%.
- Consumo de oxígeno: La cantidad máxima de oxígeno en condiciones de estrés se reduce en un 50% hacia los 80 años, justificándose no por falta de ventilación alveolar sino por fracaso de la perfusión, retraso en la difusión de oxígeno y deterioro en la utilización por parte de los tejidos estresados.
- La reducción de la fuerza de los músculos espiratorios disminuye la efectividad propulsiva de la tos, que junto a la disminución de la actividad ciliar en el revestimiento bronquial y el aumento del espacio muerto, pueden dar complicaciones mecánicas e infecciosas ya que se retienen secreciones en tráquea y bronquios.

0.1.5 Cambios en el sistema gastrointestinal

0.1.5.1 Cambios morfológicos

- Boca: Disminución de la producción de saliva. Erosión de dentina y esmalte. Retracción de la encía y reducción de la densidad ósea en el surco alveolar.
- Esófago: Descenso en el número de fibras musculares (también a nivel de la faringe) tanto lisas como esqueléticas, las restantes experimentan hipertrofia.
- Estómago: Atrofia de la mucosa gástrica, probablemente por aceleración de la muerte celular y por enlentecimiento en la renovación celular.
- Intestino grueso: Aumento de tejido conectivo, una cierta atrofia mucosa, hipertrofia de la muscular mucosa. La diverticulosis del colon sigmoide está presente al menos en 1/3 parte de los individuos mayores de 60 años y en los 2/3 de los mayores de 80 años. En la diverticulosis existe un aumento de elastina en las tenia coli, con un aumento del grosor de la tenia y del músculo liso circular. Estos cambios pueden conducir a un acortamiento del colon y a unas presiones intraluminales mayores.
- Hígado: Descenso del tamaño hepático.
- Páncreas: No hay descenso significativo en el peso del páncreas (95 g), sin embargo la pérdida de tejido funcional puede quedar enmascarada por un aumento de tejido graso.

0.1.5.2 Cambios funcionales

a) Motilidad:

En personas muy ancianas se han detectado reducciones en la amplitud de las contracciones esofágicas más por debilidad en la contracción del músculo liso que por pérdida de control nervioso sobre el mismo. Función del esfínter esofágico inferior disminuida. Pirosis postprandial, hernia de hiato.

Hay pocas modificaciones descritas en la motilidad gástrica e intestinal, existiendo una disminución del tono muscular intestinal. La incontinencia fecal aumenta con la edad debido a una disminución del tono del esfínter y a las heces semilíquidas.

b) Secreción:

Gástrica

1) Acido gástrico: La secreción desciende intensamente entre los 40 y 60 años de edad hasta 1/5 parte de sus valores iniciales, después se estabiliza.

2) La pepsina desciende bruscamente entre los 50 y 60 años.

c) Absorción: La función más importante del sistema gastrointestinal se mantiene para todos los nutrientes:

- Proteínas: Posibles defectos en la absorción de aminoácidos.
- Glúcidos: Posible disminución en la velocidad de absorción.
- Grasas: No hay diferencias significativas en la absorción de lípidos.

d) Función hepática:

Las enzimas hepáticas de los ancianos pueden ser menos inducibles que las de individuos más jóvenes. La consecuencia más importante respecto al deterioro de la función enzimática hepática es la propensión a contribuir a reacciones farmacológicas adversas en enfermos ancianos, debido a un metabolismo de fármacos enlentecido.

e) Función vesicular biliar:

Los mecanismos de estabilización y absorción de colesterol se vuelven menos eficientes y aparece la litiasis biliar en un 10% de hombres y un 20% de mujeres entre los 55 y 65 años, llegando al 40% a los 80. Aumenta la frecuencia de colelitiasis.

0.1.6 Cambios en el sistema renal

0.1.6.1 Cambios morfológicos

Cada riñón contiene 1 millón de nefronas en el momento del nacimiento, éstas aumentan de tamaño, pero no en número, hasta llegar al estado adulto. Durante la maduración se pierden algunas, pero después la pérdida se acelera de forma que entre los 25 y 85 años el número desciende de un 30 a un 40%. La pérdida de masa renal no es uniforme, siendo mayor en la corteza que en la

médula. Las nefronas restantes se hipertrofian, aunque a pesar de ello el peso del riñón disminuye.

0.1.6.2 Cambios funcionales

La función también se ve disminuida:

- Tasa de filtración glomerular, desciende un 40% desde los 20 hasta los 90 años
- Flujo plasmático renal, disminuye en un 53% variando de 600 ml/min a 300 ml/min.
- Reabsorción de glucosa máxima, desciende en un 43% (pudiendo aparecer glucosuria).
- Secreción máxima de paraaminohipurato, desciende en un 47,6%.
- Menor capacidad para reabsorber el Na.
- Aumento del nitrógeno uréico en plasma, menor capacidad de excreción.
- Disminución moderada en la capacidad de concentración de la orina.
- Respuesta a las sobrecargas ácidas o básicas retrasadas y prolongadas

0.1.7 Cambios en el sistema nervioso

0.1.7.1 Cambios morfológicos

El encéfalo se mantiene estable hasta los 50 años (aunque el inicio de la pérdida de peso y volumen comienza a los 30 años) para ir disminuyendo su volumen a razón de un 2% por década. En el proceso se ven implicadas tanto la sustancia gris como la blanca, aunque la sustancia gris se pierde antes que la blanca.

- Adelgazamiento de las circunvoluciones cerebrales, en particular las frontales y las parietales. Con la edad hay una tendencia a la atrofia cortical y a la dilatación ventricular. Los surcos corticales se ensanchan.
- Reducción neta del flujo sanguíneo cerebral.

- Acumulación de proteínas anormales en los cúmulos y placas.
- Acumulación intracelular del pigmento lipofuscina, que se produce en vacuolas de almacenamiento y que cuantitativamente está relacionada con la edad.
- Diversas lesiones anatómicas guardan una alta correlación con la demencia senil, pese a la edad de inicio. Las más comunes son las **placas seniles** y los **cúmulos neurofibrilares**.
- Las alteraciones dendríticas son de interés relevante. El hipocampo desempeña un papel crucial en la formación y mantenimiento de la memoria, y de la densidad dendrítica y de las espinas dendríticas depende la entrada de información a las neuronas. En el encéfalo senil (y de dementes) se puede observar pérdida progresiva de entramado dendrítico de las neuronas piramidales.
- Velocidad de conducción menor, entre los 50 y los 80 años desciende un 15%

0.1.7.2 Órganos de los sentidos

• Ojo

- Pérdida de elasticidad del músculo orbital, provoca disminución de la movilidad ocular, inversión o eversión del borde del párpado inferior.
- Degeneración del músculo elevador y pérdida de grasa orbital dando un exoftalmos o hundimiento de los ojos de la órbita.
- Agudeza visual disminuida.
- Descenso de la capacidad de acomodación. A medida que la persona envejece los ejes del cristalino se modifican. El continuado crecimiento del cristalino hace que se ensanche hacia adelante reduciendo la cámara anterior del ojo, provoca un cambio que puede hacer aparecer una cierta miopía o astigmatismo.
- Aparición del arco senil, un depósito de lípidos que forma un círculo blanco a nivel del borde externo del iris.

- **Oído**

Más de 1/3 de las personas mayores de 75 años experimentan una pérdida auditiva. El umbral medio para los tonos puros aumenta con la edad para todas las frecuencias y para ambos sexos. La correlación anatómica es la degeneración del órgano de Corti en el extremo basal de la cóclea.

- **Gusto y olfato**

Hay una pequeña disminución en el número de papilas gustativas y atrofia, se pierde la capacidad de detección de sabores salados más que de los dulces. También hay una reducción en la capacidad de identificación olfatoria, aunque no varía la inervación.

- **Tacto**

Reducción en la agudeza del sentido del tacto. En el curso del envejecimiento se producen pérdidas selectivas de sensibilidad vibratoria, discriminación de dos puntos y reconocimiento táctil, mientras que la sensibilidad posicional, el tacto ligero o la presión son normales.

0.1.8 Cambios en el sistema endocrino y reproductor

La característica fundamental del organismo anciano es una reducción progresiva en su capacidad para mantener la homeostasis frente al estrés ambiental. El efecto general de los cambios del envejecimiento sobre el sistema neuroendocrino es una resistencia progresiva a la retroalimentación negativa de los órganos diana. Por tanto, incluso aunque la respuesta inicial a unos estímulos estresantes sea la adecuada, a medida que el organismo envejece hay un aumento de la probabilidad de que la respuesta pueda ser persistente y, finalmente, inapropiada e incluso nociva para el organismo.

0.1.8.1 Cambios estructurales en el aparato reproductor masculino

La disminución de testosterona circulante produce los siguientes efectos:

- Disminución en el tamaño de los testículos, perdiendo firmeza.
- Degeneración de los túbulos seminíferos haciéndose más tortuosos y gruesos.
- Disminución de volumen y viscosidad del líquido seminal.

- Hipertrofia prostática, con contracciones más débiles.

La disminución de estrógenos en la menopausia concreta más, que en caso del varón, el momento de pérdida de fertilidad.

- Atrofia del útero, vagina y resto del aparato genital, con pérdida del soporte vascular.
- Regresión en los caracteres sexuales secundarios, sin embargo se mantienen prácticamente hasta final de los 60 años.
- Aumento en las gonadotropinas.

0.1.9 Cambios en el sistema tegumentario: Piel, Pelo y Uñas

- Adelgazamiento de las capas celulares de la epidermis.
- Reproducción celular más lenta, las células son más grandes e irregulares.
- Descenso del número de melanocitos, así la función fotoprotectora está disminuida.
- Disminución de la inmunidad celular cutánea y la sensibilidad a antígenos.
- Dermis adelgazada, mayor tendencia a que la epidermis resbale sobre la dermis. Hay un aumento de la fragilidad vascular. Se reduce el número de capilares dando lugar a la palidez cutánea y dificultando los procesos de cicatrización.
- La elastina pierde sus características elásticas, el colágeno se hace más rígido dando lugar a las arrugas y a la flojedad de la piel en el anciano.
- Pérdida de grasa subcutánea, desciende el grosor de los pliegues cutáneos.
- Las glándulas sudoríparas descienden en tamaño, número y función, contribuyendo a la sequedad de la piel y a una disminución funcional de la termorregulación.
- Disminución de la secreción de las glándulas sebáceas.

- **Pelo**

- Disminución en el diámetro del tallo (parte del pelo que emerge de la piel).
- Velocidad del crecimiento del pelo disminuida.
- Disminución de producción de melanina por parte de los melanocitos.

- **Uñas**

- Velocidad de crecimiento de las uñas menor (0,83 mm/semana a los 30 años a 0,52 mm/semana a los 90 años).
- Reducción del aporte vascular al lecho ungueal dando lugar a uñas mates, quebradizas, duras y gruesas con estriaciones longitudinales por alteración de la matriz ungueal.

0.1.10 Cambios estructurales con consecuencias fisiológicas y/o fisiopatológicas

Composición corporal

- Disminución de agua corporal
- Disminución del tamaño de los órganos
- Aumento relativo de la grasa corporal
- Resistencia disminuida a la deshidratación
- Alteración en la distribución de fármacos

Sistema tegumentario:

- Disminución del recambio de células epidérmicas
- Atrofia dermoepidérmica y subcutánea
- Disminución del número de melanocitos
- Atrofia de folículos pilosos y glándulas

- Arrugas cutáneas y laxitud
- Fragilidad capilar
- Telangiectasias
- Susceptibilidad a úlceras de decúbito
- Xerosis cutánea sudoríparas
- Disminución de actividad de glándulas sebáceas
- Disminución de vasculatura dérmica y asas capilares
- Queratosis actínica
- Encanecimiento y alopecia

Aparato cardiovascular:

- Disminución del número de células miocárdicas y de la contractilidad
- Aumento de resistencia al llenado ventricular
- Descenso de actividad de marcapasos AV, velocidad de conducción y sensibilidad de los barorreceptores
- Rigidez de las arterias.
- Descenso del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo de la mayoría de los órganos
- Disminución de la reserva cardíaca
- Escasa respuesta del pulso con el ejercicio
- Arritmias
- Aumento de la presión diferencial del pulso
- Aumento de la presión arterial
- Respuesta inadecuada al ortostatismo
- Síncopes posturales

Aparato respiratorio:

- Disminución de la distensibilidad de la pared torácica y pulmonar.
- Pérdida de septos alveolares.
- Colapso de las vías aéreas y aumento del volumen de cierre.
- Disminución de la fuerza de la tos y aclaramiento mucociliar
- Disminución de la capacidad vital.
- Aumento del volumen residual y de la diferencia alvéolo-arterial de oxígeno.
- Aumento del riesgo de infecciones y broncoaspiración.

Aparato renal:

- Descenso absoluto del número de nefronas, disminución del peso renal.
- Descenso del tono vesical y del esfínter.
- Capacidad de la vejiga disminuida.
- Hipertrofia prostática en hombres y descenso del tono de la musculatura pélvica en mujeres,
- Reducción del filtrado glomerular (la cifra de creatinina se mantiene por descenso de producción).
- Disminución en la habilidad de concentración y máxima capacidad de reabsorción de la glucosa.
- Incontinencia.

Aparato gastrointestinal:

- Boca: Disminución de la producción de saliva. Erosión de dentina y esmalte.
- Reabsorción de la raíz y migración apical de estructuras de soporte del diente.
- Esófago: Disminución del peristaltismo.

- Estómago e intestino: Secreción de ácido y enzimas disminuidas.
- Colon y recto: Disminución del peristaltismo.
- Pérdida de piezas dentarias
- Tránsito esofágico prolongado.
- Reflujo esofágico.
- Disfagia.
- Poliposis gástrica y metaplasia intestinal.
- Constipación y diverticulosis.
- Incontinencia fecal.

Sistema nervioso:

- Pérdida neuronal variable.
- Disminución de conexiones interdendríticas y de neurotransmisión colinérgica.
- Alteraciones intelectuales.
- Lentitud y escasez de movimientos.
- Hipotensión postural, mareos, caídas.
- Reparición de reflejos primitivos.
- Disminución del flujo sanguíneo cerebral.
- Disminución de la velocidad de conducción.
- Alteración en los mecanismos de control de temperatura y de la sed.
- Hipo e hipertermia.
- Deshidratación.

Sentidos:

- Vista: Fisiología alterada del vítreo y retina.
- Degeneración macular. Trastorno de coloración, rigidez y tamaño del cristalino.
- Oído: Disminución de la función de células sensoriales en aparato vestibular.
- Gusto y olfato: Descenso en número y función de papilas gustativas y células sensoriales olfatorias. Producción de saliva disminuida.
- Tacto: Disminución de agudeza táctil y temperatura
- Receptores de dolor intactos.
- Disminución de agudeza visual, campos visuales y velocidad de adaptación a la oscuridad.
- Trastorno en la acomodación y reflejos pupilares.
- Alta frecuencia de cataratas, astigmatismo y miopía.
- Disminución de la audición (altas frecuencias), discriminación de sonidos y alteraciones del equilibrio.
- Disminución de la satisfacción gastronómica.

Aparato locomotor:

- Estatura: Acortamiento de la columna por estrechamiento del disco.
- Cifosis.
- Huesos: Los largos conservan su longitud.
- Pérdida universal de masa ósea.
- Articulaciones: Disminución de la elasticidad articular.
- Degeneración fibrilar del cartílago articular, con atrofia y denudación de la superficie.

- Músculos: Disminución del número de células musculares y aumento del contenido de grasa muscular.
- Descenso progresivo de altura
- Osteoporosis
- Colapso vertebral y fractura de huesos largos con traumas mínimos.
- Limitación articular.
- Pérdida de fuerza muscular progresiva y disminución de la eficacia mecánica del músculo.

0.2 Cambios psíquicos

Para comprender en toda su amplitud los cambios psíquicos atribuibles a la edad hay que considerar la interrelación entre:

- Las modificaciones anatómicas y funcionales en las estructuras cerebrales (ya analizadas en el envejecimiento del sistema nervioso y órganos de los sentidos).
- Las modificaciones en las funciones cognitivas (inteligencia, memoria, resolución de problemas, creatividad).
- Las modificaciones en la efectividad (vivencia de las pérdidas, motivación, personalidad).

0.2.1 Modificación de las funciones cognitivas

La disminución de las funciones cognitivas durante el envejecimiento es uno de los aspectos que suele vivirse como una gran amenaza para el bienestar e incluso para la integridad personal.

Muchas personas ancianas, por ejemplo, refieren la pérdida de memoria con mayor angustia, que un dolor crónico, o toleran peor la falta de relación familiar que un determinado proceso de enfermedad. Ateniéndonos a la estrecha relación entre estos aspectos y a la lenta evolución con que suelen producirse las modificaciones en esta área, resulta difícil generalizar el alcance de las pérdidas ya que la persona anciana irá adaptándose poco a poco e incluso ensayar

y pondrá en práctica estrategias sustitutorias para los déficits que van apareciendo.

Hay que considerar que la evaluación del funcionamiento cognitivo está sujeta a dos premisas: a) la subjetividad en la interpretación de las capacidades intelectuales y b) la poca familiaridad de las personas ancianas en el uso de los instrumentos utilizados a este fin.

Esto establece posibles limitaciones a la medición de las habilidades mentales, sobre todo si no va acompañada de la observación y conocimiento de las características del proceso de envejecimiento.

Los componentes de la inteligencia humana (percepción, razonamiento, abstracción, formación de conceptos, y resolución de problemas) están influenciados también por múltiples aspectos personales, educacionales, culturales, o del propio entorno, por eso las manifestaciones en el comportamiento individual son diferentes, así como las respuestas a las situaciones de cambio.

0.2.1.1 Inteligencia

La edad, por sí sola, no parece ser un factor que modifique de forma apreciable la utilización de las facultades mentales, aunque las personas mayores suelen utilizar los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida para compensar la lentitud de respuesta a distintos estímulos. Esta situación nos permite identificar la estabilidad como una de las principales características de la inteligencia en los mayores.

El enlentecimiento de las capacidades intelectuales es el factor clave que hay que tener presente en los cambios psíquicos, y su traducción en el comportamiento individual se caracteriza por: fatiga intelectual, pérdida de interés, pérdida de atención y/o dificultad en la concentración. A menudo, este cambio de ritmo no es más que un reflejo del enlentecimiento orgánico general, por tanto si consideramos que la persona anciana precisará invertir mayor cantidad de energía para adaptarse a las diferentes situaciones que le plantea su proceso de envejecer, podremos entender la naturaleza de sus respuestas.

La forma de inteligencia que reconocemos como inteligencia fluida guarda relación con el aprendizaje y precisa una base neurofisiológica. En ella se sitúa la creatividad, el comportamiento innovador y permite al individuo la resolución de problemas nuevos. La inteligencia cristalizada, la relacionamos con la experiencia y la reflexión. Está vinculada a los aspectos culturales, educacionales y de experimentación. Permite al individuo dar respuesta a los problemas utilizando las estrategias aplicadas en la resolución de situaciones ya vividas.

Parece fácil deducir pues que la inteligencia fluida, que depende de la capacidad de adaptarse rápida y eficazmente a situaciones nuevas, estará disminuida, mientras que la inteligencia cristalizada se mantendrá e incluso aumentará, al estar directamente relacionada con la experiencia.

El razonamiento verbal no parece sufrir cambios, aunque sí se aprecia una ligera pérdida en la capacidad para la conceptualización y la flexibilidad mental.

Se observa también un declive en la agilidad mental precisa para la coordinación de movimientos, especialmente relacionada con el funcionamiento de la vista y el oído.

0.2.1.2 Memoria

La pérdida de memoria reciente parece ser el signo general característico de los cambios psíquicos, durante el envejecimiento. A la persona le resulta difícil evocar sucesos recientes y sufre además pequeños olvidos. Diferentes factores se interrelacionan además con esta pérdida de memoria, aunque no se conocen las causas exactas ni tampoco el alcance de esta interacción, abarcan desde los cambios neurológicos y circulatorios que afectan la función cerebral, la oxigenación y la nutrición celular, hasta la motivación, la pérdida de interés por el entorno, los sentimientos de impotencia, los estados depresivos, el desacuerdo con la situación de vida actual, vivencia de duelos, etc.

Las personas ancianas refieren dificultad de para retener informaciones poco significativas, especialmente si deben esforzarse mucho o si en el momento de recibir esa información tienen su foco de atención en alguna otra actividad. También expresan tener problemas en la organización secuencial de la información recién llegada, así como en la capacidad para sintetizar.

La memoria a largo plazo, o memoria remota, parece estar bien conservada, los ancianos recuerdan situaciones y hechos antiguos, pero también acontecimientos nuevos almacenados en su memoria remota. Son capaces de evocar con detalle, hechos que tuvieron lugar en otra época, época por otro lado seguramente significativa en su historia de vida. La memoria remota permite recordar y conservar el vocabulario, las experiencias, los recuerdos y mucha más información útil sobre el mundo que les rodea y sobre sí mismos.

Es importante tener presente que la memoria visual se conserva intacta durante más tiempo que la memoria auditiva o que las relaciones temporo-espaciales.

La memoria sola no tiene ningún significado si no va acompañada del mantenimiento de la actividad mental. Utilizar medios simples como listas, agendas, notas, calendarios, etc., permite recordar a las personas mayores sus ocupaciones, responsabilidades o actividades, sin representar para ellos graves inconvenientes.

0.2.1.3 Resolución de problemas y creatividad

La dificultad en la organización de la información, la rigidez de pensamiento, junto con la prudencia en la toma de decisiones, pueden condicionar la capacidad para resolver los problemas. Si la situación es poco precisa, la decisión se hace difícil, y la capacidad para resolverla disminuye. El elemento condicionador por excelencia, capaz de limitar las respuestas del anciano, será el tiempo.

Sin embargo, sus soluciones suelen ser mucho más tácticas y valiosas, cuando ponen en práctica sus experiencias de vida y su sabiduría.

La creatividad es difícil de medir ya que está íntimamente relacionada con lo cognitivo y con la afectividad. No hay límites de edad en la creatividad, ni tampoco está reservada a unos cuantos elegidos. Las personas mayores pueden descubrir su potencial creativo a través de nuevas experiencias o nuevas actividades que, acompañadas de entusiasmo por la vida, les hacen sentirse reconocidos.

0.2.1.4 Modificaciones en la afectividad

La mayoría de personas ancianas han adquirido una madurez emocional a través de sus experiencias vitales, lo que le permite responder a situaciones de pérdidas afectivas. Sin embargo, su estado de salud física y mental, así como la calidez u hostilidad del medio en el que viven, influirán en la expresión de su emotividad. Con la edad aumentan las crisis, los problemas, los factores estresantes cobran mayor importancia; y se agravan por las difíciles situaciones de vida que presentan muchas personas ancianas, y también a causa de la disminución de las fuerzas físicas para hacer frente a esas dificultades.

0.2.1.5 Motivación

La motivación representa el impulso generador de actividades dirigidas a la satisfacción de un objetivo preciso. No podemos esperar que las mayores ocupen las 24 horas del día con las mismas actividades que otras personas más jóvenes, pero sí debemos procurar que las que realizan sean satisfactorias, les

hagan sentir útiles y participantes en la sociedad. La imaginación es importante a la hora de pensar cuáles son los intereses de las personas mayores, pero es esencial plantearse que tanto la propuesta como la decisión deben tomarla ellos mismos. Los centros cívicos, las asociaciones, el voluntariado, etc., son recursos hacia los que hay que dirigir a las personas mayores que lo necesiten.

0.2.1.6 Personalidad

Suele afirmarse que los rasgos de la personalidad del individuo se remarcan con la edad. Cuando hablamos de personalidad madura, hablamos de personalidad que se mantiene estable si no aparece ningún problema de enfermedad. Ciertamente el individuo no suele presentar cambios espectaculares en su personalidad, aunque si realiza ciertos ajustes según las circunstancias vitales. Así, la personalidad puede verse afectada por diversos factores: estado de salud, entorno familiar, pérdidas afectivas, situación de vida, experiencias, etc.

Los análisis de tipologías referidas a personas mayores hacen referencia a la adaptación al envejecimiento. Así se identifican personalidades “adaptadas” y personalidades “mal adaptadas”.

Entre las primeras, estarían los ancianos realistas, contentos de vivir esta etapa de su vida de forma satisfactoria, que se mantienen activos e interesados por todo lo que les rodea.

Y también, los que siendo más pasivos que los anteriores, están contentos de ser jubilados y de no tener ninguna obligación con la sociedad. O los que son estrictos consigo mismos, que han antepuesto el deber al placer, y que creen que serán vulnerables en el momento en que cese su actividad.

Entre las segundas, las mal adaptadas, identificaríamos a las personas cólericas, negativas y hostiles, que siempre están descontentas, que no aceptan envejecer y que tienen miedo a morir. O aquellos cuyo balance de vida es negativo, se sienten culpables de todo y consideran la muerte como única salida a su situación de vida desagradable.

0.3 Cambios sociales

Los cambios sociales que se producen durante el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el marco de la propia comunidad. Asimismo considera las diferencias generacionales existentes a nivel de comportamiento social, y la dificultad de adaptación e integración que suele presentar la persona anciana ante estos cambios.

Cada etapa del desarrollo individual tiene su importancia. En el anciano este desarrollo estará sujeto a unas premisas fundamentales, no experimentadas de la misma forma por todos los individuos, ni con la misma secuencia de aparición temporal. Estas premisas están íntimamente ligadas a la vivencia de su envejecimiento y a la capacidad para aceptar y adaptarse a él. Por tanto, el ser consciente de las limitaciones en todas sus facetas permitirá al anciano establecer planes de vida satisfactorios.

Desde la perspectiva del trabajo de enfermería, la “colectivización” de los cuidados afecta negativamente al fomento de la independencia, por lo que se puede caer fácilmente en problemas de desindividualización, pérdida de autoafirmación, daño emocional y aislamiento social. Por ello se plantean los cambios sociales desde dos perspectivas:

1. El cambio de rol individual, del propio hombre como ser social relegado en la mayoría de los casos a un segundo plano.
2. El cambio de rol de los ancianos como grupo integrante de una sociedad determinada y los problemas derivados de la no integración como grupo marginal.

0.3.1 Cambio en el rol individual

Aunque los límites de la extensión de rol individual son difíciles de medir, a grandes rasgos los cambios en su dinámica se plantean desde tres dimensiones:

1. Como individuo único, capaz de decidir, con opiniones, creencias y valores propios, con una historia de personal e influido por un medio externo, con una concepción especial de la vida y de la muerte.
2. Como integrante de un grupo familiar, sus relaciones con él y el relevo de su papel en el seno de la familia.
3. Como persona receptora y dadora de afecto, capaz de afrontar las pérdidas.

0.3.1.1 El anciano como individuo único

En la última etapa de la vida de las personas se hace patente la conciencia de que la muerte está más cerca y es previsible que ocurra en un futuro más o menos inmediato. La concepción de la vida y de la muerte adquiere en este momento un nuevo sentido. La respuesta individual del anciano frente a la vida

y la muerte está condicionada por una serie de factores: creencias religiosas, cultura, factores educacionales, las propias experiencias sobre la muerte vividas a lo largo de su existencia y el estado en que se encuentre.

El temor y la angustia que rodean la muerte, y que el anciano suele verbalizar de modo general, están ligados a la imagen que cada individuo tiene de este trance, siendo la soledad, la oscuridad y el sufrimiento los componentes que más le preocupan.

La ancianidad es también el momento en el que las personas necesitan asumir, reasumir su existencia pasada y efectuar una relectura de su vida, ya que cada uno de nosotros necesita saber que ha conocido momentos épicos en los que afrontó con valor ciertas dificultades; y como en toda epopeya, contándolos, uno los embellece un poco, los aumenta..., seguramente por eso los ancianos repiten siempre las mismas cosas. Remover los recuerdos no es siempre experimentar nostalgia, con la amargura de las penas. Puede ser, por el contrario, una reconciliación con la vida pasada, apreciando todo su contenido de gozo y de alegría, y tratando de asumir mejor, con la distancia y perspectiva que permite la edad, las desgracias y las penas, tratando de dominarlas mejor.

0.3.1.2 El anciano como integrante de un grupo familiar

El envejecimiento transforma el rol del individuo en el seno familiar. Las relaciones familiares cambian. El anciano no suele vivir con sus hijos y nietos, ya que ni las características de la estructura familiar ni los problemas de espacio en las viviendas lo facilitan. Este fenómeno es más habitual en las zonas urbanas que en las rurales.

Las relaciones entre el anciano, sus hijos y sus nietos pasan en general por dos etapas diferentes:

1. Cuando el anciano es independiente y no tiene problemas de salud, es una ayuda para la familia, participa en las tareas del hogar y se encarga del cuidado de los nietos, con los que establece unas relaciones de complicidad.
2. En el momento en que aparecen problemas de salud y de dependencia, las relaciones suelen invertirse: el anciano pasa de proporcionar ayuda a recibirla, de cuidar a ser cuidado, perdiendo peso específico dentro de la familia. Entonces siente que sus opiniones y decisiones no tienen tanto valor lo que le genera sentimientos de rechazo, inutilidad y abandono.

0.3.1.3 El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas

La ancianidad es una etapa de la vida caracterizada fundamentalmente por las pérdidas (pérdida de facultades físicas, pérdidas afectivas, pérdidas económicas...). Todas estas pérdidas van acompañadas de una serie de sentimientos como tristeza, pesar o dolor, y de una serie de reacciones tanto emotivas como de comportamiento de “duelo”. La pérdida afectiva, especialmente relacionada con el cónyuge, es la que adquiere mayor trascendencia.

Las pérdidas afectivas van acompañadas de una gran tensión emocional y de un sentimiento de soledad. Pasa por períodos de pena y de dolor, y por períodos de remordimiento alternativamente unidos a reacciones de cólera, tanto dirigidas hacia el desaparecido por haberlo abandonado, como hacia las personas que le rodean para desplazar sus sentimientos y frustración. Estas pérdidas acarrear, en general, grandes cambios en su vida cotidiana como cambios de domicilio, nuevas responsabilidades...

De estas vivencias, la consecuencia que ocasiona más problemas es la soledad. Este sentimiento es muy difícil de superar. Por ello, algunos ancianos deciden formar nuevas parejas, ya que las necesidades emocionales precisan la misma atención que en otras etapas de la vida. La sociedad, y en particular la familia, suelen poner reparos a estas nuevas uniones, porque no se entiende que el anciano tenga sentimientos y necesite compartir sus emociones y estar acompañado.

0.3.2 Cambios en el rol en la comunidad

La contribución individual del hombre al grupo de pertenencia puede tener amplias perspectivas; sin embargo, la sociedad en general valora tan sólo al hombre activo, al que aporta trabajo y genera riqueza. No obstante, hay que considerar que los ancianos que ya han cumplido con su etapa productiva todavía tienen posibilidades de aportar conocimientos y de realizar tareas de ayuda comunitaria.

La dimensión del papel del individuo, dentro de la comunidad, gira en torno a dos grandes ejes: *la actividad laboral y la actividad social*, caracterizadas por la participación en las tareas comunitarias. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no de forma individual, sino en el momento que la sociedad lo incluye dentro del grupo de ancianos, aproximadamente a los 65 años.

0.3.2.1 Rol social

El modelo de sociedad un tanto rígida e inamovible de principios del siglo XX ha sido sustituido por la libre elección de la pertenencia a un grupo. La bús-

queda de identidad individual se plantea ahora sobre la base de la comparación con los demás, con lo que resulta inevitable pertenecer a un grupo determinado. Los cambios sociales producen en el anciano la sensación de no pertenencia al grupo escogido, al tiempo que el joven no es capaz de integrarlo en su grupo. Las costumbres, el estilo de vida y la concepción de la propia existencia separan las generaciones e inciden negativamente en el mutuo reconocimiento de los individuos que las componen.

Como consecuencia de este rechazo, se da la proliferación de grupos paralelos formados únicamente por ancianos lo que provoca un mayor distanciamiento intergeneracional. Estos grupos quieren hacer oír su opinión reclamando un mayor protagonismo social y debatir su forma de aportar algo a la sociedad y de canalizar el gran potencial que poseen.

0.3.2.2 Rol laboral: la jubilación

En el rol laboral, el gran cambio viene dado por el momento de la jubilación, esta nueva situación comporta para el anciano, en ocasiones, una serie de consecuencias negativas que es necesario analizar para poder evitarlas.

La jubilación es la situación de una persona que tiene derecho a una remuneración o pensión, después de haber cesado total o parcialmente en su profesión u oficio. Es un permiso social para desligarse del trabajo, que se obtiene por el hecho de haber cumplido una edad previamente reglamentada o unos años de trabajo preestablecidos.

Consecuencia de la jubilación

En todos los países se ha dado prioridad al aspecto económico, sin tener en cuenta los aspectos físicos, psicológicos y sociales que comporta el hecho de la jubilación, ni tampoco el difícil proceso de adaptación por el que pasan algunas personas. La adaptación es difícil porque la vida social y sus valores están orientados en torno a la actividad y al trabajo que se realiza, de modo que estos proporcionan y condicionan, en la mayoría de las ocasiones, la personalidad, las relaciones, las relaciones y el "rol social". Esta pérdida de rol lleva consigo una serie de consecuencias que repercuten en la situación económica e incluso en la salud física y psíquica.

Las relaciones sociales se reducen de forma importante al dejar el ambiente laboral; los recursos económicos disminuyen en casi todos los casos, siendo en general insuficientes; el exceso de tiempo libre exige una reorganización de la vida cotidiana y una utilización de los recursos personales y culturales para evitar la angustia que produce el "no tener nada que hacer". Además, esta etapa

coincide con la pérdida de los seres queridos, y la marcha de los hijos para crear su propia familia.

Diferentes gerontólogos han realizado estudios para medir el impacto que produce la jubilación. Se han descrito tres rupturas fundamentales:

- La primera, la constituye la desvalorización que supone el cese del trabajo como una situación injusta de identidad social y de crisis de personalidad.
- La segunda, el contar con un excesivo tiempo libre que en muchos casos es difícil de emplear.
- La tercera, la ausencia de socialización en esta nueva etapa.

En esta línea también se han descrito repercusiones sobre la salud, como perturbaciones emocionales, por estados depresivos y ansiedad, acompañadas de astenia; trastornos del sueño, y manifestaciones hipocondríacas que pueden influir en la aparición de otro tipo de enfermedades.

Por el contrario, otras teorías mantienen que el empleo del tiempo libre en la jubilación puede constituir satisfacciones personales que evitan que se produzca esta situación de crisis y de falta de identidad. Que el paso a la jubilación sea satisfactorio o no dependerá de la preparación y de la familiarización del individuo con todo lo que conlleva esta nueva etapa.

Preparación para la jubilación

Ante las consecuencias descritas anteriormente, en algunos países desarrollados se están realizando programas de preparación para la jubilación. Los programas que se desarrollarán deben ser impartidos por un equipo multidisciplinar. Los grupos deben ser reducidos en cuanto a número de participantes, con el objeto de favorecer la participación y el intercambio de opiniones. Previamente al diseño del curso, se requiere conocer las características socioculturales del grupo para que su resultado sea más efectivo y realista.

Los tres objetivos básicos de los cursos que preparan para una mejor adaptación a la

Jubilación deben ser:

- Cómo proyectar el futuro financiero.
- Cómo ocupar el tiempo libre.

- Conocimiento de las alteraciones y/o problemas de salud que se puedan presentar con la edad.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- Recuerde que los cambios físicos que se producen durante el envejecimiento afectan tanto a la estructura anatómica como a la funcionalidad orgánica, generando en el organismo una tendencia a la atrofia y una disminución de la eficacia funcional.
- Es importante considerar cuáles son las vivencias y sentimientos de la persona frente a las modificaciones de sus funciones cognitivas y su afectividad, por estar íntimamente relacionadas con las posibilidades de satisfacer autónomamente sus necesidades.
- La jubilación puede tener consecuencias positivas o negativas en la persona, según las posibilidades de preparación y los recursos con que cuenta para superar esta nueva etapa

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Autora:

YOLANDA GÓMEZ NARVÁEZ

Tema 1

PARTICIPACION EN LA ATENCIÓN SANITARIA PARA PERSONAS DEPENDIENTES EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO

1.1 Sistemas cardiovascular y respiratorio. Patologías más frecuentes.

- 1.1.1 Sistema cardiovascular
- 1.1.2 Sistema respiratorio
- 1.1.3 Participación en la toma de constantes vitales
- 1.1.4 Participación en la administración de medicación:
vías oral, tópica y rectal
- 1.1.5 Colaboración en la aplicación de técnicas de
aerosolterapia y oxigenoterapia
- 1.1.6 Colaboración en la aplicación de tratamientos
locales y métodos frío-calor
- 1.1.7 Uso de materiales para la medicación
- 1.1.8 Riesgos de los medicamentos
- 1.1.9 Prevención de riesgos laborales en las tareas
sanitarias

El Proceso de Envejecimiento. Participación en la Atención Sanitaria para Personas Dependientes en el Ámbito Socio-sanitario. Importancia del Cuidado a Personas y sus Familiares. Humanización de los Cuidados. Comunicación. Importancia del Cuidado en Pacientes con Demencias. Familia y Discapacidad. Seguridad del paciente (Higiene de Manos) Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente.

PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA PARA PERSONAS DEPENDIENTES EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO.

1.1 Sistemas cardiovascular y respiratorio. Patologías más frecuentes.

1.1.1 Sistema cardiovascular.

Las patologías más frecuentes del sistema cardiovascular son.

- Insuficiencia cardíaca. Es la incapacidad del corazón para impulsar la sangre, a través del sistema arterial o venoso, para cubrir las necesidades de la circulación periférica. Puede deberse a problemas mecánico-hemodinámicos (por valvulopatías), a trastornos graves del ritmo cardíaco o a una insuficiencia del miocardio.
- Angina de pecho o Angor. Es una insuficiencia coronaria aguda asociada a una isquemia (disminución del riego sanguíneo en una zona concreta del organismo) del miocardio. Produce dolor torácico de carácter opresivo que puede irradiarse a hombros, brazos, cuello o epigastrio. El dolor suele comenzar con el ejercicio y cesar con el reposo. Cada uno de los episodios puede dejar pequeñas necrosis que, con el transcurso del tiempo, pueden desencadenar un infarto de miocardio.
- Infarto agudo de miocardio (IAM). Es una necrosis (muerte de las células que conforman un tejido) del miocardio debida a una disminución total o parcial del aporte sanguíneo a las células cardíacas. Cursa con dolor torácico similar a la angina, pero que no mejora con el reposo. Si la necrosis es muy extensa, puede provocar una parada cardíaca irreversible.
- Pericarditis. Es la inflamación del pericardio producida, principalmente, por infecciones, aunque también pueden ser causadas por traumatismos, administración de fármacos o infartos agudos.

Cursa con dolor torácico, tos, dificultad respiratoria, taquicardia y fiebre.

- Endocarditis. Es la inflamación que afecta a la capa interna del corazón, producida normalmente por procesos infecciosos. Cursa con fiebre, fatiga, malestar, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y esplenomegalia (aumento del tamaño del bazo).
- Hipertensión arterial (HTA). Es el aumento crónico de la presión arterial por encima de los valores normales (140/90 mmHg). Puede ser primaria, cuando influyen factores como la herencia y la obesidad; o secundaria, cuando va asociada a otro tipo de patología o alteración crónica. Cursa con cefalea, vértigo, palpitaciones, dificultad respiratoria y, a veces, epistaxis (hemorragias que se originan en las fosas nasales).
- Arterioesclerosis. Enfermedad arterial causada por una alteración de la capa íntima de la pared arterial que se caracteriza por el endurecimiento, pérdida de elasticidad y estrechamiento de la luz arterial. Cursa con agotamiento, somnolencia, vértigo y lentitud en los movimientos, así como síntomas en la región afectada como palidez, problemas en la cicatrización de las heridas y úlceras.
- Aneurisma. Es la dilatación patológica de la pared de los vasos sanguíneos. Suele afectar a la arteria aorta y se desencadena por la existencia de arteriosclerosis. A medida que se expande la dilatación, aparece dolor agudo y los síntomas derivados de la compresión y lesión de los tejidos próximos.
- Trombosis venosa. Es la oclusión de la luz venosa por la formación de coágulos. Afecta sobre todo a miembros inferiores. Si el trombo (coágulo de sangre dentro de un vaso sanguíneo) se origina a partir de una inflamación de la pared vascular, hablamos de tromboflebitis. Cursa con dolor en la zona, aumento del calor local y eritema (inflamación de la piel que aparece acompañada de manchas rojas). Si afecta a venas profundas, puede provocar una embolia pulmonar.

1.1.2 Sistema respiratorio

Las patologías más frecuentes del sistema respiratorio, desde las fosas nasales a los pulmones son:

Rinitis: es la inflamación superficial de la mucosa que produce una secreción mucopurulenta (con moco y pus) causada por agentes infecciosos o alérgicos. Cursa con malestar, cefalea, estornudos, material de apariencia mucosa que sale de la nariz (rinorrea) y obstrucción nasal.

Sinusitis: es la inflamación de la mucosa de los senos paranasales (espacios llenos de aire situados alrededor de la frente, las mejillas y los ojos y que

están recubiertos de membrana mucosa) produciendo supuración de las cavidades con aparición de cefalea intensa.

Laringitis: es la inflamación de la mucosa laríngea. Se caracteriza por la aparición de afonía, ronquera, picor o dolor de garganta, pudiendo producir, en casos graves, episodios de espasmo de glotis y asfixia. Normalmente se trata de un cuadro catarral que cursa con “tos perruna” o tos laríngea.

Bronquitis: es la inflamación de la mucosa bronquial, normalmente precedida de cuadros inflamatorios de vías respiratorias altas (rinitis, faringitis y laringitis). Sus causas desencadenantes más frecuentes son los agentes infecciosos, fumar, el clima y la exposición al polvo. Su sintomatología es tos productiva (con secreciones), dificultad y ruidos respiratorios.

Asma bronquial: es una obstrucción generalizada intermitente que afecta a las vías respiratorias bajas estrechándolas, lo que provoca dificultad respiratoria o disnea y ruidos respiratorios. Generalmente se produce por alergias o infecciones.

Insuficiencia respiratoria aguda: es la incapacidad aguda de los pulmones para conservar una oxigenación adecuada de la sangre. Los síntomas son confusión, somnolencia y mareos (por acumulación de CO₂) además de taquipnea (frecuencia respiratoria mayor de 24 respiraciones por minuto) y disnea (dificultad respiratoria, por falta de oxígeno y sensación de asfixia del paciente).

Edema pulmonar: es una alteración aguda o crónica por aumento del líquido seroso en los alveolos pulmonares o tejido intersticial, que es aquel existente entre los elementos celulares de un órgano pulmonar. Cursa con sudoración, disnea intensa, ruidos respiratorios y variaciones en el pulso y la tensión arterial.

Neumonía: es una inflamación aguda o crónica de los pulmones. Se desencadena por la acción de gérmenes como el neumococo, el estafilococo o el estreptococo. Cursa con fiebre, tos productiva (con secreciones) y expectoración, disnea, taquipnea y dolor torácico.

Tuberculosis: es la infección producida por el bacilo de Koch (micobacteria responsable de la tuberculosis) que generalmente afecta a los pulmones, los bronquios y la pleura. A veces sus síntomas pasan desapercibidos, otras sin embargo, cursa con fiebre, insuficiencia respiratoria, disnea, dolor torácico y astenia (falta de energía y cansancio patológico).

Carcinoma de pulmón: Su principal causa es el tabaco y no suelen aparecer síntomas hasta estadios muy avanzados, en los que el proceso resulta casi irreversible.

1.1.3 Participación en la toma de constantes vitales

Para poder valorar el estado del paciente, además de la observación y del examen físico, es necesaria medición de una serie de parámetros o constantes que nos proporcionarán una base sólida sobre la que desarrollar nuestros cuidados con mayor calidad. Estos parámetros reciben el nombre de constantes vitales y son:

Temperatura . Tensión arterial. . Saturación de oxígeno. Respiración o frecuencia respiratoria. . Pulso o frecuencia cardíaca.

Los valores de estas constantes deberán siempre ser registrados en una gráfica con la mayor exactitud, de forma que nos resulte posible realizar una evaluación rápida de la situación del paciente con sólo ver estas anotaciones y, de este modo, poder notificar cualquier cambio al responsable sanitario.

La frecuencia en la toma y recogida de constantes dependerá de cada individuo, ya que los valores pueden sufrir variaciones dependiendo de la hora del día, la tensión emocional, el ejercicio realizado, etc. Por norma general, en ámbitos sanitarios las constantes se toman dos veces al día, aunque la frecuencia con que se medirán nos la indicará siempre el personal facultativo, dependiendo de la patología de cada individuo.

Además de estos signos vitales, a veces será necesario el registro de otros valores como los siguientes: ingesta y pérdida de líquidos (diuresis, vómitos, deposiciones...); controles de glucemia capilar; estado de consciencia (escala de Glasgow), etc.

Temperatura.

La temperatura es el grado de calor interno del cuerpo, consecuencia del equilibrio entre el calor producido por la actividad muscular, el metabolismo energético, etc; y el calor perdido por el organismo por fenómenos como la sudoración, la evaporación, etc. El control nervioso de la temperatura reside en el hipotálamo, que es el lugar donde ésta se regula.

La temperatura varía en relación a la hora del día (más baja por la mañana), a la temperatura ambiente y a la zona del cuerpo donde realicemos la medición.

Los valores normales de un individuo sano oscilan entre 36 y 37°C si la toma es axilar, aumentando 1°C si es oral o rectal.

El instrumento que se utiliza para su medición es el termómetro, que puede ser de diferentes tipos: de mercurio, electrónico, por infrarrojos, etc., siendo el

primero uno de los más fiables aunque también de los que más contaminación ambiental generan, por lo que actualmente están siendo retirados del mercado. Como alternativa a éste, están los termómetros de infrarrojos, que miden el calor de un objeto sin estar en contacto con él (como el termómetro ótico, cuya medición se realiza en el oído).

Las alteraciones de la temperatura que podemos encontrar son:

- Fiebre: temperatura mayor de 38°C.
- Febrícula: temperatura entre 37 y 38°C.
- Hipotermia: temperatura inferior a 35°C.

MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA AXILAR.

Material necesario: termómetro.

Procedimiento:

- Lavar las manos y colocar guantes si es necesario.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Comprobar que el termómetro está encendido o preparado para tomar la temperatura.
- Colocar el termómetro en la zona axilar, que ha de encontrarse seca (si estuviese mojada, secar con una gasa previamente), con el bulbo en contacto con la piel.
- Proceder a la retirada del aparato y lectura una vez oigamos un pitido o hayan pasado 5 min.
- Limpiar o desinfectar el termómetro, según sea necesario.
- Anotar la medida en la gráfica.

MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA ORAL.

Material necesario: termómetro.

Procedimiento:

- Lavar las manos y colocar guantes si es necesario.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Comprobar que el termómetro está encendido o preparado para tomar la temperatura.
- Colocar el termómetro en la boca, con el bulbo debajo de la lengua, e indicar al paciente que debe mantener la boca y los labios cerrados.
- Proceder a su retirada y lectura una vez oigamos un pitido o hayan pasado 5 min.
- Desinfectar el termómetro.
- Anotar la medida en la gráfica.

Procedimiento: MEDICIÓN de la TEMPERATURA

MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA RECTAL.

Material necesario: termómetro y lubricante.

Procedimiento:

- Lavar las manos y colocar guantes.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Colocar al paciente en posición de decúbito lateral y dejar descubierta la región glútea.
- Comprobar que el termómetro está encendido o preparado para tomar la temperatura.
- Aplicar lubricante sobre el bulbo del termómetro.
- Separar los glúteos e Introducir el bulbo del termómetro en el ano (unos 3 cm).
- Proceder a su retirada y lectura una vez oigamos un pitido o hayan pasado 5 minutos.
- Desinfectar el termómetro.

- Anotar la medida en la gráfica.

Pulso o frecuencia cardíaca (FC).

Se denomina pulso arterial al latido que percibimos cuando comprimimos las arterias sobre una superficie ósea. La frecuencia cardíaca es el número de pulsaciones por minuto (ppm) y hay tantas pulsaciones como contracciones cardíacas. El centro nervioso de control de la frecuencia cardíaca está en el bulbo raquídeo.

En condiciones normales, la frecuencia cardíaca puede variar en relación a factores como el ejercicio, la hipertermia, el estado emocional, la edad (la FC suele ir disminuyendo con la edad), o el sexo (las mujeres suelen tener una FC más elevada).

Los valores normales de frecuencia cardíaca de un adulto sano oscilan entre 60 y 80 ppm (pulsaciones por minuto).

Cuando se mide el pulso de un paciente se debe valorar:

- Frecuencia: número de pulsaciones por minuto (ppm).
- Ritmo: intervalo de tiempo entre un latido y otro. En condiciones normales, éste debe ser regular; si no lo es, diremos que el paciente presenta arritmia.
- Tensión o intensidad: fuerza de la sangre en cada latido. Podremos estar ante un pulso fuerte y lleno, o débil.

Algunas de las principales alteraciones del pulso que podemos encontrar son:

- Taquicardia: si la FC es superior a 100 ppm.
- Bradicardia: si la FC es inferior a 60 ppm.
- Arritmia: alteración o irregularidad del intervalo entre latidos.

Material necesario: reloj con segundero.

Procedimiento:

- Lavar las manos y colocar guantes si es necesario.

- Explicar el procedimiento al paciente.
- Tomar la muñeca del paciente.
- Colocar los dedos índice y corazón de nuestra mano dominante (la de mayor sensibilidad, según el cuidador sea diestro o zurdo) sobre la arteria radial del paciente, que está situada en la cara interior de la muñeca y es la más utilizada para esta medición.

Nunca utilizaremos nuestro dedo pulgar, ya que tiene latido propio y podríamos confundir las pulsaciones del paciente con las de nuestro propio pulso.

También podremos tomar la FC en otras arterias, como la carótida (en el cuello), la femoral (en la ingle) y la humeral (en el brazo).

- Mantener la posición descrita ejerciendo una ligera presión. Realizar la medición durante 30 segundos y multiplicar el resultado por 2 para obtener la frecuencia cardíaca de un minuto. Si el pulso es irregular, deberemos hacer la medición durante un minuto. Si fuese muy débil, podremos tomarlo con ayuda del fonendoscopio (aparato acústico que usan los profesionales para la auscultación de los sonidos internos del cuerpo), colocando éste sobre el tórax del paciente a la altura del corazón.
- Anotar la medida en la gráfica.

Respiración o frecuencia respiratoria (FR).

La frecuencia respiratoria es el número de ciclos respiratorios (inspiración-espирación) que realiza el paciente por minuto. El centro nervioso de control de la frecuencia respiratoria está en el bulbo raquídeo.

El número de respiraciones normales de un adulto sano oscila entre 12 y 18 rpm (respiraciones por minuto) y se denomina respiración eupnéica (o normal).

Cuando se mide la respiración de un paciente se debe valorar:

- Frecuencia: número de respiraciones por minuto.
- Ritmo: regularidad entre las inspiraciones y las espiraciones. El ritmo respiratorio puede ser regular o irregular; en condiciones normales no hay pausa entre unas y otras.

- Profundidad: volumen de aire que se inhala y exhala con los movimientos respiratorios (aproximadamente unos 500 cc.); la respiración puede ser profunda o superficial.
- Simetría: es la similitud de trabajo de ambos pulmones.

Algunas de las principales alteraciones de la respiración son:

- Apnea: ausencia o cese de la respiración; puede ser transitoria o definitiva.
- Taquipnea: frecuencia respiratoria mayor de 24 rpm.
- Bradipnea: frecuencia respiratoria menor de 10 rpm.
- Disnea: dificultad respiratoria del paciente; puede ser objetiva, por falta de oxígeno; o subjetiva, por sensación de asfixia del paciente.
- Hiperpnea: aumento de la profundidad de la respiración; es decir, del volumen respirado.
- Ortopnea: incapacidad para respirar en posición horizontal; también llamada disnea de decúbito.
- Tiraje: utilización de musculatura accesoria en la respiración (por ejemplo, en el tiraje abdominal el paciente utiliza músculos abdominales para respirar).

Material necesario: reloj con segundero.

Procedimiento:

- Lavar las manos y colocar guantes si es necesario.
- No explicar al paciente el procedimiento para evitar que modifique su respiración al hacerla consciente.
- Tomar la muñeca del paciente (como si estuviéramos midiendo el pulso) para que no sepa que estamos observando su respiración.
- Mirar el tórax del paciente y contar el número de elevaciones del pecho por minuto. En pacientes con respiración superficial con movimientos poco perceptibles, la mediación se hará con fonendoscopio.
- Anotar la medida en la gráfica.

Tensión arterial (TA).

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre por las paredes de las arterias cuando circula por ellas. Esta tensión permite que el oxígeno de la sangre llegue a todos los tejidos del cuerpo para mantener una adecuada respiración celular.

La medición de la tensión arterial incluye dos parámetros:

- Tensión arterial (TA) sistólica o máxima: es la presión que existe en las arterias durante la contracción del ventrículo izquierdo. Sus valores normales oscilan entre 120 y 140 mmHg (milímetros de mercurio).
- Tensión arterial (TA) diastólica o mínima: es la presión ejercida en las arterias durante la fase de relajación del ventrículo izquierdo.

Los valores normales de un adulto sano oscilan entre 60 y 90 mmHg.

Para expresarlo de una forma didáctica, podemos decir que la tensión arterial refleja la relación entre el continente (vasos sanguíneos) y el contenido (volumen de sangre). Así pues, cualquier factor que aumente el gasto cardíaco (por ejemplo, el ejercicio, el estrés, etc.) o la resistencia periférica (por ejemplo, el colesterol, la edad cronológica,...), aumentará la tensión arterial.

Las alteraciones de la TA que podemos encontrar son:

- Hipertensión: aumento de la TA por encima de los límites normales; es decir, TA sistólica mayor de 140 mmHg y TA diastólica mayor de 90 mmHg.
- Hipotensión: disminución de la TA por debajo de los límites normales (TA sistólica menor de 120 mmHg y TA diastólica menor de 60 mmHg).

La tensión arterial se mide con el esfigmomanómetro, el cual se compone de un manguito, que se coloca alrededor del brazo y que se infla para ejercer presión; un manómetro, que mide la presión ejercida por el manguito; y una válvula, que permite ir reduciendo la presión en el manguito de forma progresiva. Además, del esfigmomanómetro, para medir la tensión es necesario usar un fonendoscopio.

Material necesario: fonendoscopio y esfigmomanómetro.

Procedimiento:

- Lavar las manos y colocar guantes si es necesario.

- Explicar el procedimiento al paciente.
- Colocar al paciente en una posición cómoda y relajada (sentado o tumbado) y con la espalda recta.
- Descubrirle el brazo en el que vayamos a realizar la medición, extendiéndolo y colocándolo sobre un apoyo a la altura del corazón; nos aseguraremos de que las prendas de vestir del paciente no ejercen presión sobre el brazo.
- Enrollar el manguito del esfigmomanómetro alrededor del brazo, por encima del codo, con los tubos en dirección hacia la mano.
- Colocar la membrana del fonendoscopio sobre la arteria humeral (que se percibe en la cara interna del codo). Para localizar el lugar con mayor exactitud, podemos tomar previamente el pulso en la zona y colocar la membrana del fonendoscopio sobre él.
- Cerrar la válvula de la perilla del esfigmomanómetro, girándola en el sentido de las agujas del reloj.
- Insuflar el manguito hasta que la aguja del manómetro esté 30 mmHg por encima de la posible TA sistólica del paciente. Si escuchamos latidos, deberemos aumentar más la presión del manguito.
- Abrir lentamente la válvula, de manera que la presión vaya disminuyendo de forma gradual. En el momento en que la sangre pasa a través de la arteria se perciben latidos que nos indicarán la TA sistólica o máxima.
- Continuar bajando la presión del manguito hasta dejar de escuchar los latidos, momento que nos indicará la TA diastólica o mínima.
- Dejar salir todo el aire del manguito y retirarlo del brazo del paciente.
- Anotar la medida en la gráfica.

Recomendaciones para la correcta medición de la TA:

- Antes de realizar la medición, se recomienda que el paciente permanezca 5 minutos relajado.
- El paciente no debe haber comido, fumado, tomado café o haber realizado ejercicio desde una hora antes de la medición, ya que los efectos de estas conductas podrían falsear los resultados obtenidos.

- El equipo de medición debe estar en perfectas condiciones; debe haber sido comprobado y calibrado.
- En personas con brazos muy anchos o con pulso débil, es importante localizar bien el latido mediante la toma del pulso en la zona por medio de la membrana del fonendoscopio.

Saturación de oxígeno.

La saturación de oxígeno es la cantidad de O₂ que la hemoglobina transporta y que circula por el interior de los vasos sanguíneos.

La oximetría de pulso o pulsioximetría es la medición de esta cantidad de oxígeno utilizando una técnica no invasiva; es decir, sin causar daño o dolor alguno al paciente.

El aparato que se utiliza para realizar esta medición es el pulsioxímetro (también, saturómetro), que consta de un sensor que emite luz roja e infrarroja a través de los tejidos; y un fotodetector, ambos conectados a un monitor. El pulsioxímetro se coloca en el dedo del paciente (también es posible la colocación en otras zonas del cuerpo, como el lóbulo de la oreja o la frente).

La sangre bien oxigenada es de color rojo brillante, mientras que la sangre pobremente oxigenada es de color rojo oscuro. El pulsioxímetro determina la saturación de oxígeno a partir de esta diferencia de color.

El valor normal de saturación de O₂ es por encima del 95%. Cuanto más baja sea la saturación, más cerca estaremos de una hipoxia severa (falta de oxígeno en el cerebro). Por debajo del 80% es valorable la intubación y ventilación mecánica.

Material necesario: pulsioxímetro.

Procedimiento:

- Lavar las manos y colocar guantes si es necesario.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Colocar el sensor de dedal, con la luz roja encendida hacia la uña del paciente (si el paciente llevara esmalte de uñas, su eliminación antes de iniciar el procedimiento es absolutamente necesaria)

- Pedir al paciente que apoye y relaje la mano para disminuir el movimiento de los dedos, el cual dificultaría la lectura de pulsioxímetro.
- Esperar que la curva del monitor sea regular antes de terminar la medición y retirar el pulsioxímetro.
- Anotar la medida en la gráfica.

Recomendaciones para la correcta realización de la oximetría de pulso o pulsioximetría:

- Evitar interferencias con otros aparatos eléctricos.
- Evitar el movimiento, pues puede alterar la medición (temblores, movimiento de la ambulancia,...). Si es necesario, se cambiará el lugar de lectura para evitar alteraciones (lóbulo de la oreja, dedos de los pies,...)
- Colocar el pulsioxímetro en un brazo distinto al que estemos utilizando para el manguito del esfigmomanómetro que mide la TA; la presencia de los dos aparatos en el mismo miembro podría alterar los resultados de las mediciones.
- Evitar realizar la medición cerca de fuentes de luz fuertes.
- Tener en cuenta que la anemia severa, con una disminución importante de los niveles de hemoglobina en sangre, la hipotermia o las arritmias pueden dar lecturas erróneas

1.1.4 Participación en la administración de medicación: vías oral, tópica y rectal

Un medicamento es una sustancia que contiene componentes que permiten prevenir, diagnosticar, curar o aliviar una enfermedad o sus secuelas y que viene preparada para que pueda ser administrada a un individuo, ya sea de forma externa o interna.

Las vías más comunes de administración de un medicamento son :

- Oral: el fármaco se administra por la boca.
- Sublingual: el fármaco se coloca debajo de la lengua del paciente para que se vaya disolviendo solo.

- Tópica: el fármaco se administra a través de la piel del paciente (en forma de pomada, etc.)
- Nasogástrica: se administra el fármaco a través de una sonda nasogástrica que el paciente tiene colocada.
- Rectal: el fármaco se administra a través del recto.

Antes de administrar un fármaco a un paciente SIEMPRE será necesario seguir cuidadosamente los siguientes PASOS PREVIOS:

1. Comprobar que el medicamento es el correcto.
2. Comprobar que el paciente es el correcto.
3. Comprobar que la vía de administración que vamos a utilizar es la correcta.
4. Comprobar que la dosis es la correcta.
5. Comprobar que lo administramos a la hora correcta.

Además de estas cinco comprobaciones, también contrastaremos que

1. El medicamento ha sido prescrito correctamente por el médico.
2. El paciente NO sufre alergia al medicamento que le vamos a administrar.

A. Vía oral.

Consiste en la toma del medicamento por la boca. Es la vía más utilizada por su comodidad y por ser, generalmente, bien aceptada por el paciente.

Sus inconvenientes son la lentitud en la absorción del fármaco y, por tanto, del comienzo de sus efectos, además de la posible irritación de la mucosa gástrica.

Los medicamentos que pueden ser administrados por vía oral se suelen presentar en uno de los siguientes formatos: Comprimidos Cápsulas Jarabes Sobres . Efervescentes.

- Comprobar que hemos realizado los PASOS PREVIOS a la administración de un fármaco a un paciente.

- Explicar al paciente que va a tomar la medicación.
- Lavar las manos y colocar guantes si es necesario.
- Colocar al paciente en sedestación o con la cabecera suficientemente elevada (en posición Fowler o semi-Fowler).
- Facilitar agua o zumo de frutas al paciente junto con el medicamento.
- Permanecer al lado del paciente hasta que ingiera la medicación para descartar cualquier eventualidad o accidente (caída de la medicación, atragantamiento, etc.)
- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.

B. Vía sublingual.

El fármaco se administra a través de la boca, colocándolo debajo de la lengua hasta que se disuelva y se reabsorba a través de la mucosa. Es una vía de absorción muy rápida debido a la existencia de abundantes capilares en la zona.

Utilizaremos esta vía principalmente para medicación antihipertensiva, ansiolíticos o para la Cafinitrina (administrada en crisis dolorosas cardíacas como angor o infartos).

- Comprobar que hemos realizado los PASOS PREVIOS a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y poner guantes si es necesario.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Pedir al paciente que sitúe el fármaco debajo de la lengua; le insistiremos en que no debe masticarlo ni tragarlo. También, le informaremos de que le facilitaremos agua o zumo de frutas una vez haya finalizado la absorción del mismo.
- Permanecer al lado del paciente hasta que haya finalizado la toma del medicamento para asegurarnos de que no ocurre ninguna eventualidad o accidente (caída de la medicación, atragantamiento, etc.)

- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.

C. Vía tópica.

El fármaco se aplica directamente sobre la piel o las mucosas. Dentro de esta vía, podemos distinguir:

- Vía cutánea: se refiere a la piel, propiamente dicha.
- Vía nasal: referida a las fosas nasales.
- Vía oftálmica: se refiere a los ojos. .
- Vía ótica: hace referencia al oído.

Como inconveniente, debemos decir que puede producir algún efecto local sobre la piel, como irritación, etc.

- Comprobar que hemos realizado los PASOS PREVIOS a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y poner guantes si es necesario.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Descubrir la zona de aplicación, retirando accesorios, ropa, apósitos, si existiesen.
- Si es necesario, limpiar la zona previamente.
- Aplicar el medicamento, ayudándonos si fuese preciso de gasas o algodón.
- Colocar apósito si fuese necesario.
- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.

Procedimiento: ADMINISTRACIÓN de un medicamento por VÍA OFTÁLMICA

- Comprobar que hemos realizado los PASOS PREVIOS a la administración de un fármaco a un paciente.

- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y poner guantes.
- Colocar al paciente en posición cómoda, con la cabeza hacia atrás y mirando hacia arriba.
- Limpiar las posibles secreciones o suciedad del ojo o los ojos con suero fisiológico y gasas. Se limpia siempre desde la parte interna del ojo (lagrimal) hacia la externa, utilizando UNA GASA DISTINTA PARA CADA OJO.
- Aplicar el medicamento retrayendo ligeramente el párpado inferior, en el saco conjuntival (espacio comprendido entre el párpado inferior y el globo ocular).
- Evitar siempre tocar la córnea.
- Colocar apósito oclusivo (que cierre el ojo), si fuese necesario.
- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.

Procedimiento: ADMINISTRACIÓN de un medicamento por VÍA ÓTICA

- Comprobar que hemos realizado los PASOS PREVIOS a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y colocar guantes.
- Posicionar al paciente sentado o tumbado y con la cabeza recostada sobre el oído no afectado.
- Tirar ligeramente de la oreja hacia arriba y atrás.
- Administrar las gotas sobre las paredes del oído.
- Una vez finalizada la aplicación, el paciente continuará en la posición en que le colocamos durante unos minutos para que el fármaco actúe.
- Colocar un algodón en el orificio posteriormente si fuese necesario.

- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.
- Comprobar que hemos realizado los PASOS PREVIOS a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y poner guantes.
- Colocar al paciente en posición cómoda, con la cabeza hacia atrás.
- Administrar las gotas dentro de las narinas (orificios nasales), indicando al paciente que respire por la boca para evitar que estornude.
- Mantener al paciente en dicha posición hasta pasados unos minutos tras la aplicación del fármaco.
- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.

D. Vía rectal.

Suele emplearse para tratamientos locales o sistémicos (generales) en pacientes con dificultades para tragar o deglutir; que no toleran la vía oral (y no es posible la administración inyectable); que se encuentran inconscientes; o para la administración de fármacos que irritan la mucosa gástrica.

Presenta como inconvenientes la incomodidad de la administración, la irritación de mucosas o las irregularidades en la absorción.

Los medicamentos que se pueden administrar por vía rectal se presentan en los siguientes formatos:

- Supositorios. . Pomadas. . Enemas.
- Comprobar que hemos realizado los PASOS PREVIOS a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y colocar guantes.

- Posicionar al paciente en decúbito lateral, de forma que se encuentre cómodo.
- Separar con una mano los glúteos y administrar la medicación con la otra mano, atravesando el esfínter anal.
- Cuando el medicamento sea un enema, es posible que sea necesaria la utilización de un lubricante antes de la introducción en el recto del dispositivo de aplicación.
- Pedir al paciente que mantenga la posición, con las nalgas oprimidas y que aguante el deseo de defecar durante unos minutos.
- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.

E. Vía nasogástrica.

La vía nasogástrica suele ser utilizada cuando el paciente tiene problemas en la deglución (dificultad al tragar), cuando presenta disminución del nivel de consciencia, o cuando se niega a ingerir alimentos y medicamentos por vía oral, como puede darse en el caso de pacientes psiquiátricos o demenciados. Es, por tanto, una vía que se utiliza con cierta frecuencia en pacientes dependientes.

La administración de medicación por esta vía debe ser realizada, en todos los casos, por personal cualificado y convenientemente entrenado en dicha técnica.

Material necesario: jeringa de 50cc, agua, mortero o similar para triturar la medicación.

Procedimiento:

- Comprobar que hemos realizado los PASOS PREVIOS a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento si estuviese consciente.
- Lavar las manos y colocar guantes.
- Preparar la medicación: disolver en 30 cc de agua el medicamento previamente triturado.
- Colocar al paciente en posición Fowler o semi-Fowler

- Pinzar la sonda nasogástrica y retirar el tapón.
- Colocar el cono de la jeringa en la conexión de la sonda. Despinzar y administrar la medicación.
- Realizar el lavado de la sonda nasogástrica con agua tras la administración para evitar residuos de medicamentos.
- Colocar de nuevo el tapón a la sonda.
- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.

MUY IMPORTANTE

La administración de medicación por esta vía debe ser realizada, en todos los casos, por **PERSONAL CUALIFICADO Y CONVENIENTEMENTE ENTRENADO** en dicha técnica.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Antes de administrar un fármaco a un paciente **SIEMPRE** será necesario seguir cuidadosamente los siguientes **PASOS PREVIOS**:

1. Comprobar que el medicamento es el correcto.
2. Comprobar que el paciente es el correcto.
3. Comprobar que la vía de administración que vamos a utilizar es la correcta.
4. Comprobar que la dosis es la correcta.
5. Comprobar que lo administramos a la hora correcta.

Además de estas cinco comprobaciones, también contrastaremos que:

1. El medicamento ha sido prescrito correctamente por el médico.
2. El paciente no sufre alergia al medicamento que le vamos a administrar

Medicación en el caso de personas con diabetes

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico que se manifiesta por unos niveles de glucosa en sangre que se sitúan por encima de los límites normales.

La glucosa es un azúcar que proviene de los alimentos que comemos, circula por la sangre y es utilizada por el organismo para obtener la energía necesaria para desarrollar cualquier tipo de trabajo.

La insulina es una hormona que fabrica el páncreas, y que tiene como misión facilitar el paso de los azúcares de la sangre a las células.

Durante la digestión, los alimentos son descompuestos en glucosa, entre otros elementos. La glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. En las personas diabéticas, o bien no se produce insulina (diabetes Tipo I) o las células no responden a dicha insulina (diabetes Tipo II).

Hay dos tipos de diabetes:

- Diabetes Tipo I o dependiente de la insulina: se la llama también diabetes juvenil, porque normalmente comienza en la infancia. En este tipo, el cuerpo produce poca o ninguna insulina, por lo que las personas deben inyectársela para poder vivir. Menos del 10% de los afectados por la diabetes son del Tipo I.
- Diabetes Tipo II o no dependiente de la insulina: surge en adultos, generalmente a partir de los 40 años. El cuerpo produce insulina, pero no es suficiente y, además, no la utiliza de forma adecuada. La insulina no puede escoltar la glucosa al interior de las células.

El defecto de insulina provoca que la glucosa se concentre en la sangre, sin poder pasar a las células, que se ven privadas de su principal fuente de energía. Además, si no se controla adecuadamente, a largo plazo, la presencia continua de glucosa alta en la sangre puede provocar alteraciones en la función de diversos órganos, especialmente los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos.

Por tanto, las personas diabéticas deben llevar un control más o menos estricto de sus niveles de glucosa en sangre y un tratamiento adecuado para regular esos niveles manteniéndolos dentro de unos márgenes adecuados. Se consideran valores normales de glucosa en sangre de un adulto sano entre 70-120 mg/dl.

Dos horas después de las comidas, el valor debe ser inferior a 140 mg/dl. En personas diabéticas, se aceptan unos niveles discretamente superiores: hasta 140 mg/dl en ayunas, y hasta 180 mg/dl dos horas después de las comidas.

Se entiende por glucemia capilar a los niveles de glucemia que se registran en la sangre obtenida en los vasos sanguíneos de menor tamaño; es decir, en los vasos capilares. La medición de este nivel se realiza, normalmente, extrayendo unas gotas de sangre de los capilares del dedo de la mano del paciente. Es una técnica rápida, sencilla y fiable, que permite conocer el valor de la glucemia en cualquier circunstancia (hiper o hipoglucemias) y realizar ajustes de tratamiento que eviten descompensaciones. Es imprescindible en pacientes insulino-dependientes, deseable en pacientes tratados con antidiabéticos orales y recomendable en pacientes tratados exclusivamente con dieta.

En muchas instituciones se aconseja un mínimo de cuatro controles de glucemia capilar al día (antes del desayuno, antes de la comida, antes de la cena y al acostarse), siendo también importante su realización dos horas después de la ingesta, así como durante la noche. La frecuencia de la medición de la glucemia capilar dependerá del tipo de diabetes, del tratamiento insulínico que realice el paciente, de su edad, de su estilo de vida, de la presencia o no de complicaciones crónicas, etc. En todos los casos, se recomienda aumentar la frecuencia de las mediciones en pacientes mal controlados y en periodos de ajustes o cambios de tratamiento.

Para medir el nivel de azúcar en sangre se utiliza una máquina llamada glucómetro, sobre la que se colocan las tiras reactivas.

Material necesario: aparato de medición o glucómetro, tira reactiva, lanceta (aguja o similar, para pinchar), algodón o gasa y alcohol.

Procedimiento:

- Lavar las manos y colocar guantes si es necesario.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Lavar las manos al paciente con agua caliente y jabón realizar un pequeño masaje para aumentar la temperatura (y la circulación) y desinfectar con algodón empapado en alcohol.
- Limpiar la zona donde vamos a realizar la punción con alcohol o algún otro antiséptico. A continuación secar la zona con una gasa o algodón estéril.

- Preparar el glucómetro con la tira reactiva.
- Puncionar el lateral del dedo con la lanceta, aguja o bolígrafo.
- Proporcionar algodón o gasa para que el paciente se presione el punto de punción.
- Anotar la medida en la gráfica.

Recomendaciones para la correcta medición de la glucosa capilar:

- Antes de realizar el control de glucemia, es importante calentar los dedos del paciente para facilitarle un buen riego sanguíneo periférico.
- En las manos del paciente NO debe haber ningún resto de azúcar, pues podría darnos una lectura errónea.
- Si desinfectamos el dedo con alcohol previamente a la punción, debemos secarlo perfectamente antes de pincharlo para evitar que la sangre se diluya y se obtenga una determinación errónea.
- La punción se realizará en los laterales de la última falange, evitando el pulpejo (o yema del dedo), que es la zona más dolorosa.
- Si es posible, evitaremos puncionar el segundo dedo o dedo índice, pues suele ser el de mayor sensibilidad al tacto.
- Podemos disminuir el dolor de la punción presionando el dedo antes de proceder a pinchar.
- La sangre obtenida tras la punción debe cubrir completamente la zona reactiva de la tira para evitar errores.

Los elementos básicos para controlar la diabetes son:

- Realizar actividad física.
- Cumplir con la dieta prescrita (reducción de ingesta de sal, alcohol y grasas; suspender el tabaco). Comer diariamente frutas y verduras.
- Tomar el tratamiento – insulina o antidiabéticos orales (ADO)
- según lo prescrito por el facultativo. A continuación, nos centraremos en cada uno de los tratamientos.

A-Tratamiento con insulina

Las personas diabéticas Tipo I no producen insulina, por lo que van a necesitar inyectársela diariamente. También los diabéticos Tipo II pueden necesitar este tratamiento en los casos en que no es posible regularles la glucemia con los antidiabéticos orales (ADO).

Según su rapidez de acción y la duración de su efecto, las insulinas pueden ser:

- Ultrarrápida: el inicio de su acción se produce entre los 5 y los 10 minutos después de la inyección y finaliza 2-3 horas después
- Rápida: comienzo de acción a los 15-30 minutos tras la inyección y tiene una duración de 6-8 horas.
- Intermedia: comienza a hacer efecto en 1-2 horas tras la inyección y dura entre 12-18 horas.
- Lenta: su efecto se inicia en 3-5 horas y dura entre 18-26 horas.
- Combinada: contiene insulina rápida o ultrarrápida e intermedia en distintas proporciones. Su comienzo viene pautado por la insulina rápida y su duración, por la intermedia.

La vía habitual de administración de la insulina es la subcutánea. Las zonas de inyección utilizadas son los brazos, el abdomen o los muslos. Su dosis y hora de administración será indicada por el médico a cargo del paciente.

Podemos administrar la insulina a través de jeringuillas especiales graduadas en unidades de insulina, que requieren ser cargadas de un vial antes de cada administración.

También son cada vez más habituales los dispositivos inyectoros en forma de pluma o bolígrafo, que facilitan pautas de varias inyecciones al día; en ellos, el vial de insulina se encuentra en su interior y sólo es necesaria la selección de las unidades antes de cada administración (aunque también requieren a veces el cambio de la aguja).

- Comprobar que hemos realizado los PASOS PREVIOS a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.

- Lavar las manos y colocar guantes.
- Limpiar la goma del vial con algodón impregnado en alcohol.
- Homogeneizar la insulina si se trata de intermedia o lenta (de aspecto lechoso) moviéndola suavemente arriba y abajo.
- Pinchar la aguja en el vial de insulina y cargar la jeringa con las unidades prescritas.
- Limpiar con alcohol la zona a inyectar (brazo, abdomen o muslo) y coger un pliegue en la piel con los dedos pulgar e índice de la mano que no sostiene la jeringa.
- Pinchar en la piel con un ángulo de 45° y empujar el émbolo de la jeringa.
- Tras la administración, NO frotar la zona.
- Desechar la aguja y jeringa.
- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.
- Comprobar que hemos realizado los PASOS PREVIOS a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y colocar guantes.
- Mover suavemente el bolígrafo para homogeneizar el contenido.
- Colocar una aguja nueva al bolígrafo si fuese necesario (esto es, si no tuviese aguja o si la tuviese pero en mal estado).
- Comprobar su buen funcionamiento seleccionando dos unidades y presionando el émbolo para eliminar el aire que pudiese haber quedado en el dispositivo.
- Seleccionar la dosis a administrar.
- Coger un pliegue en la piel de la zona elegida para la punción (brazo, abdomen o muslo).

- Pinchar en posición perpendicular a la piel y presionar el émbolo.
- Tras la administración, NO frotar la zona.
- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.

B. Tratamiento con antidiabéticos orales (ADO).

Los antidiabéticos orales son un grupo de fármacos que reducen los niveles de glucosa en sangre a través de diferentes mecanismos. Constituyen el tratamiento inicial de los pacientes diabéticos Tipo II cuando el seguimiento de un plan de alimentación y la práctica de ejercicio físico no consiguen reducir sus niveles de glucosa.

Pueden tomarse de forma aislada o combinarse entre ellos para aumentar su eficacia; incluso pueden incorporar alguna dosis de insulina (normalmente, la insulina nocturna) si nada de lo anterior es eficaz.

Existen 3 grandes grupos de ADO:

- Sensibilizadores a la insulina propia del paciente. Son biguanidas (el más utilizado, la metformina) y glitazonas.
- Estimulantes de la secreción de insulina del paciente. Son las sulfonilureas, secretagogos de acción rápida (glinidas) e inhibidores de la dipeptidilpeptidasa IV (gliptinas).
- Reductores de la absorción de la glucosa. Actúan inhibiendo las alfa glicosidasas.

La principal característica de la diabetes mellitus (DM) tipo II es la resistencia a que la insulina propia actúe correctamente; es decir, existe insulino-resistencia. Por este motivo, se suele comenzar el tratamiento con un fármaco del grupo de los insulino-sensibilizadores. Con el tiempo, habitualmente es necesario añadir un fármaco que ayude al páncreas a segregar más insulina.

1.1.5 Colaboración en la aplicación de técnicas de aerosolterapia y oxigenoterapia

Oxigenoterapia.

La oxigenoterapia consiste en la administración al paciente de la adecuada concentración de oxígeno, a través de diversos dispositivos, de forma que se logre un satisfactorio intercambio gaseoso.

Su finalidad es aumentar la concentración de O₂ en la sangre y los tejidos, disminuyendo el esfuerzo respiratorio y cardíaco. La oxigenoterapia está indicada en todas aquellas situaciones que cursan con disnea, cianosis o cualquier otro síntoma indicativo de insuficiencia respiratoria.

Para administrar oxígeno se necesita:

1. Fuente de oxígeno (bombona o botella individual de O₂ o toma centralizada de O₂).
2. Manómetro de presión o manorreductor (mide la presión de oxígeno en las bombonas de O₂).
3. Caudalímetro: regula la salida de O₂ medida en litros por minuto.
4. Humidificador: recipiente con agua estéril que humidifica el gas disminuyendo los efectos irritantes del oxígeno en las vías respiratorias y evitando que se resequen las mucosas.
5. Existen una serie de dispositivos que se emplean para proporcionar O₂ cuando el paciente tiene autonomía para respirar por sí mismo y que añadimos a las partes del sistema explicados justo arriba.

Estos son:

- Gafas nasales.
- Mascarilla (facial y para traqueostomía) de varios tipos, según la concentración de O₂ deseada.

Veamos el procedimiento de administración de O₂ a través de las gafas nasales y de la mascarilla facial.

A. Gafas nasales

Es un tubo de plástico hueco que se desdobra y que consta de dos pequeñas cánulas con orificios que se adaptan a las narinas (orificios nasales). Dicho tubo desdoblado rodea la cabeza del paciente por encima de las orejas y se conecta a la fuente de O₂.

Las gafas nasales son un dispositivo considerado de bajo flujo (1-4 l/min, que dan lugar a concentraciones teóricas de O₂ del 24-35%) con el que no podemos conocer la verdadera concentración de O₂ del aire inspirado por el paciente, ya que ésta no sólo depende del flujo de oxígeno que estamos suministrando

(los litros por minuto) sino también del volumen y de la frecuencia respiratoria que tenga el individuo en ese momento.

Para poder usar las gafas nasales es necesario que el paciente respire por la nariz.

Material necesario: gafas nasales, fuente de O₂ con el sistema montado (caudalímetro, humidificador y manómetro).

Procedimiento:

- Lavar las manos y colocar guantes si es necesario
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Colocar al paciente en posición Fowler o semi-Fowler
- Conectar el extremo de las gafas a la fuente de O₂ a través del humidificador.
- Colocar las gafas nasales, introduciendo las pequeñas cánulas en los orificios nasales.
- Pasar los tubos por encima de las orejas y adaptar las gafas a la cabeza del paciente ayudándonos del pasador.
- Ajustar en el caudalímetro el flujo de O₂ prescrito
- Realizar comprobaciones periódicas de que el paciente tolera las gafas y que éstas están bien colocadas.
- Anotar la colocación de las gafas y el flujo de O₂ en la gráfica.

B. Mascarilla facial.

Son dispositivos de plástico suave y transparente que cubren la boca, la nariz y el mentón del paciente. Poseen, en general, los siguientes elementos:

- Perforaciones laterales por las que sale el aire espirado.
- Cinta elástica que permite ajustar la mascarilla a la cara.
- Tira metálica en su parte superior para una correcta adaptación a la nariz del paciente.

- Alargadera (tubo hueco de plástico) que conecta la mascarilla a la fuente de O₂.

Existen diferentes mascarillas faciales con las que pueden administrarse concentraciones de O₂ que oscilan entre 24% y 100%. El médico será el encargado de elegir el tipo de mascarilla y concentración de O₂ a administrar.

Como inconveniente fundamental, debemos destacar que dificultan al paciente la expectoración y la deglución (comer).

Material necesario: mascarilla facial y fuente de O₂ con el sistema montado.

Procedimiento:

- Lavar las manos y colocar guantes si es necesario.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Colocar al paciente en posición Fowler o semi-Fowler
- Conectar la alargadera a la fuente de O₂ a través del humidificador
- Colocar la mascarilla y adaptarla a la cara del paciente.
- Ajustar en el caudalímetro el flujo de O₂ prescrito.
- Realizar comprobaciones periódicas de que el paciente tolera la mascarilla y que ésta está bien colocada.
- Anotar su colocación y el flujo de O₂ en la gráfica.

Existe un tipo de mascarilla muy utilizada en instituciones que permite obtener concentraciones del O₂ inspirado de forma exacta, independientemente del patrón respiratorio del paciente. Es la mascarilla tipo Venturi, que está especialmente indicada en enfermos con insuficiencia respiratoria aguda grave.

Mientras que la mascarilla simple es considerada de bajo flujo, la mascarilla tipo Venturi es el dispositivo más representativo de los sistemas de alto flujo.

Tiene las mismas características que una mascarilla simple y su colocación es similar, pero dispone en su parte inferior de un dispositivo regulable que permite elegir la concentración de oxígeno a administrar en cada momento, siempre en relación con el flujo (si la concentración deseada es más alta, también debe aumentar el flujo; es decir, los litros por minuto).

Aerosolterapia.

La aerosolterapia es la administración de fármacos por vía inhalatoria. Los fármacos que se administran por este procedimiento están normalmente indicados para afecciones respiratorias (asma, sinusitis,...), ofreciendo este procedimiento la ventaja de que el medicamento se administra directamente en su lugar de acción, lo que permite el empleo de dosis menores (disminuyendo también los efectos secundarios generalizados) y proporciona una respuesta terapéutica más rápida.

Esta técnica puede realizarse a través de:

- Inhaladores presurizados (precargados y multidosis): en este caso, si el paciente sabe y puede se realizará él mismo la administración de su propia medicación.
- Mascarilla de nebulización.
- Comprobar que hemos realizado los PASOS PREVIOS a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y colocar guantes.
- Colocar al paciente en posición Fowler o semi-Fowler
- Agitar el inhalador varias veces en posición vertical.
- Colocar la boquilla del inhalador en la boca del paciente y pedirle que apriete los labios alrededor de la boquilla.
- Realizar una pulsación del inhalador para liberar una dosis del fármaco y pedirle que inspire lenta y profundamente por la boca. Se le pedirá que contenga unos segundos la respiración antes de proceder a espirar.
- Repetir la operación tantas veces como sea necesario (según la prescripción médica).
- Permanecer muy atentos al paciente comprobando si tolera la mascarilla y la medicación que le estamos administrando.
- Retirar el inhalador y taparlo.

- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.

Procedimiento: Administración de medicamentos por MASCARILLA de NEBULIZACIÓN

- Comprobar que hemos realizado los PASOS PREVIOS a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento, insistiéndole en que debe respirar por la boca y profundamente.
- Lavar las manos y colocar guantes.
- Colocar al paciente en posición Fowler o semi-Fowler
- Preparar el nebulizador con el medicamento en las dosis prescritas añadiendo 3-5 ml de suero fisiológico.
- Conectar la alargadera a la fuente de oxígeno (directamente al caudalímetro, sin humidificador) y abrir el O₂ entre 6-8 l/min.
- Colocar la mascarilla al paciente y ajustarla, comprobando la salida adecuada de gas.
- Permanecer muy atentos al paciente para comprobando si tolera la mascarilla y la medicación que le estamos administrando.
- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.

MUY IMPORTANTE

Procedimiento: PRECAUCIONES en la administración de OXIGENOTERAPIA y AEROSOLTERAPIA

En la administración de oxigenoterapia y aerosolterapia debemos...

- Retirar todas las fuentes de combustión cercanas al equipo de oxigenoterapia.
- Comprobar el flujo y la concentración de O₂ a administrar.
- Rellenar el agua del humidificador y, si es necesario, cambiarlo.

- Vigilar que no exista ninguna doblez a lo largo del tubo.
- Observar continuamente el estado del enfermo y su tolerancia al O₂.
- Avisar al médico si se observa cualquier alteración.

1.1.6 Colaboración en la aplicación de tratamientos locales y métodos frío-calor

La termoterapia es un tratamiento de tipo local (tiene efecto solamente en la zona concreta en que se aplica) que consiste en la administración al paciente de calor o frío como método terapéutico.

Tiene diversos efectos, como el de ayudar a estimular la piel y los tejidos subcutáneos. Así, por ejemplo, con la termoterapia (aplicación del calor, del frío o del calor y el frío sucesivamente) se pueden disminuir el dolor, los espasmos musculares o la inflamación.

INDICACIONES Y EFECTOS TERAPÉUTICOS DEL CALOR Y DEL FRÍO

CALOR

Acción antiinflamatoria en procesos crónicos como artrosis o artritis reumatoide.

Acción analgésica y sedante, tanto por aumentar el umbral del dolor sobre las terminaciones nerviosas, como por su acción antiinflamatoria en dolores osteomusculares (huesos y músculos) y neuríticos (por inflamación nerviosa).

Acción antiespasmódica, por lo que se indica en contracturas de la musculatura lisa.

Agente descontracturante en contracturas de la musculatura estriada.

Acción hiperemiante, ya que aumenta la circulación en la zona donde se aplica, acelerando procesos supurativos, ablandando exudados y mejorando la cicatrización.

FRÍO

Acción anestésica local y antiinflamatoria en procesos inflamatorios agudos, como esguinces o contusiones.

Acción vasoconstrictora: se utiliza para cortar pequeñas hemorragias.

Disminución de la temperatura corporal y el metabolismo en situaciones de hipertermia o fiebre elevada.

Las contraindicaciones más frecuentes de la termoterapia son:

- Contraindicaciones de la aplicación de calor. No se debe aplicar cuando el paciente padece trastornos de la sensibilidad cutánea, procesos inflamatorios agudos, lesiones hemorrágicas, insuficiencias vasculares periféricas y procesos neoplásicos o cancerígenos.
- Contraindicaciones de la aplicación de frío. No se indica su administración cuando el paciente presenta antecedentes de congelación o trastornos vasculares como la enfermedad de Raynaud (trastorno de los capilares de las extremidades cuyo síntoma es la cianosis distal o periférica).R
- Sensibilidad cutánea.
- Procesos inflamatorios agudos.
- Procesos neoplásicos.
- Lesiones hemorrágicas.
- Insuficiencias vasculares periféricas.
- Antecedentes de congelación.
- Trastornos vasculares.

PAI igual que en el caso de los fármacos o medicamentos, antes de administrar un tratamiento a un paciente SIEMPRE será necesario seguir cuidadosamente los siguientes PASOS PREVIOS:

1. Comprobar que el tratamiento es el correcto.
2. Comprobar que el paciente es el correcto.
3. Comprobar que lo administramos a la hora correcta.

Además de estas cinco comprobaciones, también contrastaremos que:

1. El medicamento ha sido prescrito correctamente por el médico.

2. NO existe motivo por el que NO debamos administrar el tratamiento al paciente.

Para la aplicación de técnicas de frío y calor es necesario conocer una serie de normas generales y seguir una serie de pasos específicos que garantizarán la efectividad y seguridad del procedimiento.

NORMAS GENERALES a contemplar para la correcta aplicación de la TERÁPIA

- Aplicar los PASOS PREVIOS que se indican para la administración de un tratamiento a un paciente.
- Preparar el material necesario.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y colocar guantes.
- Observar la piel del paciente para detectar posibles alteraciones que podrían contraindicar el tratamiento.
- Colocar al paciente en una posición cómoda y adecuada para la zona a tratar y el dispositivo a emplear.
- Medir las constantes vitales antes, durante y después del procedimiento para valorar la reacción del organismo a la termoterapia.
- No poner el dispositivo que estemos utilizando en contacto directo con la piel del paciente, excepto en los casos de aplicaciones húmedas.
- Al emplear dispositivos eléctricos, éstos se mantendrán alejados del agua y se manipularán siempre con las manos secas para evitar accidentes.
- Comprobar frecuentemente la temperatura del dispositivo para asegurarnos de que mantiene la adecuada durante toda la sesión.
- Al terminar el procedimiento, recoger el equipo y colocar al paciente en posición cómoda.
- Anotar en la gráfica la técnica aplicada y las observaciones realizadas.

MUY IMPORTANTE: En pacientes con alteraciones de consciencia o de sensibilidad deberán **EXTREMARSE LAS RECOMENDACIONES** descritas.

A. Procedimientos de aplicación de frío.

En la aplicación de frío puede utilizarse frío húmedo o frío seco. Las aplicaciones húmedas penetran más que las secas de forma local o general.

Para una máxima eficacia de estos tratamientos se recomienda suministrarlo durante aproximadamente 30-60 minutos, detener ahí la aplicación y volver a iniciarla pasada una hora.

A.1. Métodos de aplicación de frío húmedo.

- Compresa húmeda y fría: se sumerge una compresa o una gasa en un recipiente con agua fría y hielo picado. Se escurre y se aplica en la zona a tratar. La aplicación suele ser de 15-20 minutos, durante los que se irá cambiando la compresa tantas veces como sea necesario para que mantenga la temperatura.
- Baños locales o generales de agua fría: consisten en la inmersión de una parte del cuerpo en un baño frío durante el tiempo indicado por el médico.
- Envolturas: se trata de envolver total o parcialmente el cuerpo del paciente en un lienzo mojado, cubriéndolo a continuación con una manta para mantener la temperatura.

A.2. Métodos de aplicación de frío seco.

- Bolsas de hielo: bolsas de goma, con orificio de entrada para introducir cubitos de hielo, provistas de un tapón. Se colocan sobre la zona a tratar.
- Cold-packs: bolsas desechables rellenas de una sustancia que mantienen muy bien la temperatura y que deben utilizarse según las instrucciones del fabricante (algunos de estos “packs” alcanzan la temperatura gracias a una reacción química que se produce entre los elementos que contienen al proporcionarles un golpe seco).
- Collar de hielo: es un recipiente de goma o plástico con forma alargada y estrecha donde se introduce hielo y que puede adaptarse en su forma a la zona a tratar.
- Manta de hipotermia: dispositivo en forma de manta que se conecta a través de un tubo a un sistema que hace circular aire frío en su interior. Sirve para hacer descender la temperatura del cuerpo mediante enfriamiento de la superficie corporal.

B. Procedimientos de aplicación de calor.

Consiste en la aplicación de calor húmedo o seco durante, aproximadamente, un intervalo de tiempo comprendido entre los 15 y los 30 minutos.

B.1. Métodos de calor húmedo.

- Compresa húmeda y caliente: se sumerge una compresa en agua caliente con la temperatura indicada; posteriormente, se escurre y se aplica a la zona a tratar. La compresa se sumergirá tantas veces como sea necesario para que mantenga la temperatura.
- Baño caliente local o general: inmersión parcial o total del cuerpo en agua caliente para reblandecer exudados o piel, aumentar la temperatura corporal, etc.
- Envolturas: envoltura parcial o total del cuerpo con un lienzo mojado y caliente que se cubrirá a continuación con un plástico impermeable y una manta o toalla para mantener la temperatura.

B.2. Métodos de calor seco.

- Bolsas de agua caliente: dispositivo y procedimiento similar al descrito para las bolsas de hielo, aunque en esta ocasión el recipiente se llena de agua caliente.
- Manta eléctrica: dispositivo eléctrico que transforma la electricidad en calor y que permite regular la temperatura al nivel deseado. Se aplica colocándola sobre la zona a tratar.
- Hot-packs: similares a los cold-packs, algunos requieren ser calentados; otros consiguen la temperatura por reacción entre los elementos químicos de su interior.
- Lámpara de infrarrojos: se utiliza para tratamientos locales; debe situarse a una distancia mínima del paciente de entre 45 y 60 cm y enfocada a la zona a tratar, que debe estar desnuda y limpia. El tiempo pautado es, como máximo, de 20 minutos.
- Diatermia y ultrasonidos: se trata de generar calor en una zona del cuerpo aplicando sobre ella dispositivos que emiten energía que se transforma en calor a nivel profundo; en el caso de la diatermia, se aplica una corriente electromagnética de alta frecuencia; en el caso del ultrasonido, ondas sonoras de alta frecuencia.

Existen otros tratamientos locales, que también consiguen efectos terapéuticos reseñables, si bien requieren de una indicación médica adecuada y ser aplicados, en todos los casos, por profesionales sanitarios cualificados. Éstos son:

- Helioterapia: uso terapéutico de las radiaciones solares, que se administran al paciente de forma dosificada y controlada.
- Hidroterapia: utilización de los efectos terapéuticos del agua de forma dosificada y controlada.

1.1.7 Uso de materiales para la medicación

En el mercado existen una serie de ayudas técnicas que facilitan la administración de los medicamentos, tales como dispensadores automáticos; cajas o bandejas; pastilleros diarios, semanales o mensuales con diferentes compartimentos; alarmas para avisar de la hora en que debe tomarse el medicamento, etc.

En instituciones sanitarias es cada vez más habitual la existencia de un carro de medicación que consta de una serie de bandejas o cajones individuales, destinados cada uno a un paciente concreto, lo que facilita el reparto de fármacos y los protege de la contaminación. Si no se dispone de este método, puede emplearse una bandeja o batea en la que personal cualificado coloca los fármacos ordenados por habitación, paciente y horario, según las hojas de tratamiento, donde quedan registradas las prescripciones médicas.

En ciertos centros, el servicio de farmacia se encarga de preparar la medicación en recipientes unidos (con la dosis exacta que debe administrarse al paciente a la hora prescrita) debidamente identificados y personalizados, reduciéndose de esta forma los errores en la preparación de la medicación de cada paciente, facilitando el trabajo de los sanitarios y disminuyendo considerablemente el tiempo dedicado a dicha tarea.

En las instituciones, a la hora de administrar la medicación es posible que necesitemos material accesorio fungible que haga la tarea más fácil tanto al paciente como a los profesionales, tales como cucharas, vasos, jeringas, dispensador de gotas, etc.

1.1.8 Riesgos de los medicamentos.

Los medicamentos son sustancias o preparados cuya administración va a producir un efecto terapéutico y beneficioso ya sea aliviando, curando o previniendo enfermedades.

Así, podemos encontrar los siguientes tipos de medicamentos

- Medicamentos que curan: algunos medicamentos pueden curar las enfermedades, como los antibióticos, al destruir los microorganismos patógenos que causan las infecciones.
- Medicamentos que alivian: la mayoría de los medicamentos no curan, sino que alivian las molestias de una enfermedad, como el dolor o la fiebre, siendo finalmente el propio sistema inmunitario el que vence la enfermedad.
- Medicamentos que controlan: controlan enfermedades crónicas, de manera que permiten al paciente llevar una vida casi normal, pero no curan la enfermedad. Es el caso de las personas diabéticas
- Medicamentos que previenen: las vacunas son medicamentos que previenen muchas enfermedades al preparar las defensas del organismo.

Siempre que utilicemos un medicamento, debemos tener bien claro:

- Para qué lo vamos a usar (indicaciones).
- Cómo lo vamos a usar (dosis y vía de administración).
- Cuál es el efecto que va a producir en el paciente (efectos secundarios; por ejemplo, subir la tensión, disminuir la glucosa en sangre, etc.).

Debemos saber que las situaciones o condiciones en las cuales un medicamento NO debe ser utilizado por ningún motivo son denominadas contraindicaciones.

Tendremos en cuenta cuando se administran medicamentos a un paciente, que además de los efectos beneficiosos, también podemos encontrar efectos indeseables o adversos que pueden ser desde muy leves y casi imperceptibles, hasta muy graves, tanto como para causar la muerte. Los efectos indeseables son de muchos tipos, pero podemos agruparlos en:

1. Efectos secundarios: son acciones o efectos de los medicamentos diferentes al fin terapéutico para el que fueron creados. Son nocivos, no intencionados y no deseados. Pueden ser efectos sistémicos o generales (dolor de cabeza, vómitos, dolores articulares,...) o reacciones locales (irritación en la zona de punción tras la administración de un medicamento,...). Siempre se debe advertir al paciente sobre las reacciones más frecuentes y dar los consejos pertinentes.

2. Reacciones alérgicas: generalmente, son reacciones súbitas y totalmente imprevistas que pueden ser leves, moderadas o severas. Debemos tratarlas como una emergencia hasta asegurarnos de que el paciente no corre peligro. Una forma leve y común de reacción alérgica es, por ejemplo, la urticaria (se manifiesta con lesiones rojizas, bien diferenciadas y voluminosas que van acompañadas de picor). La más grave de estas reacciones es el SHOCK ANAFILÁCTICO, que se manifiesta a nivel sistémico y puede poner en peligro la vida de la persona. Las alergias deben estar siempre bien resaltadas en la historia clínica del paciente.
3. Tolerancia y dependencia: ambas se producen a raíz del uso prolongado de un medicamento, que hace que el cuerpo se acostumbre a él. La tolerancia se produce cuando el medicamento en la dosis habitual ya no produce el efecto deseado, siendo necesario aumentarla para obtener los mismos resultados. La dependencia consiste en que el medicamento se vuelve imprescindible para que el paciente se sienta bien; ésta puede ser de carácter físico o psicológico.
4. Intoxicación o sobredosificación: Se producen cuando se toma o se administran dosis superiores de medicamentos a las indicadas, ya sea por error, accidente o de manera intencionada. Los medicamentos tomados en cantidades excesivas pueden producir efectos adversos e incluso la muerte.
5. Interacción: se puede producir cuando algunos medicamentos se mezclan con otros o con alguna otra sustancia (como alcohol o drogas), dando lugar a un aumento o a una disminución de los efectos. Ej. la rifampicina anula el efecto de los anticonceptivos orales.

Los efectos indeseables o adversos de los medicamentos pueden depender de muchos factores, como:

- el propio fármaco;
- el número de medicamentos tomados y su interacción;
- la dosis;
- el paciente y su historia familiar;
- la vía de administración;
- las patologías crónicas previas;

- la edad;
- los hábitos del paciente; etc.
- ¿Para qué se usa?

Se refiere a las INDICACIONES.

- ¿Cómo se usa?

Se refiere a la POSOLOGÍA (dosis, cantidad máxima a tomar en un período de tiempo,...) y VÍA DE ADMINISTRACIÓN (cómo ha de tomarlo el paciente: por vía oral, tópica, etc.)

- ¿Qué efectos pueden provocar en el paciente?

Aemás de los efectos deseados, se pueden dar otros efectos paralelos indeseados; son los llamados EFECTOS INDESEABLES (efectos secundarios, alergias, tolerancia, dependencia, intoxicación, interacciones, etc.) Entre los más graves, el SHOCK ANAFILÁCTICO.

- AAS: disnea o dificultad respiratoria, náuseas, úlcera gástrica, urticaria (erupción cutánea).
- Paracetamol (en altas dosis): toxicidad hepática (en el hígado).
- Digoxina: arritmias cardíacas, náuseas y desorientación.
- Furosemida: calambres, hipotensión y deshidratación.
- Omeprazol: cefalea, diarrea, dolor abdominal y estreñimiento.
- Nitroglicerina: cefalea o dolor de cabeza, hipotensión y náuseas.

1.1.9 Prevención de riesgos laborales en las tareas sanitarias.

Los trabajadores de las instituciones sanitarias, en su tarea diaria, están sometidos a una serie de riesgos:

- Riesgos asociados a agentes mecánicos: cortes, caídas, golpes, atrapamientos, manipulación de cargas, etc.

- Riesgos asociados a agentes químicos: gases anestésicos, gases esterilizantes, compuestos citostáticos (para tratamientos anticancerígenos), desinfectantes, etc.
- Riesgos asociados a agentes físicos: radiaciones, ruidos, calor o frío ambiental,...
- Riesgos asociados a agentes biológicos: enfermedades infecciosas por contacto con pacientes, equipos, instrumental, residuos, etc.
- Riesgos asociados a aspectos ergonómicos y psicosociales: por esfuerzo físico excesivo, sobrecarga y estrés laboral.

Estos riesgos y las medidas indicadas para su prevención se expondrán en diferentes puntos :

Éstas son las siguientes:

- Medidas preventivas generales
- Correcta vacunación: la vacunación es una de las principales formas de proteger a los trabajadores, ya que aumenta su protección frente a enfermedades infecciosas como hepatitis B, gripe, varicela, etc.
- Utilizar el equipo de protección adecuado a cada situación: guantes, mascarillas, batas, protector ocular, calzado de seguridad biológica, protecciones radiológicas, etc.
- Extremar la higiene personal. Lavar las manos tras la realización de cualquier procedimiento con un paciente, también, tras tocar objetos que pudieran estar contaminados. En caso de exposición a agentes nocivos ducharse a la mayor brevedad y seguir el protocolo de seguridad del centro. No comer ni fumar estando en contacto con agentes infecciosos.
- Someter a lavado y desinfección la ropa de trabajo.
- Medidas específicas de los riesgos asociados a agentes mecánicos
- Desechar el material cortante en los contenedores adecuados, rígidos e identificados.
- Utilizar calzado cerrado y antideslizante.

- En la utilización de puertas batientes, transporte de materiales y bombonas de O₂, extremar las precauciones, manteniendo buena visibilidad en todo momento.
- En la manipulación de cargas, seguir las normas de mecánica corporal
- Medidas específicas de los riesgos asociados a agentes químicos
- En la manipulación de agentes químicos, el profesional debe informarse sobre el riesgo de cada sustancia que aparecen en la etiqueta identificativa de la misma, así como seguir las recomendaciones de uso.
- Utilizar medidas de protección adecuadas a los productos químicos de que se trate.
- Si se realiza trasvase de sustancias a otro recipiente, el envase con el nuevo contenido debe ser adecuadamente identificado y etiquetado.
- No comer, beber ni fumar en las áreas de manipulación de productos químicos.
- No oler ni probar las sustancias químicas.
- Utilizar armarios de seguridad para almacenar productos agresivos.
- En la utilización de gases, mantener una aireación adecuada, revisar los sistemas de eliminación y vigilar el sistema de control ambiental.
- Medidas específicas de los riesgos asociados a agentes físicos
- Evaluar las condiciones de trabajo en los lugares donde haya riesgo por agente físico y seguir las indicaciones pertinentes.
- Determinar las zonas y el riesgo de exposición que existe en cada una de ellas a este tipo de agentes.
- Cumplir con las normas de seguridad de acuerdo con las señalizaciones.
- Evitar las exposiciones innecesarias a las radiaciones
- Medidas específicas de los riesgos asociados a agentes biológicos
- Cumplir las normas de higiene personal, según el protocolo del centro.

- Extremar las precauciones en el contacto con sangre y fluidos utilizando elementos de protección de barrera.
- Manipular y eliminar correctamente los objetos cortantes y punzantes.
- Seguir el protocolo del centro de desinfección y esterilización del material y de las superficies.
- Medidas específicas de los riesgos asociados a aspectos ergonómicos y psicosociales
- Diseñar las actividades que conllevan sobrecarga y mantener una buena higiene postural.
- Evitar mantener una misma postura durante un tiempo prolongado.
- Realizar pequeñas pausas para aliviar la fatiga física y mental.
- Adecuar el puesto de trabajo, en la medida de lo posible (altura y posición de silla y mesa, luz, ruidos,...)
- Organizar y distribuir las tareas de forma ordenada y lógica.
- Aprender a reconocer las propias reacciones al estrés.
- Ser realista respecto a las condiciones y objetivos del trabajo: mejorar todo aquello que sea posible sin angustiarse por aquello que no está dentro de nuestras posibilidades cambiar.

UNIDAD DIDÁCTICA2

Autora:

YOLANDA GÓMEZ NARVÁEZ

Tema 2

IMPORTANCIA DEL CUIDADO A PERSONAS CON DEMENCIA Y SUS FAMILIARES

2.1 Cuidados Básicos I para Cuidadores

- 2.1.1 Incontinencia Urinaria y hábitos intestinales
- 2.1.2 Alimentación
- 2.1.3 Úlceras por presión.
- 2.1.4. Seguridad en el hogar del anciano.

2.2. Cuidados Básicos II para Cuidadores

- 2.2.1 Dolor
- 2.2.2 Descanso- Sueño
- 2.2.3. Manejo de la medicación
- 2.2.4. Signos y Síntomas de Alarma
- 2.2.5. Higiene
- 2.2.6. Movilizaciones e Higiene postural
- 2.2.7. Cuidados en la Demencia
- 2.2.8. Control de la Ansiedad
- 2.2.9. Sexualidad
- 2.2.10. Duelos y Perdidas

2.3. Colaboración en la movilización, traslado y deambulación de los Usuarios

- 2.3.1. Colaboración
- 2.3.2. Posiciones anatómicas

- 2.3.3. Principios de mecánica corporal
- 2.3.4. Movilización de personas dependientes
- 2.3.5. Ayudas técnicas para la deambulaci3n, traslado y movilizaci3n en personas dependientes.
- 2.3.6. Prevenci3n de riesgos laborales en las tareas de deambulaci3n, traslado y movilizaci3n.

El Proceso de Envejecimiento. Participación en la Atención Sanitaria para Personas Dependientes en el Ámbito Socio-sanitario. Importancia del Cuidado a Personas y sus Familiares. Humanización de los Cuidados. Comunicación. Importancia del Cuidado en Pacientes con Demencias. Familia y Discapacidad. Seguridad del paciente (Higiene de Manos) Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente.

IMPORTANCIA DEL CUIDADO A PERSONAS CON DEMENCIA Y SUS FAMILIARES

2.1- Cuidados básicos I para Cuidadores

2.1.1 Incontinencia y hábitos intestinales

A-Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) por su frecuencia, gravedad, connotaciones psicológicas, sociales y económicas, es uno de los problemas más importantes de nuestra sociedad. Afecta a todos los grupos de población, edades y sexos, aunque es más frecuente en la mujer y los ancianos. Provoca un importante daño psicológico, con alteración de imagen, de autoestima y una limitación de las actividades y predispone a una mayor morbilidad y mortalidad.

Se define como: "Pérdida involuntaria de orina demostrable objetivamente, producida en un momento y lugar no apropiados, y que provoca en la persona que la sufre un problema higiénico, social y psíquico, así como una importante limitación de su actividad laboral, educacional, familiar e individual" Es muy frecuente. Puede afectar entre el 10 y el 40% de la población. Es más frecuente en mujeres. Su incidencia aumenta con al edad, el número de hijos y la menopausia. En varones suele tener relación con la patología de próstata.

Entre la población afectada se pueden distinguir cuatro grandes colectivos:

- Población infantil (con la enuresis)
- Mujeres en edad laboral (entre el 15 y el 20% de las mujeres en edad laboral)
- Pacientes neurológicos
- Tercera edad

Repercusiones de la IU

- Sanitarias: infecciones urinarias, úlceras
- Psicológicas: pérdida de autoestima, ansiedad, depresión.
- Sociales: aislamiento, mayor necesidad de cuidados, mayor necesidad de recursos socio-sanitarios, internamiento.
- Económicas: Elevado coste del tratamiento.
- Provoca una importante disminución de la calidad de vida.

Tipos y causas de la incontinencia

Existen muchos tipos de incontinencia, pero en este capítulo solo se van a tratar las que son más relevantes para las cuidadoras: la incontinencia total que aparece con frecuencia en los incapacitados y la de esfuerzo que puede aparecer en éstas.

IU esfuerzo.

Goteo de orina provocado por aumento brusco y momentáneo de la presión intrabdominal sin contracción del músculo de la vejiga: Al reír, toser, estornudar... La causa más común es debilidad de la musculatura del suelo pélvico. Está muy relacionada con embarazos y partos, también con la obesidad. Es más frecuente en mujeres. Su tratamiento sería potenciar la musculatura con ejercicios de Kegel o conos vaginales.

A veces es necesario el tratamiento quirúrgico. Este tipo de incontinencia puede tener especial relevancia en las cuidadoras. Ejercicios de Kegel Se deben realizar al menos tres sesiones de ejercicios al día de unas 15 ó 30 contracciones de la musculatura pélvica. Se puede iniciar en cualquier postura.

El periodo necesario para detectar su resultado puede ser largo: en 5 ó 6 semanas hay mejoría. El tono ideal en 4-6 meses. La mayoría de mujeres con IU leve o moderada recuperan la continencia.

Conos vaginales: Son cinco conos de igual tamaño y distinto peso. Al introducir el cono en la vagina tiende a descender y caer por su peso. La sensación de pérdida del cono provoca un suave reflejo de contracción en los músculos del suelo pélvico que hace retenerlo. Dos sesiones diarias de unos 15 minutos. Retener el cono 15 minutos, dos veces al día caminando o de pie. Tiene como ventajas su comodidad y te evita el problema de localizar el movimiento que será

intuitivo y la capacidad de valoración de los logros. Como inconveniente que en incontinencias severas no sirve y que no son gratuitos ni aceptados por todas la mujeres.

IU total.

Falta completa de control sobre la micción. Su causa principal es el deterioro mental severo (Alzheimer u otras demencias) En este caso, comienza siendo nocturna y empeorara conjuntamente con el deterioro cognitivo. Este tipo también es frecuente en personas inmovilizadas. Su tratamiento será fundamentalmente el uso de absorbentes o pañales. Apósitos absorbentes Es el tratamiento más usado en la incontinencia Son productos que almacenan la orina emitida de forma involuntaria. Se clasifican en función de diámetro, el tipo de sujeción y la capacidad. El objetivo es retener y aislar la orina consiguiendo el paciente estar seco y confortable, sin que moje su ropa personal ni la de la cama y que no desprenda olor.

Cuidados de los absorbentes:

- Revisar con frecuencia y cambiar.
- Vigilar signos de lesión cutánea o de infección del tracto urinario
- Cuidar la piel.
- Aplicar crema protectora.
- Lavar diariamente y en cada cambio
- Es aconsejable la utilización de un apósito más pequeño durante el día para mayor discreción y uno más grande durante la noche para obtener una mayor absorción y no interrumpir el sueño.

Tratamiento de la incontinencia

Hemos visto el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo y la total.

Pero existen una serie de cuidados comunes para todos los tipos de incontinencia:

- Mantener una ingesta diaria mínima de 2000 ml de líquidos.
- Confeccionar un horario para las micciones e ingestas.

- Evitar el té, el café, colas y el alcohol por su efecto diurético e irritante.
- Asegurar una eliminación intestinal regular.
- Mantener una higiene minuciosa de la zona con cuidados de la piel, protegiéndola si es preciso con cremas de barrera.
- Utilizar ropas de fácil manejo. Los cierres de la ropa con velcro ayudan a las personas que tiene dificultad para manejar botones o cordones.
- Evitar la administración de diuréticos por la noche. Evitar la sedación excesiva. Comprobar si sigue algún tratamiento farmacológico que pudiera contribuir al problema.
- Proporcionar un acceso fácil al WC (o al orinal) y un ambiente reservado y sin prisas.
- En caso de inmovilidad, proporcionar timbre o campanilla y acudir inmediatamente.
- Prevenir las infecciones urinarias: acidificar la orina; ducharse; orinar antes y después del coito y evitar la posible contaminación anal y/o vaginal
- Existen pruebas de que el zumo de arañadnos previene la infecciones recurrentes en mujeres
- Implicar a la familia en el plan terapéutico.

B. Problemas eliminación intestinal

*Estreñimiento.

Se puede definir como reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras o secas. En general, se acepta que los límites de la normalidad están entre 3 veces al día a tres veces por semana (aunque esto puede variar con las personas).

Causas del estreñimiento:

1. Hábitos intestinales irregulares.
2. Dieta inapropiada.

3. Ejercicio insuficiente.
4. Procesos de enfermedad, debilidad.
5. Inmovilización.
6. Malas condiciones higiénicas.
7. Estados confusionales.
8. Uso de fármacos. Existen un gran número de fármacos que provocan estreñimiento, dentro de ellos merece un comentario la morfina y sus derivados y el mal uso de laxantes, que a la larga pueden aumentar el problema.

Cuidados:

Lo primero será descartar una enfermedad o un fármaco que lo provoque. Hasta el 60% puede ser corregido modificando la dieta y los hábitos.

- Revisar la dieta diaria y fomentar la toma de alimentos ricos en residuos y fibra (frutas, verduras, hortalizas, cereales con salvado).
- Establecer una pauta para la toma mínima de 2000 ml de agua al día.
- Establecer un plan de ejercicio moderado y regular. Aconsejar ejercicios para aumentar el tono abdominal. Hacer suaves masajes en la barriga. Favorecer la deambulación.
- Discutir los efectos negativos de ignorar repetidamente el reflejo de defecación.
- Toma de 1-2 vasos de agua tibia diaria en ayunas.
- Revisar la rutina diaria e incluir la hora de defecar como parte de ella. Siempre a la misma hora. Un buen momento es unos 30 minutos después de desayunar y dedicar el tiempo de 15 a 20 minutos, aunque al principio no se produzca defecación.
- Fomentar en lo posible el uso de la taza de WC, pues la postura favorece la defecación.
- Si hay dolor, usar lubricantes, compresas frías y baños de asiento.

- Explicar el efecto negativo del uso laxantes durante largo tiempo. Su uso debe ser bajo control médico.
- Si se sospecha que su causa es una enfermedad o es muy persistente se aconseja acudir al médico.
- Fecalomas

Los fecalomas son una expresión más grave del estreñimiento. Se pueden definir como una masa de heces endurecidas en el recto de donde somos incapaces de evacuar.

Signos y síntomas:

- Diarrea paradójica. Excreción continua de líquido por el recto, ya que al no poder evacuar los sólidos, se escapa entre ellos.
- Dolor rectal y abdominal.
- Deseo insatisfecho de defecar.
- Distensión abdominal.
- Masa dura y palpable en el bajo vientre.
- Período prolongado sin defecar.

Se pueden valorar por el examen digital del recto, durante el cual la masa endurecida se puede palpar. Las causas son, generalmente, una combinación de factores: ingesta pobre de líquidos, fibra insuficiente en la dieta, falta de actividad y tono muscular debilitado, malos hábitos de defecación y estreñimiento. Ciertas medicaciones también contribuyen a la formación de fecalomas.

Laxantes

Los laxantes favorecen la evacuación intestinal al facilitar el tránsito de las heces por el tubo digestivo. Se deben utilizar sólo cuando se hayan demostrado inoperantes otras medidas alternativas, como por ejemplo aumentar la ingesta de líquidos y la fibra. Los laxantes los debe prescribir el médico. Nunca se debe administrar laxantes a un paciente con dolor abdominal no catalogado.

Enemas

Ablandan las heces, estimulan el peristaltismo, mitigan la flatulencia y la distensión abdominal e inducen la defecación inmediata. Actualmente existen preparados comerciales que se venden en la farmacia. Su contenido es de 250-

300 ml. y poseen una cánula lubricada. Se debe administrar lentamente y la menor cantidad de líquido posible para conseguir la evacuación de las heces.

El paciente debe colocarse en la posición lateral izquierda, teniendo la pierna derecha totalmente flexionada. Administrar el enema lentamente, deteniendo la administración durante 30 segundos si el paciente se queja de plenitud o de dolor, y después empezar de nuevo el flujo a una velocidad más lenta. Después de que toda la solución se haya instilado o cuando el paciente no pueda resistir más y quiera defecar, retirar la cánula rectal del ano. Aplicar una presión firme sobre el ano con papel higiénico y animar al paciente a que mantenga el enema de 5 a 10 minutos.

Diarrea

Cambio en los hábitos intestinales normales caracterizado por la frecuente eliminación de heces sueltas, líquidas y no formadas. Se manifiesta con dolor, cólico, aumento de frecuencia, heces líquidas y sueltas. Pueden ser agudas o crónicas. Las crónicas deben ser objeto de estudio minucioso y tratamiento médico.

Las causas más frecuentes de diarrea aguda son:

1. Infección intestinal. Se reconoce porque aparece junto a fiebre, náuseas y vómitos. Los gérmenes más frecuentes son Salmonella y la E. Coli
2. Fecaloma. Ya hemos visto que produce diarrea paradójica.
3. Diarrea producida por fármacos. Existen gran cantidad de fármacos que pueden producirla (por ejemplo los antibióticos, iecas, digoxina, diuréticos, antiácidos, teofilina). Mención especial es la diarrea causada por el abuso de laxantes.

Cuidados: Varían de acuerdo con los factores que contribuyen a la diarrea y su severidad.

- No comer durante 24 horas.
- Reposición de líquidos y sales minerales con limonada alcalina. Se debe tomar poco a poco para evitar los vómitos.
- Evitar los líquidos calientes o fríos, porque estimulan el peristaltismo.

- Higiene y cuidados de la región anal. Limpieza perineal con jabón y agua tibia y sin frotar. Secar bien la zona. Se puede utilizar además cremas protectoras
- Pasadas 24 horas elaborar una dieta blanda astringente: arroz, pescado, manzana.
- Reincorporación gradual de los distintos alimentos, evitando los productos ricos en fibra, los lácteos, la cafeína y el alcohol.
- Si las heces son extremadamente líquidas descartar un fecaloma.
- Establecer un plan de reposo relativo, evitando la actividad física extrema.
- Si persiste la diarrea acudir al médico. A veces será necesario usar antidiarreicos.

*Incontinencia fecal

Expulsión involuntaria de heces.

Cuidados

- Determinar si existe alguna causa que lo provoque
- Revisar los medicamentos que toma y analizar si alguno puede ser la causa.
- Prevenir el estreñimiento y la formación de fecalomas.
- Asegurar el mantenimiento de una nutrición y una hidratación adecuada (2000 ml).
- Facilitar acceso rápido y seguro al WC, eliminar barreas arquitectónicas, determinar la necesidad de instalar barras, asideros, etc...Iluminación nocturna adecuada.
- Recordar con frecuencia la necesidad de defecar, especialmente después de las comidas.
- Si es posible, programar el uso de WC dentro de la rutina diaria

- Recomendar uso de ropas fáciles de manejar: cierres automáticos, velcros.
- Higiene escrupulosa de la región con agua tibia, jabón ácido, y secar por contacto. Aplicar crema protectora.
- Usar sábanas y protectores suaves.
- Asegurar la intimidad.
- Sugerir el uso de pañales desechables.

2.1.2 Alimentación

Plantaremos este tema con varios objetivos: dar unas nociones muy generales de los diferentes alimentos y principios inmediatos, resolver las dudas y dificultades que le genera la alimentación de sus familiares incapacitados ;orientar su propia alimentación hacia una dieta equilibrada y sana; y plantear el “comer” no sólo como una necesidad fisiológica sino también como un “placer”, donde charlamos, compartimos y disfrutamos.

La sugerencia metodológica que proponemos es distribuir sobre una mesa grupos de alimentos, fotos, alimentos de plástico o folletos publicitarios de supermercados. La intención es hacerlo lo más visual y tangible posible. Si lo consideramos oportuno, podemos utilizar vídeos y materiales didácticos que ha editado la Consejería andaluza de Salud. Con el material por delante, iremos explicando, comentando y conversando sobre los objetivos propuestos.

Podemos definir alimentación equilibrada en una frase: “comer de todo y no abusar de nada”, considerando “de todo” como la inclusión de los distintos grupos de nutrientes existentes: grasas, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas y otros elementos esenciales como minerales, fibras, agua y sal.

Todo en una proporción relacionada con edad, patología, ejercicio físico etc.. Se explican los distintos principios inmediatos, vitaminas y minerales la función que tienen en nuestro organismo y en que proporción se deben tomaren una alimentación equilibrada: 55% de hidratos de carbono, 15% de proteínas, y 30% de grasas, así como los alimentos en los que se pueden encontrar.

Consejos dietéticos

Siempre alrededor de los diferentes alimentos y de una manera distendida podemos hacer una serie de recomendaciones:

- Comer despacio porque ayuda a saciarnos antes.
- Beber abundante agua.
- Es importante resaltar los beneficios de las verduras y frutas por la cantidad de vitaminas y fibra que aportan. Se aconseja tomar tres piezas de fruta diaria o dos platos de verduras.
- Los hidratos de carbono son el componente fundamental de una dieta equilibrada. Se encuentran en el pan, las pastas, las patatas y cereales.

Su abuso puede producir obesidad. Y debemos tener cuidado con los azúcares que estarán restringidos en personas con diabetes.

- De los alimentos proteicos debemos explicar que su consumo debe ser moderado. Se encuentran en el reino animal como carnes, pescados y huevos, y las de origen vegetal como las legumbres. Por su alto contenido en grasas saturadas, deben consumirse las carnes más magras posible. Las carnes de ave (sin piel) tienen menos contenido en grasas. Se aconseja el consumo de pescado por ser ricos en proteínas pero poseen una grasa cardiosaludable. El consumo de huevos debe ser moderado: 2-3 semanales.
- Las grasas son el principio inmediato que aporta más calorías, por lo cual su consumo debe ser controlado. Es especialmente importante diferenciar grasas saturadas (de origen animal) de las insaturadas (vegetales), insistiendo en el poder beneficioso de las segundas. Resaltado el aceite de oliva y a las grasas del pescado (polinsaturadas) por su efecto beneficioso sobre el colesterol.
- Para la reducción del consumo de grasas podemos aconsejar: retirar grasas visibles de los alimentos, no utilizar mantecas para cocinar, evitar frituras y tomar leche y productos descremados.
- Disminuir la ingesta de sal. Aportando ideas para sustituirla.
- Varios resultados significativos en el cambio en el peso y otras medidas nutricionales sugieren que la intervención nutricional a través principalmente de programas de educación para la salud es beneficiosa.
- Es importante acompañar todos estos consejos dietéticos con la práctica de ejercicio físico diario.

Alimentación en pacientes encamados.

Básicamente la dieta de las personas encamadas debe ser una dieta equilibrada por lo cual todo lo dicho anteriormente debe respetarse. Sin embargo existen algunas circunstancias a tener en cuenta:

- El anciano y especialmente el anciano enfermo “se olvida” de beber agua. Es fundamental mantener el aporte hídrico.
- En determinadas situaciones no es capaz de masticar, por lo cual los alimentos que les aportemos serán blandos. Muchas veces en este momento la dieta pierde su equilibrio, abusando por ejemplo de determinados alimentos (por ej: leche con galletas) y olvidándonos completamente de otros (verduras o pescado). En esta situación las papillas de las que toman los bebés puede ser una buena opción.
- En ocasiones por diversos motivos los ancianos tienen dificultad para la deglución de los sólidos, pero también muchas veces de los líquidos (es disfagia paradójica). Tendremos que armarnos de paciencia y darle el tiempo que necesiten. Algunos consejos en esta situación serían: Colocar al paciente sentado, flexionar la cabeza levemente hacia delante, ayudar si es necesario a colocar la comida en la parte posterior de la boca. En el caso de la disfagia paradójica podemos usar espesantes y gelatinas.
- Un estado nutricional deficiente o la deshidratación pueden debilitar la piel y hacer a las personas más vulnerables a desarrollar úlceras por presión. Actualmente hay estudios que incluyen la administración de nutrición adicional y suplementos dietarios, que contengan zinc y vitamina C
- Con respecto a la alimentación a través de sonda debemos tener en cuenta:
 - La alimentación debe estar triturada y a temperatura ambiente, ya que los líquidos calientes o fríos pueden irritar la mucosa gástrica.
 - Un adulto a menudo necesita de 300cc a 500cc de mezcla por toma. Es importante que no se administre con una presión indebida ya que puede producir el reflejo del vómito.
 - Tras administrar la alimentación introducir de 15 a 30 ml de agua. El agua limpia los restos alimenticios y previenen obstrucciones futuras.

Finalmente, se pinza la sonda para prevenir que entre aire en el estómago.

- La sonda se fija a la ropa del paciente. Periódicamente se movilizará y se cambiará el esparadrapo que sujeta la sonda a la nariz, por higiene y para prevenir ulceraciones en dicha fosa nasal.

2.1.3 Úlceras por presión

Son lesiones de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, cizallamiento y fricción, siendo determinante la relación presión-tiempo.

Son muy frecuentes, estimándose una prevalencia cercana al 9% en primaria y hospitales y algo mayor en residencias y una mortalidad atribuible superior a 600 personas/año en España.

Pero quizás la característica más triste y a la vez esperanzadora es que el 95% son evitables. La mayoría de UPP s son evitables; es una cuestión de instauración precoz de medidas preventivas que, realizadas correctamente, aportan un efecto protector lo suficientemente efectivo. Existen una serie de factores que nos predisponen. Podemos separarlos en dos grupos:

Factores internos:

- Condición física
- Deterioro de su movilidad.
- Estados de malnutrición
- Incontinencia fecal y/o urinaria.
- Deterioro de la percepción sensorial (deterioro del nivel de conciencia, táctil...)
- Edad avanzada
- Enfermedad grave-> Estado de la piel

Factores externos:

- Falta de higiene adecuada
- Excesiva exposición a humedad

- Medicación
- Estancia, cama, ropas
- Superficie de apoyo
- Cuidados sobre la piel
- Sondaje, fijaciones, férulas
- Calidad del cuidado

Las úlceras por presión se localizan en puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con prominencias o rebordes óseos. Las más susceptibles de ulceración son: sacro, talones, nalgas, codos, caderas, rodillas, omóplato y vértebras. Por roce: nariz, orejas, meato urinario...

Clasificación de las úlceras

- Estadío I: eritema cutáneo que no palidece al presionar.
- Estadío II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Estadío III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión del tejido subcutáneo.
- Estadío IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

Prevención

Existe evidencia alta de que la aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados previenen la aparición. Protección de la piel con productos de barrera u óxido de zinc. Para minimizar el efecto de la presión se recomienda considerar cuatro elementos:

1. Movilización precoz.
2. Programa de cambios posturales: los cambios de postura permiten evitar o aligerar la presión. En pacientes encamados, deben efectuarse cada

2-3 horas, vigilando los puntos de apoyo. En pacientes sentados, cada hora. Se evitará el arrastre al movilizar al paciente, impidiendo la fricción.

3. Utilización de superficies especiales de manejo de la presión. Con la utilización de material complementario como cojines, colchones (viscoelásticos o de aire alternante) no se consigue una eliminación total de la presión sobre una determinada zona, pero sí una disminución.
4. Protección local ante la presión. El uso apósitos de espuma de poliuretano en prominencias óseas ha demostrado que previne la aparición de UPP.

Existen una serie de prácticas que han sido usadas para prevenir o tratar las úlceras por presión y que a día de hoy se sabe que no son efectivas e incluso pueden ser contraproducentes:

- - No utilizar flotadores como superficie de asiento.
- - No masajear las prominencias óseas.
- - No dar friegas de alcohol-colonia sobre la piel.
- - No incorporar el cabecero de cama y los decúbitos laterales de la persona más de 30° de inclinación.
- - No arrastrar a la persona sobre la cama
- Con respecto a la nutrición: Asegure una adecuada ingesta dietética para prevenir la malnutrición de acuerdo con los deseos individuales de la persona y su condición de salud. Y proporcione soporte nutricional a las personas en las que se identifique alguna deficiencia. En el caso de la aparición de la úlcera será necesario aumentar el aporte calórico y de proteínas, así como el de microelementos como el zinc, hierro y cobre y vit: C, A y B.
- Cuidados higiénicos: extremar las medidas higiénicas, manteniendo la piel limpia y sobre todo seca en todo momento. Lavar la piel con agua y jabón neutro, aclarando y secando meticulosamente sin frotar excesivamente. Tratar la incontinencia. Aplicar cremas hidratantes y protectoras y mantener la ropa seca, limpia y sin arrugas.
- Realizar un examen diario de la piel aprovechando el aseo diario.

2.1.4 Seguridad en el hogar del anciano

En las personas de mayor edad las caídas frecuentemente producen lesiones, pérdida de la independencia y se asocian con enfermedad y muerte prematura.

Después de una fractura de cadera, muchas personas no logran regresar a sus propios domicilios ni al estado anterior de movilidad.

Los estudios prospectivos han informado que entre el 30% y el 60% de los ancianos experimentan una caída anual, y aproximadamente la mitad de ellos experimenta múltiples caídas. Este porcentaje aumenta en ancianos institucionalizados. La incidencia aumenta de forma sostenida tras la edad madura y tiende a ser muy alta entre los individuos de 80 años de edad o más.

Las caídas tienen una elevada incidencia en el sexo femenino hasta los 75 años, edad en que se iguala para ambos, constituyendo uno de los síndromes del anciano más importantes, dada su elevada frecuencia y coste (hospitalización, inmovilidad, tromboflebitis, dependencia...), sobre todo por las repercusiones en su calidad de vida y en la del cuidador.

Existen diferentes causas que pueden provocar una caída, dependiendo de que el origen esté en la propia persona (intrínsecas) o del entorno (extrínsecas).

1. Intrínsecas.

- Disminución de la agudeza visual
- Sordera, tapones de cerumen
- Dificultad en el equilibrio
- Enfermedades crónicas
- Agitación
- Demencia
- Parkinson
- Osteoporosis

2. Extrínsecas

- Medicamentos: tranquilizantes, antidepresivos...

- Ambientales: iluminación, mobiliario, superficies deslizantes, escaleras sin pasamanos.

Veamos cada una de estas causas con los cuidados que debemos prestar para prevenirlas. Una manera amena de buscar los diferentes factores es buscar fotos de casas o imaginarnos una casa y ver cuáles son los lugares o las situaciones donde había peligro.

FACTORES EXTRÍNSECOS INTERVENCIÓN

- Iluminación
 - Interruptores de difícil acceso
 - Poca luz ambiental
 - Demasiada luz; deslumbramientos
 - Interruptores en las entradas
 - Iluminación amplia en todas las dependencias, especialmente en escaleras y pasillos con interruptores al principio y al final
 - Iluminación indirecta
- Suelos y pasillos
 - Alfombras y felpudos gastados no fijos
 - Suelo deslizante: encerado y mojados
 - Suelo levantado
 - Objetos a nivel bajo
 - Reparar los suelos deteriorados, usar antideslizantes
 - Evitar encerado del suelo. Evitar andar sobre suelo recién fregado
 - Alfombras fijas, evitar las arrugas
 - No obstruir las vías de paso.

- Escaleras y rampas
 - Ausencia de pasamanos
 - Tamaño del escalón
 - Pendiente excesiva
 - Pasamanos cilíndricos bien anclados sobrepasando el primer y último escalón
 - Escalones con altura <15 cm., anchura >30 cm.
 - Ideal no más de 10 peldaños seguidos, rellanos intermedios, usar rampas.
- Mobiliario
 - Silla inestable, baja, sin respaldo y sin reposabrazos
 - Mesa inestable y poco consistente
 - Sillas estables para soportar el peso
 - Colocar reposabrazos
 - Altura que permita postura con rodillas a 90°
 - Respaldo alto que impida que la cabeza caiga hacia atrás
 - Mesa estable para soportar el peso al apoyarse
 - Altura de unos 70 cm. Esquinas redondeadas.
- Cocina
 - Estantes, o armarios muy altos
 - Suelo mojado junto al fregadero
 - Menaje con mangos cortos o sueltos
 - Útiles frágiles
 - Indicadores de gas

- Cerillas
- Armarios a la altura adecuada para llegar con la mano
- Utensilios más usados a la altura adecuada.
- Y en buen estado
 - Esteras de goma junto al fregadero
 - Útiles de cocina difícil de romper
 - Señalar claramente el encendido apagado.
 - Usar cerillas largas para el encendido o vitrocerámica
- Puertas
 - Correderas, giratorias, tiradores
 - Con bisagras, de amplitud suficiente
 - Tiradores que no precisen las dos manos
- Dormitorios
 - Cama demasiado alta o baja
 - Colchones blandos
 - Mala iluminación
 - Desorden
 - Altura ideal en postura sentada, rodilla a 90°
 - Colchones no depresibles, fáciles de hacer
 - Llave de luz fácil de alcanzar desde la cama para no levantarse a oscuras
 - Dispositivos de ayuda (gafas, bastones) cerca de la cama.
 - Orinales, botellas de fácil acceso pero en sitio seguro que impida el derrame accidental

- Uso de barandillas si fuera necesario
- Cuarto de baño
 - Inodoro de asiento bajo
 - Falta de apoyos
 - Recinto baño ducha inaccesible
 - Suelo resbaladizo
 - Puerta del baño con cerrojo
 - Puerta abre hacia dentro
 - Inodoro asiento alto, adaptadores
 - Al menos un asidero a uno de los lados a 75 cm. de altura
 - Barras de agarre en la pared, sillón o banco de ducha para las transferencias
 - Bandas antideslizantes o esteras de goma
 - Quitar cerrojo o que se pueda abrir desde ambos lados
 - Debe abrir hacia fuera
- Calzado y ropa
 - Inadecuado
 - Talla correcta, suela firme, antideslizante, tacones bajos, no caminar descalzo
 - No usar zapato abierto
 - Ropa sencilla y cómoda: utilizar velcro elásticos o corchetes en vez de botones o cremalleras

FACTORES INTRÍNSECOS INTERVENCIÓN

- Reducción de la agudeza visual Uso de gafas y lentes adecuadas

- Déficit Auditivo Extracción de cerumen. Uso de audífonos
- Uso de fármacos (tranquilizantes, antihipertensivos, antiarrítmicos, otros...)
- Revisión y reajuste del tratamiento
- Identificación del medicamento causante
- Asegurar uso correcto
- Problemas de la deambulación:
 - Demencias, confusión, desorientación, falta de descanso, soledad, estrés.
 - Alteraciones de la movilidad: dolor, impotencia, enfermedad crónica, debilidad generalizada.
- Reducir estimulación excesiva
- Dar órdenes simples
- Equilibrio sueño-descanso
- Apoyo emocional
- Analgésicos pautados
- Fomento del ejercicio
- Actuación ambiental
- Uso correcto de dispositivos de apoyo: andador, muletas, bastones, sillas de rueda.
- Existen otras acciones que se han demostrado efectivas para la disminución de las caídas:
 - Las intervenciones multidisciplinarias que se dirigen a los factores de riesgo múltiples son efectivas para reducir la incidencia de caídas.

- El fortalecimiento muscular combinado con el reentrenamiento del equilibrio, dictadas de forma individual en el hogar por un profesional de la salud especializado.
- El Tai Chi también puede ser efectivo.
- La modificación y evaluación de peligros en el hogar por un profesional de la salud pueden reducir las caídas, especialmente en aquellas personas con antecedentes de caídas.
- La estimulación cardíaca para las personas que sufren caídas y padecen hipersensibilidad cardioinhibitoria del seno carotídeo probablemente sea beneficiosa.
- También sería probablemente beneficiosa la retirada de fármacos psicotrópicos.
- También hay evidencia sólida de que programas comunitarios dirigidos a la prevención de caídas son efectivos. Aunque otros estudios nos dicen que las intervenciones adaptadas a las necesidades individuales realizadas por un profesional de la salud son más efectivas que los programas estándar o aquellos dictados de forma grupal.
- Las personas mayores débiles que viven en instituciones pueden presentar menos fracturas de cadera y no-vertebrales si reciben vitamina D con suplementos de calcio.

Conclusiones

- Las caídas son un fenómeno que se puede prevenir en el anciano.
- Hábitos de vida: irán encaminados a mantener la capacidad funcional, estimulando el ejercicio como medida de reducción de riesgo, a la vez que aumenta la sensación de bienestar y la actividad social.
- Un entorno adecuado también favorece a los cuidadores: tendrán que prestar menos atención al anciano, disminuirá la demanda del mismo y la relación con el mayor será más agradable.
- La adaptación del medio, la consecución de una mejora en la calidad de vida, adquisición de hábitos saludables que los dote de cierta autonomía y contribuyan a mantener su autoestima. El acompañarlos en el proceso del envejecimiento con una relación fluida y cordial contribuiría a dismi-

nir el conocido “síndrome postcaída”, miedo a perder la autonomía que poseían.

2.2.- Cuidados básicos II para Cuidadores

2.2.1 Dolor

El dolor es una sensación molesta, desagradable y variable, dependiendo de la intensidad y del umbral del dolor que cada persona tiene. Es muy útil, pues nos avisa de que existe algún problema de salud en nuestro organismo y así podemos abordarlo para intentar darle solución.

Dentro del conjunto de situaciones o manifestaciones que se producen en las cuidadoras y que se denominan “Cansancio del Rol de Cuidador”, un

37% de las cuidadoras presentan deterioro del patrón del sueño y un 56% dolor crónico. Todo ello como consecuencia del cuidado.

Es evidente que el dolor es un tema que podría tratarse muy extensamente, pero la idea como siempre es darle el protagonismo a las cuidadoras, y que hablemos del dolor que puede tener la persona enferma, con las particularidades que puedan presentarse (por ejemplo dolores oncológicos) y del dolor de la propia cuidadora.

Recordemos antes de empezar que existen varios tipos de dolores. La clasificación más usada es dividirlos en dolores crónicos y agudos según su duración sea mayor o menor de 6 meses.

Las actuaciones que podemos tener ante el dolor son las siguientes:

1. Medicación: existen números y potentes fármacos para el dolor, siendo su uso la mayoría de las veces muy simple y eficaz, por lo cual al contrario que en otras ocasiones el uso de analgésicos debe ser considerado como la primera elección. Existen varias normas o principios en el uso de los analgésicos:
 - Deben tomarse por indicación médica
 - Cuando un enfermo dice que le duele, quiere decir que le duele. Con mucha frecuencia infravaloramos y juzgamos cuando deberíamos aliviar.

- Las pastillas deben formar parte de un tratamiento integral, no podemos olvidarnos de la tristeza, la falta de apetito o el no poder dormir.
 - Su uso debe ser simple.
 - A veces hay que combinar varios medicamentos que se potencian entre sí.
 - La potencia del analgésico la dicta la intensidad del dolor.
 - Usar siempre que se pueda la vía oral.
 - En el dolor crónico el uso de los analgésicos será a horas fijas, aunque no haya dolor. Es mucho más fácil tener un dolor controlado, que intentar aliviarlo cuando se ha instaurado.
 - Muchas veces al aliviar el dolor podemos producir efectos secundarios: dolor de estomago, estreñimiento, náuseas, etc., que debemos prever y combatir.
 - En un dolor crónico no es ético usar un placebo.
 - Dolor total es en el que incluimos los problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales y por lo tanto su abordaje debe ser multidisciplinar y multicausal. El temor, la ansiedad, la depresión y el cansancio pueden hacer más fuerte el dolor.
 - Es fundamental para tratar el dolor tratar enérgicamente el insomnio.
- 2. Existen otras intervenciones que pueden ayudarnos a controlar el dolor:**
- Usar duchas o baños templados, botellas de agua calientes, mantas eléctricas..., el calor relaja los músculos y proporciona sensación de confort.
 - En caso de un golpe o inflamación se puede usar frío.
 - Colocar a la persona en posición confortable con almohadas y cojines blandos.
 - Hacer masajes sobre puntos dolorosos.
 - Ejercicios de relajación: respiraciones profundas, usar métodos escritos o grabados de técnicas de relajación...

- No dejar sola a la persona que cuidamos a no ser que lo pida. Al brindarle nuestra compañía le ayudamos a combatir el dolor.
- El contacto corporal y la escucha activa pueden aliviar el dolor y el sufrimiento.
- Terapia ocupacional y de diversión: debemos intentar ofrecerles actividades agradables, dependiendo de los gustos de cada uno (tele, radio, juegos, lectura, diálogo, manualidades...)
- Terapias alternativas como la acupuntura, salivación, musicoterapia, hipnosis, humor, meditación, yoga, visualizaciones, etc
- Controlar los factores ambientales que puedan estar influyendo

2.2.2 Descanso- sueño

El sueño es una de las necesidades básicas de todo ser humano y, por regla general, no se le da la importancia que tiene.

Dormir mal produce somnolencia, cansancio, fatiga, pesadez e incluso, en ocasiones, dolores musculares, lo cual influye en que las personas a lo largo del día presenten falta de reflejos, dificultad para concentrarse y recordar cosas, y por tanto, pueden estar nerviosas, irritables, decaídas y fácilmente emocionales.

La prevalencia de los trastornos del sueño en la edad adulta aumenta con la edad.

Mientras que no todos los cambios en el sueño son patológicos en la etapa tardía de la vida, los trastornos graves pueden provocar depresión, deterioros cognitivos, deterioro en la calidad de vida, situaciones de estrés significativas para los cuidadores y mayores costos de asistencia sanitaria.

El tratamiento más común para los trastornos del sueño (en particular el insomnio) es el farmacológico. Se ha sugerido que la eficacia de las intervenciones no farmacológicas es más lenta que la de los métodos farmacológicos, pero no presenta riesgos de tolerancia o dependencia ligada a los fármacos.

Los tratamientos cognitivos y conductuales para los trastornos del sueño intentan mejorar el sueño mediante el cambio de hábitos deficientes del sueño, la promoción de mejores prácticas de higiene del sueño y el desafío de pensamientos, actitudes y creencias negativos sobre el sueño.

Higiene del sueño. Cuidados para dormir bien:

1. A veces las causas del problema son problemas ambientales: calor o frío, ruido. Estas son las causas más fáciles de solucionar. Una persona para dormir necesita las condiciones adecuadas. Preparar la habitación para dormir. Ha de ser silenciosa, con la temperatura adecuada, bien ventilada y con un olor agradable.
2. Pueden existir otras causas: preocupaciones, necesidad de orinar, ansiedad, depresión, dolor. Estas pueden tener fácil solución (un analgésico, orinar antes de acostarse) y a veces son más difíciles.
3. Muchos medicamentos tienen efecto sobre el sueño: unos nos alejan de él (ej: corticoides o incluso los diuréticos). Otros provocan sueño como efecto secundario, pudiendo alterar los ritmos (benzodiazepinas, opiáceos). Con frecuencia existen fármacos que llevan asociaciones con estimulantes o relajantes.
4. Usar el dormitorio solo para descansar, evitando otra serie de actividades como el comer, ver la tele, hablar por teléfono...
5. Si no consigue conciliar el sueño en 15-20 minutos, abandonar la cama y realizar alguna actividad rutinaria, relajante, y cuando sienta sueño volver a la cama. Esta norma se aplica también si se despierta a medianoche.
6. Procurar que esté activo durante el día, realizando las actividades de ocio que más le apetezca: oír música, ver televisión, tomar el sol, salir a pasear, leer y escribir, recibir visitas, etc. Esto ayudará a que cuando se acueste tenga mayor sensación de cansancio y resultará más sencillo conciliar el sueño.
7. Comer saludablemente. Evitar comidas copiosas con digestiones pesadas antes de ir a la cama.
8. Evitar excitantes (cafeína, té, alcohol...) Puede ser beneficioso para algunas personas un vaso de leche o una infusión relajante antes de acostarse
9. Realizar actividades relajantes antes de acostarse: tomar un baño templado, escuchar música, leer e incluso practicar ejercicios de relajación.

10. Mantener horarios fijos para acostarse y para levantarse. Es útil la existencia de un ritual diario que repitamos y que vaya dando al cuerpo información de que el sueño se acerca.
11. Muy importante: no dormir durante el día.
12. Combatir miedos, temores e inseguridad que puedan existir: prestar compañía cercana, facilitar algo para que nos pueda llamar si nos necesita, poner barandillas en la cama, poner luz tenue en la habitación durante toda la noche...
13. A veces es necesario un tratamiento que debe poner un médico.

2.2.3 Manejo de la medicación

Como en todas las sesiones se le dará todo el protagonismo a las cuidadoras, permitiéndoles que expresen sus dudas, preocupaciones, quejas e incluso aportaciones nuevas de sus propias experiencias.

Es conveniente llevar varios tipos de fármacos: enemas, grageas, cápsulas, pastillas, pastilleros, triturador de pastillas, etc. Así como plantear situaciones reales en cuanto a la administración de los fármacos, tanto por vías de administración, orden en las tomas, formas de almacenamiento y conservación, modo de administración etc.

Consideraciones generales.

Como punto de partida tenemos:

- Cada vez hay mayor número de personas mayores, de enfermedades crónicas a la par que cada vez tenemos más y mejores tratamientos para dichas enfermedades
- Los cambios fisiológicos provocan en el anciano: alteraciones de la memoria, de la agudeza visual, de la función renal, gástrica y hepática. Muchos de estos cambios favorecen la posibilidad de efectos acumulativos y de toxicidad
- Hasta el 80 % de personas mayores se automedican de forma habitual.
- Se estima que entre el 25 y el 50 % de todos los pacientes no hacen la pauta de tratamiento indicada correctamente.

- El gasto farmacéutico y su aumento exponencial
- Se ha sugerido que tres fármacos es el número máximo que un paciente podría manejar correctamente.
- Las personas mayores presentan un mayor riesgo de presentar más y más graves reacciones adversas.

Manejo de la medicación

El manejo de la medicación ha de ser muy cuidadoso, tanto por parte de la persona encargada de la gestión de la medicación en la familia como por parte del profesional sanitario.

La persona encargada de la medicación deberá tener en cuenta:

1. Administrar el medicamento correcto. El nombre (Ojo con los genéricos) y para qué sirve.
2. Vía de administración, dosis y pauta.
3. Existen tratamientos que deben tomarse antes o después de las comidas, por la mañana o de noche...
4. Observar efectos secundarios, adversos o indeseados.
5. Precauciones durante el tratamiento. (Ingesta de alcohol, exposición al sol)

Precauciones básica en el uso de medicamentos para personas mayores.

1. Los medicamentos deben guardarse en su envase y con el prospecto.
2. No deben almacenarse, teniendo solo los de uso diario.
3. Conservación adecuada según se indique (frigorífico, luz)
4. Mantener siempre fuera del alcance de los niños y personas que puedan tener perturbadas sus facultades mentales.

– Automedicación

La automedicación se ha convertido en una actividad frecuente de las personas y muy peligrosa. Además, tiene otras consecuencias como el incremento

del gasto sanitario o la aparición de resistencias a antibióticos. Por tanto, es indispensable controlar y asegurar el uso racional de los medicamentos.

Los principales riesgos son: retraso o errores en el diagnóstico, al alterar la sintomatología puede provocar errores en los profesionales; daños provocados por los propios fármacos que se toman de manera errónea, y un incremento de reacciones adversas.

- Vías de administración y cuidados
- Comprimidos: Son polvo que se han comprimido. Se pueden triturar. Deben preservarse de la luz y la humedad.
- Grageas y cápsulas: El medicamento va dentro de una película que le protege de los jugos gástricos. No pueden abrirse o triturarse. Dar con abundante agua
- Polvos: Administrar inmediatamente después de la disolución.
- Jarabes: Si se administran con otros fármacos, dejar siempre en último lugar. En diabéticos, comprobar el contenido de azúcar.
- Supositorios: Si es muy blando, se puede enfriar antes. Administrar por la base plana.
- Subcutánea. Seleccionar cuidadosamente el punto de punción. No elegir zona de lesiones, inflamación o vello. Establecer un plan de rotación de los puntos de punción en tratamientos continuos.
- No administrar polvos sobre exudados, para evitar formación de costras.
- Oftálmica. Lavado ocular con suero fisiológico y secar. Fármaco a temperatura ambiente.
- Ótica. Fármaco a temperatura ambiente. Inclinar cabeza del paciente y mantenerla así 3 minutos después de la aplicación.

2.2.4 Signos y síntomas de alarma

En este capítulo tratamos cuáles son los síntomas de alarma más comunes que pueden darse en nuestra población incapacitada.

Nuestro objetivo es proporcionar los conocimientos básicos, adiestrar y formar a sus cuidadoras en cuáles son sus causas de aparición; como se pueden detectar; como se puede prevenir y tratar y, por último, cuándo sería necesario consultar con personal sanitario como el estreñimiento, el insomnio o la aparición de úlceras por presión.

– Estado confusional agudo

Es un cuadro que se produce como consecuencia de la claudicación mental de la persona. Su incidencia en los pacientes terminales llega al 50%. Sus causas son muchas: Una de las principales es el uso de la medicación, especialmente sedantes u otros. Otras causas pueden ser la fiebre, el estreñimiento, agravamiento de enfermedades, hiper o hipoglucemias. También puede aparecer en un cambio brusco del medio del paciente: cambio de domicilio, hospitalización, etc.

Síntomas

No saben donde están ni en qué momento.

Pérdida de la capacidad de concentración.

Trastorno de la memoria a corto plazo.

Aumento o disminución de la actividad psicomotora.

Agitación, agresividad (incluso con sus familiares más cercanos, porque perciben de forma incorrecta lo que se les dice) Alucinaciones, ilusiones.

– Alteración del lenguaje.

Prevención y tratamiento

Medidas farmacológicas. La medida más importante es un uso correcto de la medicación, previendo efectos secundarios y sobredosificación.

Medidas no farmacológicas: La fundamental sería mantener en la medida de los posibles su medio, acompañarlo de sus cosas, su cama, sus fotos,... especialmente cuando se va a producir cambios de domicilio.

Otras medidas pueden ser una buena iluminación especialmente de tarde y de noche, tranquilidad, correcta alimentación, colocar prótesis auditivas en personas con hipoacusia, mantener actividades de ocio y actividades físicas y potenciar visitas de otros familiares y amigos.

Acudir al médico si se presenta de manera aguda y ante reacciones agresivas.

- Fiebre

Se define como un aumento de la temperatura corporal por encima de 37,50° C.

Causas

La causa más frecuente es un proceso infeccioso (respiratorio, digestivo o urinario los más frecuentes).

Otra posible causa es un golpe de calor causado por una elevada exposición a éste.

Síntomas

El primero es obvio: el incremento de la temperatura corporal. Sudoración. Enrojecimiento. Puede aparecer desorientación, alucinaciones. Debemos vigilar otros síntomas acompañantes que nos ayuden a focalizar el origen: Tos, mocos, dolor localizado, orina más oscura, menos cantidad u olor más fuerte.

Prevención y tratamiento

Administrar líquidos de forma frecuente y abundante (más de 2 litros/día).

Mantener piel limpia y seca. Mantener ropa de la cama y de la persona limpia y seca

Evitar corriente de aire. No tapar en exceso (no mantas.) Administrar anti-térmico, cada ocho o seis horas dependiendo de la temperatura y respuestas a los mismos.

Tranquilizar a la persona

Colocación de compresas frías en zonas de grandes vasos. Baño con agua templada

Si tiene febrícula (37° C- 37,5° C) que no cede en tres días, a pesar de la aplicación de antitérmico y medidas físicas: consulta con su médico. Si tiene fiebre (> 38° C-38,5° C) que no cede y/o va a más en 24-48 horas: consultar con su médico.

- Náuseas y vómitos.

Las náuseas son una sensación desagradable en la parte alta gastrointestinal y que pueden estar acompañadas o no de vómitos.

Los vómitos son la expulsión violenta del contenido del estómago y del tercio superior del intestino delgado a través de la boca.

Causas

Pueden ser múltiples: enfermedad gastrointestinal, estreñimiento, descompensación metabólica, secundarias al tratamiento oncológico: quimioterapia, radioterapia, drogas.

Prevención y tratamiento

Lo primero combatir la causa Evitar deshidratación, aportando líquidos: limonada alcalina, en pequeñas cantidades y de forma frecuente. Si tolera, en varias horas, administrar dieta blanda. Si la persona es diabética, controlar glucemia (autoanálisis capilar).

Administrar el antiemético prescrito si es necesario Otros signos de alarma importantes como: estreñimiento, aparición de úlceras e insomnio han sido tratado en diversas partes de la guía.

2.2.5 Higiene

Introducción

La higiene es una de las necesidades básicas del ser humano y es fundamental para el mantenimiento de la salud.

Desde el punto de vista de ayuda o suplencia que una cuidadora realiza a un familiar con dependencia en relación a la higiene es importante señalar la importancia del baño en cuanto a valoración y aplicación de cuidados preventivos.

La higiene permite valorar también el estado anímico, favorece la comunicación y aumenta la autoestima de la persona dependiente.

Consejos generales en higiene

Baño o ducha, en cuarto de baño, o en la cama. Todo esto dependerá del estado físico y psíquico de la persona. Hacer que el baño sea lo más relajante y agradable posible. La cara, manos y zona genital hay que lavarlos todos los días.

Mantener el cuarto a temperatura agradable y preservar la intimidad de la persona, manteniéndola cubierta cuando sea posible, evitando la presencia de personas que no colaboren en el baño.

Si la persona es capaz de entrar en ducha o bañera extremar las medidas de seguridad, instalando barras de apoyo y utilizando alfombras antideslizantes o sillas o superficies de apoyo.

Higiene del paciente encamado

El orden de lavado recomendado sería:

- Lavado de cara (ojos, fosas nasales, boca, orejas, y cuello)
- Miembros superiores, comenzando por axilas, brazos, y manos. Empezar por el brazo más alejado de nosotros.-> Tórax y abdomen
- Miembros inferiores, comenzando por las ingles, muslos y terminando en los pies.
- Espalda y nalgas. En posición lateral se lava la espalda de nuca hasta los glúteos.
- Por último la región perineal. Una vez terminado el lavado del cuerpo, se cambia el agua de la palangana y se procede al lavado de los genitales.

Lavado de genitales.

- Mujeres. En posición de litotomía colocamos una cuña, lavar de arriba hacia abajo, separando y limpiando los labios, meato urinario y zona anal. Aclarar con lavado a chorro de arriba hacia abajo dejando que caiga sobre la cuña. Secar de arriba hacia abajo insistiendo en los pliegues. Las personas que lleven sonda será el momento de realizar los cuidados específicos de ésta.
- Hombres en posición de litotomía se coloca una cuña, se lava el pene y testículos insistiendo en la zona de pliegues, retraer suavemente prepucio para limpiar el glande, a continuación lavar la zona anal. Se enjuaga de arriba hacia abajo con el agua a chorro. Secar suavemente. En perso-

nas portadoras de sonda vesical es el momento de aplicar los cuidados específicos.

Cuidados finales:

- Especial cuidado en el secado de pliegues, dedos y espacios interdigitales.
- Mantener uñas de manos y pies cortas. Cortar las uñas de los pies en línea recta y las de las manos ligeramente curvadas. En personas diabéticas o con problemas circulatorios es preferible limar las uñas en vez de cortarlas.
- En todo el lavado, observar la piel y al final del baño hidratarla con crema hidratante, realizando movimientos de masaje para activación de la circulación. En espacios interdigitales no aplicar crema hidratante ya que el exceso de humedad favorece la proliferación de hongos.
- Se puede realizar al finalizar el lavado con técnicas de fisioterapia respiratoria como el clapping para movilización de secreciones.
- Una vez terminado todo esto, iniciar el arreglo personal con ropa, peinado, y adornos de acuerdo con las preferencias personales.
- En hombres, realizar el afeitado, se recomienda afeitadora eléctrica en vez de cuchilla. Si la persona utiliza prótesis dental es importante colocarla antes del afeitado.
- Realizar la cama según técnica específica.
- Poner dispositivos de protección para evitar deterioro de la integridad cutánea

Cuidados de la boca

Lo ideal sería lavar los dientes después de cada comida. Si esto no fuera posible, realizar un enjuague bucal después de cada comida y cepillar los dientes por lo menos una vez al día. La técnica de cepillado sería con movimientos hacia abajo para los dientes superiores y hacia arriba para los dientes inferiores, y delante hacia atrás en zonas de masticación. Cepillar también la lengua. Tras el cepillado realizar un enjuague bucal a ser posible con solución antiséptica. Si no puede realizar el enjuague bucal, limpiar con una gasa impregnada en solución antiséptica el paladar, encías, base de la boca, lengua y mucosa. Cambiar la torunda varias veces.

Las prótesis dentales hay que retirarlas para su higiene y cepillarlas después de cada comida. Por la noche, debemos retirarlas y sumergirlas en un recipiente que contenga agua con antiséptico después de haberlos cepillado.

La sequedad bucal en personas mayores se produce por una disminución de la salivación. Para prevenirla o aliviarla realizar enjuagues frecuentes de la boca y fomentar el aumento de la ingesta de líquidos.

Cuidado del cabello

El lavado del cabello se debe realizar como mínimo una vez por semana. Diariamente es importante cepillarlo. El cepillado hace que el pelo luzca brillante y sano. Mantener el cabello corto y con un peinado fácil de peinar facilita su cuidado, pero siempre respetaremos las preferencias si la persona prefiere llevar el pelo largo. Para el lavado del cabello en cama, debe colocarse una toalla enrollada en forma de U debajo de la cabeza de la persona. Colocar debajo una bolsa de plástico grande de forma que la parte del U abierta quede en el borde de la cama. De esta forma se puede enjuagar el cabello con una jarra y el agua quedará dentro de la bolsa. También se puede colocar en el borde la cama un hule de plástico y que este cuelgue sobre una palangana donde caerá el agua.

Cuidados de los ojos y nariz

Cuando existan secreciones o lagrimeo de los ojos será necesaria la limpieza de éstos con suero fisiológico. Para ello, se utilizará una gasa estéril diferente para cada ojo. Si existen abundantes secreciones en la nariz lavar con suero fisiológico con ayuda de una jeringa. Si se ha formado alguna pequeña costra reblandecer con vaselina y pasados unos minutos realizar la limpieza.

Si el paciente lleva sonda nasogástrica limpiar el orificio con ayuda de suero y gasa y movilizar la sonda para evitar la aparición de úlceras en los puntos de apoyo

2.2.6 Movilizaciones e Higiene postural

Técnicas de movilización

Principios básicos

En cualquier movilización de pacientes debemos cumplir una serie principios que nos garantizan una mayor eficacia y una mayor protección de nuestro cuerpo, especialmente de nuestra espalda ante el esfuerzo que significa la movilización de un paciente.

Estos principios son:

- 1º. Colocar el objeto/sujeto que debemos mover lo más cercano posible del cuerpo, a la altura de las caderas.
- 2º. Tener siempre un pie adelantado hacia la dirección donde vamos a realizar el movimiento.
- 3º. Mantener las rodillas ligeramente flexionadas, con una base amplia de sustentación.
- 4º. Mantener la espalda siempre recta.
- 5º. No hacer la fuerza con los músculos de la espalda. Usar siempre que se pueda la musculatura de las piernas, mucho más potente.
- 6º. Utilizar el cambio de peso para el empuje.
- 7º. Debemos aprovechar las habilidades y fuerzas del paciente.

Estos principios deben usarse en todo momento y en cada una de las diferentes técnicas que exponemos en temas siguientes:

Tareas domésticas

Muchas de las tareas domésticas suponen un gran esfuerzo para su espalda. Barrer y fregar el suelo asegúrese de que la longitud de la escoba o fregona es suficiente como para que alcance el suelo sin tener que doblar nuestra espalda. Debemos sujetar la escoba o fregona manteniéndose entre la altura del pecho y la de la cadera. Mueva la escoba o fregona lo más cerca posible de sus pies y hágalo tan solo por el movimiento de los brazos, sin seguirlos con la cintura, asegurándose de que su columna vertebral se mantiene constantemente vertical y no inclinada.

Limpiar los cristales

Al limpiar los cristales y alicatados, si usa su mano derecha adelante el pie derecho y retrase el izquierdo, apoye la mano izquierda sobre el marco de la ventana a la altura de su hombro y utilice la derecha para limpiar. Al rato invierta la postura. Asegúrese de que el brazo que limpie tenga el codo flexionado y limpie desde el nivel de su pecho al de sus ojos. Para limpiar por encima de ese nivel, súbase a una escalera y mantenga una de las manos apoyadas.

Planchar la ropa

La tabla de planchar debe ser alta, hasta la altura del ombligo o por encima. Si está de pie, mantenga un pie en alto y apoyado sobre reposapiés y alterne un pie tras otro. En esa postura, utilice el brazo, y no su peso, para presionar la plancha contra la tabla.

Fregar los platos

Al fregar los platos, asegúrese de que el fregadero está aproximadamente a la altura de su ombligo, de forma que pueda sostener un plato en él con la columna recta y los codos formando ángulo de 90°. Mantenga un pie en alto apoyado sobre un reposapiés y alterne un pie tras otro, vigilando que su columna se mantenga recta. Al pasar los platos de un seno del fregadero a otro, hágalo sólo con los brazos, sin mover la cintura.

Ir a la compra

Si debe transportar la compra, use un carro. Si no tiene carro, reparta el peso por igual entre ambos brazos, manteniéndolo lo más cerca posible de su cuerpo evitando transportar más de dos kilos en cada brazo.

2.2.7 Cuidados en las demencias.

A lo largo de la historia la demencia se ha descrito y entendido como “locura”, pero hoy sabemos que se trata de un conjunto de síntomas (pérdida de memoria, cambios de conducta, alteración del lenguaje...) causados por graves problemas en el cerebro. Un deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales tan severo como para interferir funcionalmente en la vida social, laboral, familiar y personal.

Cuando a una persona le diagnostican Alzheimer u otra demencia es como si se lo diagnosticaran a toda la familia. Existe un antes y un después familiar a partir de ese diagnóstico. Al principio es fácil que haya una negación y vayamos justificando los síntomas de demencia por “cosas de la edad”, “despistes” o “manías”. Incluso el diagnóstico médico no resulta fácil en los estadios iniciales. Tarde o temprano la realidad se impone y la familia aprende a afrontarla.

Es una enfermedad cuyo abordaje tiene sus propias particularidades. En primer lugar aceptar que no tiene cura y que el principal tratamiento son precisamente los cuidados familiares. En esta sesión intentaremos por un lado ayudar a los familiares a entender la enfermedad y desde ahí como mejorar los cuidados del enfermo y del cuidador. Es una enfermedad cuyos cuidados son muy

exigentes y a veces complicados pues la persona afectada tiene en ocasiones comportamientos difíciles de manejar que agotan física y emocionalmente al cuidador familiar.

Sugerencias para mejorar la comunicación:

- Respetar dignidad, identidad e intimidad.
- Hablar claro y despacio.
- No gritar, ni discutir. Es más efectivo distraer la atención con otro tema o actividad.
- La comunicación racional y verbal va dando paso a la emocional y no verbal.
- Utilizar frases cortas cuyas respuestas sean cerradas, las preguntas abiertas les confunden. ¿Pollo o pescado? en lugar de qué quieres comer.
- No dos preguntas o dos peticiones a la vez.
- Repetir con paciencia.
- Usar todos los sentidos en la comunicación no limitarse a lo verbal. Por ejemplo para llamarlos podemos tocarlos con suavidad y luego repetir su nombre; les resultará más fácil entender que les estamos llamando para algo.
- Integrar en la conversación familiar, no ignorarlos como si no estuvieran presentes.
- No meter prisa, su ritmo es diferente.
- Clima de humor, afecto y empatía.
- Explicar lo que vamos a hacer y los pasos que vamos a dar.
- Escucha activa, que sienta que le estamos escuchando y entendiendo. Señalamientos, repeticiones o un simple “si ya entendí”.
- Reforzar con frases del tipo “Muy bien” “Vamos a salir adelante”.

- Imaginación para resolver las dificultades diarias. La solución de hoy no sirve mañana pues la enfermedad va progresando.
- Más información al principio de la comunicación, si contamos muchas cosas pueden perderse y sólo entender lo primero.
- Mirar a los ojos/sonreír/tocar/que nos vean cuando les hablemos.
- Tono afectivo Tono adulto.
- Eliminar ruidos.
- Nos dirigimos a él por su nombre.
- Sugerencias positivas “Me encantaría salir. Qué bonito día”.
- Repetir sus palabras para darle seguridad.
- Importantísimo lo no verbal, enfatizar sin desnaturaliza .
- No hablar varios a la vez.
- Acercarnos de frente, distancia cómoda.
- No corregir sistemáticamente ni preguntas como ¿no recuerdas...?
¿Cuándo...?
- No juzgar.

Primera fase

¿Cómo sé que tiene Alzheimer?

La familia suele observar cambios de conductas importantes, así como que lo ven más “torpe” y sobre todo muy “despistado”. Es decir, a nivel técnico, alteraciones de memoria y de funciones superiores. Ante la sospecha, se debe acudir a su médico para poder comprobar si realmente se trata de una demencia.

Éste se encargará de realizar una serie de tests y pruebas para confirmar el diagnóstico y remitirlo, si hay indicios suficientes, al neurólogo para diferenciar el tipo de demencia y poner tratamiento farmacológico para mejorar la enfermedad, pero no es un tratamiento curativo. Es decir, va a enlentecer el avance de la enfermedad o tratar algunos síntomas pero no va a curar la enfermedad.

A más edad más riesgo de padecer Alzheimer. La mayoría superan los 65 años pero puede aparecer antes. No es hereditaria pero sí tiene un componente genético, es decir, se hereda cierta predisposición pero no necesariamente la enfermedad

¿Cómo afrontar los síntomas de la primera fase?

1. Alteraciones de memoria:

Ante todo, debemos actuar con tranquilidad y paciencia. El paciente no olvida voluntariamente, es causado por la enfermedad. Usar frases cortas y concretas para ayudar a entender y poder retener las ideas. Usar pegatinas y carteles en los objetos y sitios importantes para ayudarlo a recordar. Cuidado con prevenir accidentes domésticos, realizar una vigilancia sutil para no dañar la autoestima de su familiar. Debe prestarse especial cuidado con fuegos (cocina, braseros, estufas, etc.) y medicaciones. No forzarlo a recordar, ya que genera una gran angustia en su familiar, lo que lleva a alterar aún más su recuerdo y a situaciones de agresividad y rechazo.

2. Vagabundeo:

- Identificar al familiar con un brazalete, o una cartera, con sus datos personales y teléfonos de contacto.
- Aumentar su nivel de actividad durante el día, ya que facilita el control del paciente y genera un cansancio que va a provocar que desee descansar, con lo cual evitará esta actividad.
- Facilitar la orientación en el medio donde se encuentra.
- Procurar evitar los continuos traslados de una vivienda a otra.

3. Alteraciones del sueño:

- El trastorno del sueño es uno de los principales problemas al que se enfrentan las cuidadoras de estos pacientes.
- El uso de hipnóticos en el tratamiento de los trastornos del sueño debe ser conservador y, antes de iniciarlo, se deben hacer las recomendaciones de higiene de sueño que se detallan:

Mantener la máxima actividad diurna. Ejercicio matutino o a primeras horas de la tarde.

Evitar las bebidas estimulantes (café, alcohol,...).

Evitar cenas copiosas y tardías.

Usar ropa y cama confortables.

Horario fijo de acostarse.

Luz tenue en la habitación.

Favorecer la exposición al sol a lo largo del día.

Evitar fármacos que puedan alterar el sueño (por ejemplo, diuréticos en dosis nocturnas).

No dormir siesta.

Ir al servicio antes de acostarse.

Cuando se despierte, hablarle suavemente, recordándole que es de noche.

Observar las condiciones del confort.

4. Conducta sexual inapropiada:

Se puede producir un aumento del deseo de relaciones sexuales o, en sentido contrario, una pérdida del deseo sexual en pacientes más jóvenes. Actitudes exhibicionistas, sin importar que haya niños o desconocidos. No darle excesiva importancia, pues debe comprenderse que se trata de un efecto de la enfermedad y que no es posible razonar con ellos. Conviene ser receptivos, amables y especialmente cariñosos. En esa situación debe llevarseles a un lugar donde se preserve la intimidad Este tipo de conducta alterada no es general y cuando se produce suele ser temporal.

5. Preguntas repetitivas:

- Distraerle con otros temas, introduciéndole en otra actividad.
- Tranquilizarle, darle seguridad.

6. Seguridad en el hogar y prevención de accidentes.

La casa y el medio deben adaptarse al paciente, no lo contrario, ya que el paciente ha perdido la capacidad de adaptarse a situaciones nuevas y estresan-

tes. Todo ello con dos objetivos principales: facilitarnos las actividades de la vida diaria y prevenir accidentes.

La casa es, por regla general, el lugar donde el enfermo con demencia se encuentra más confortable. Una buena iluminación es muy importante para ayudarle en sus dificultades de orientación, procurando que no haya ni demasiada luz ni oscuridad.

Es bueno señalar los puntos de luz para que sea fácil su localización (por ejemplo, poniendo cinta fosforescente en los interruptores). La utilización de pequeñas bombillas encendidas por la noche en los pasillos, son también de gran utilidad. Una casa ordenada y con pocos objetos de decoración, favorece la seguridad del enfermo. Evitaremos obstáculos en los pasillos y la utilización de alfombras.

Los objetos peligrosos (plancha, productos de limpieza, de ferretería, medicamentos...) deben estar siempre en lugar seguro, fuera de su alcance. A menudo, es preciso adaptar un ropero que tenga cerradura.

La cocina y el baño son lugares de accidentes frecuentes, por lo que es conveniente adaptarlos buscando la seguridad. Con frecuencia, es necesario cerrarlos con llave para evitar que el enfermo pueda entrar. El baño debe adaptarse a sus condiciones físicas: suelo antideslizante, asas de apoyo en zona de ducha y zona de inodoro y cambiar la bañera por un plato de ducha.

Segunda fase:

Se producen alteraciones más profundas de la conducta de la persona, perdiendo gran parte de su independencia. Al paciente con demencia se le debe ayudar, pero nunca sustituir en aquellas tareas que él todavía es capaz de realizar. Es decir, debe continuar haciendo todo aquello que aún puede hacer.

Por ejemplo, mientras el paciente conserve su capacidad para ponerse una camisa, debemos estimular a que lo haga aunque no sea capaz de abrocharse los botones; no importa lo que tarde o que lo haga incorrectamente. Hasta que no se acepte la enfermedad, no estará en disposición para ayudar al paciente.

¿Cómo afrontar los síntomas de la segunda fase?

1-Trastornos en la alimentación:

Si no come, es preciso observar el estado de la dentadura.

Si hay problemas por disfagia (dificultad para tragar), comprobar que no existan patologías asociadas que la favorezcan.

Presentar la comida de manera apetecible.

Si come demasiado, no dejar comida a su alcance y distraerlo con otras actividades.

Si adelgaza a pesar de comer bien, puede ser por un trastorno metabólico, en cuyo caso lo llevaremos al médico.

2.- Reacciones catastróficas:

Son respuestas exageradas frente a situaciones cotidianas. Con frecuencia, se presentan ante el baño, cuando queremos llevarle al médico, etc. Ante estas situaciones debemos evitar siempre el razonamiento. Es conveniente dejar que descargue su ira, para luego tranquilizarlo.

A menudo da resultado proponerle otra actividad u otra conversación. ¡NUNCA TRATAR DE CONVENCERLE A LA FUERZA!, incluso aunque ese día no podamos llevar a cabo la actividad que habíamos planeado.

Para prevenirlas, debemos evitar situaciones confusas como las que se producen cuando tienen lugar muchas visitas en el domicilio a la vez, cambios bruscos de rutina, preguntarle varias cosas a la vez o pedirle que realice alguna actividad que sabemos de antemano que no puede hacer.

El baño suele ser traumático por varias razones. Una de ellas, que es a su vez poco tenida en cuenta, es el pudor; por lo que deberemos recomendar que se busque la manera de favorecer la intimidad. Otra, es que se trata de una actividad muy compleja, por lo que es aconsejable realizarlo por etapas: en primer lugar habrá que indicar que acompañe al familiar/cuidador, una vez allí habrá que indicarle que se vaya quitando la ropa pieza a pieza y así hasta terminar el proceso.

3. Empeoramiento al atardecer

Para el enfermo con demencia resulta agotador estar todo el día intentando aclarar la confusión que hay a su alrededor, por lo que al llegar la tarde tiene peor capacidad para adaptarse al medio en el que se encuentra, ya que es un momento en el que en los hogares suele haber más movimiento: los niños, la cena, el baño, etc. La estrategia que debe seguirse consiste en disminuir las actividades en este momento del día o favorecer que el enfermo se encuentre en el lugar más tranquilo de la casa.

4. Quejas e insultos

Es difícil aceptar que a una persona a la que se está cuidando y atendiendo todo el día haya que admitirle también que nos critique de abandonarla o maltratarla. La actitud conveniente en esos casos es la de intentar comprender qué hay detrás de la queja. Por ejemplo, cuando dice “Eres cruel conmigo” es probable que esté diciendo “la vida es cruel conmigo”. El cuidador y la familia deberán hacer un esfuerzo constante para comprender cómo y por qué se siente el enfermo perdido, aislado, confuso y desorientado. Esto ayudará a aceptar que en ocasiones sea injusto o cruel con quien le cuida.

5. Alucinaciones y Delirios

Debido a los complejos cambios que ocurren en el cerebro, las personas con Alzheimer pueden ver o escuchar cosas que no se basan en la realidad. Las alucinaciones provienen del interior del cerebro e implican escuchar, ver o sentir cosas que realmente no existen. Por ejemplo, una persona con Alzheimer puede ver niños jugando en la sala cuando no existen niños. Las ilusiones se diferencian de las alucinaciones en que la persona con Alzheimer malinterpreta algo que en realidad sí existe. Por ejemplo, las sombras en la pared pueden parecerle personas. Los delirios son pensamientos persistentes que la persona con Alzheimer cree que son ciertos, aunque en realidad no lo sean. Por ejemplo, con frecuencia, sospechan un robo aunque no puedan verificarlo.

Es importante buscar evaluación médica si una persona con Alzheimer presenta constantemente perturbaciones a causa de alucinaciones, ilusiones o delirios. Con frecuencia, estos síntomas pueden ser tratados con medicinas o con técnicas de manejo de conducta.

En estos trastornos, nuestra actitud debe ser especialmente de tranquilidad, evitando razonamientos y sobre todo, evitando convencerle de que su percepción no es real. Apoyaremos y confortaremos al paciente hasta que disminuya su nivel de ansiedad.

Ante la persistencia de alucinaciones y delirios debemos ir al médico.

Parte de las medidas no farmacológicas que podemos usar son:

- Pinte las paredes de un color claro para que reflejen más luz. Use colores sólidos, que confunden menos a una persona incapacitada que una pared decorada. Los diseños grandes o resaltados (por ejemplo, flores en los papeles de colgadura o en las cortinas) pueden causar ilusiones que creen confusión.

- Cerciórese de que haya suficiente iluminación y mantenga a mano bombillas de sobra en un sitio seguro. Las áreas con poca iluminación pueden producir sombras confusas o dificultar la interpretación de objetos cotidianos.
- Reduzca el brillo utilizando bombillas de luz tenue o mate, cierre parcialmente las persianas o cortinas y mantenga globos o pantallas adecuadas para sus luces. Retire o cubra los espejos, si estos le ocasionan confusión o temor a la persona con Alzheimer.
- Pregunte si la persona puede señalar un área específica que le causa confusión. Quizás un aspecto en particular del ambiente sea motivo de una mala interpretación.
- Varíe el ambiente de la casa lo menos posible para así minimizar la posibilidad de confusión visual. Mantenga los muebles en el mismo sitio.-> Evite que la persona con Alzheimer vea o escuche programas de televisión o radio violentos o perturbadores. La persona con Alzheimer puede creer que la historia es real.
- No confronte a la persona con Alzheimer que se muestra agresiva. Retírese y cerciórese de tener acceso a una salida cuando lo necesite.

6. Incontinencia

Es muy importante distinguir entre una incontinencia real, es decir, cuando el cerebro se ha deteriorado tanto que no es capaz de ejercer el control de la retención de la orina, o tiene una infección urinaria, o si el enfermo se orina porque no encuentra o no sabe cómo utilizar el baño, entre otras razones.

La manera de conservar la continencia hasta que el cerebro falla es llevando al enfermo cada dos horas al baño. En caso de que exista incontinencia nocturna, podemos utilizar empapadores sólo por la noche. En este caso, debemos conocer los riesgos de infecciones urinarias, familiarizándonos con sus síntomas.

7. Personas que necesitan ayuda con sus actividades cotidianas pero se niegan a aceptarla

A la mayoría de la gente no les gusta admitir que necesitan ayuda. Y la mayoría de las personas preferirían ayudar a otros que recibir ayuda. Si la persona se resiste a recibir su ayuda, sea paciente y recuerde las siguientes sugerencias:

- El cambio es difícil para todos.

- Introduzca el cambio lentamente. Dele tiempo para aceptar la idea.
- Admitir que necesita ayuda es admitir que se están perdiendo las habilidades. La negación es el gran protector.
- Si al principio no tiene éxito, inténtelo nuevamente. Frecuentemente, si espera 15 minutos y trata nuevamente, su ayuda será aceptada.
- Asegure a la persona que se tomarán en cuenta sus decisiones sobre su cuidado. A usted no le gustaría que otra persona tome decisiones por usted sin consultarle.
- Ofrezca un período de prueba. La persona podría estar dispuesta a aceptar un auxiliar de atención domiciliaria durante dos meses si sabe que posteriormente puede cambiar de opinión.
- A veces, las personas están más abiertas a aceptar ayuda en la casa si se presenta como una ayuda para el cuidador, por ejemplo, alguien que le ayude a limpiar la casa o hacer el trabajo pesado.
- Recuerde, la persona tiene derecho a rechazar la ayuda. Usted debe evaluar su responsabilidad como miembro de la familia o amigo con el derecho de la persona a tomar sus propias decisiones.
- En casos extremos, cuando la persona está en grave riesgo y rechaza cualquier intento de ayuda, quizás se deba solicitar ayuda legal respecto a una tutoría como último recurso.

8. Actúa de modo no razonable o le hace exigencias

- No ignore sus sentimientos.
- Decir “No tiene importancia” no ayudará, incluso podría enojar más a la persona. Más bien, pruebe algo como, “Parece estar muy frustrado. ¿Qué podemos hacer la próxima vez para mejorar?”
- Permita que hable sobre su enojo. “¿Qué te hace sentir así?” “¿Pareces estar molesto, te puedo ayudar?”
- Haga un esfuerzo por respetar exigencias que a usted le pueden parecer triviales, pero que son muy importantes para la persona. Recuerde, si la persona pudiera cambiaría el volumen en la radio por sí misma o se afeitaría exactamente cuando y donde desea.

- Busque algo en lo que ambos estén de acuerdo. “Sí, el cartero ya no viene tan temprano como antes.” “Tienes razón, estas sábanas están completamente arrugadas.”
- Dele una oportunidad de tomar decisiones y de estar en control. “¿Qué vamos a desayunar hoy, leche o zumo?” “¿Quieres bañarte antes o después del desayuno?”
- Busque patrones en el comportamiento iracundo. Quizás sus arranques de ira siempre suceden en la tarde o en aquellos días en que usted está apurado o estresado. Trate de interrumpir el patrón. Si usted puede evitar los eventos que anteceden a un arranque de ira podrá reducir la frustración para ambos.
- Si usted le está haciendo muchas exigencias sobre la comida, cómo moverse o descansar, la persona podría ponerse irritable. Elija lo que es verdaderamente importante y pase por alto lo demás. Cualquiera se podría enojar si le dicen que no puede dejar nada en el plato.
- Si cualquiera de ustedes está perdiendo el control de la situación aléjese. Respire profundo un par de veces, cuente hasta 10 y grite en silencio mientras ambos se calman.
- Trate de identificar lo que lo podría hacer sentir ansioso (demasiada cafeína; ver películas violentas en la televisión) y reduzca esas cosas.
- Busque los sentimientos detrás de las exigencias. Una persona con problemas para respirar podría exigir que se abran las ventanas en un día frío porque siente que le falta el aire.
- Actúe suavemente para calmarlo. Tranquilícelo diciéndole que todo está bajo control mientras acaricia el dorso de su mano o nuca, pues esto puede reducir los sentimientos de ansiedad.
- Acepte su necesidad de controlar las cosas. La persona podría exigir que ciertas cosas se mantengan en un lugar específico en su mesa de noche porque no tiene la energía de levantarse a buscarlas.
- Tranquilícelo diciendo “tenemos suficiente tiempo” NO “todo va a estar bien”.

Consejos para cuidadores - Vagabundeo

¿Por qué existe el vagabundeo?

Pueden añadirse más motivos a la desorientación:

- el aburrimiento
- el exceso de energía o las ganas de pasear
- la agitación y el estrés
- el mero hecho de buscar el aseo u otra habitación y salir por la puerta de entrada
- el problema de la pérdida de memoria. La persona quiere volver a encontrarse con sus padres que han muerto hace mucho tiempo ya.

¿Qué se puede hacer para prevenirlo?

- Darle la posibilidad de hacer ejercicio físico con toda seguridad: paseo acompañado, espacio en la casa donde puede andar.
- Poner paneles indicadores o dibujos en las diferentes habitaciones de la casa para que se pueda orientar mejor (cocina, baños, dormitorio, etc.).
- Cerrar la puerta de entrada de forma que no pueda abrirla él pero sí que pueda Ud. abrirla fácilmente.
- Prevenga a los vecinos y a los comerciantes del barrio informándoles de su estado. No tenga vergüenza: ellos pueden ayudar mucho. Déjeles su número de teléfono para que le avisen.
- Póngale un identificador

Llegando a cierto estadio de la Enfermedad de Alzheimer el enfermo pierde el sentido de la orientación, es decir, que no sabe donde se encuentra. Es un momento potencialmente peligroso ya que el enfermo puede salir de casa (muchas salidas ocurren de noche, perderse y ser protagonista de situaciones peligrosas sobre todo en una ciudad).

Mejor que una pulsera o una medalla, coloque una **TARJETA DE IDENTIFICACIÓN** o cósale en el interior de su prenda una etiqueta con las informaciones necesarias para identificarle: nombre, apellidos, dirección y número de teléfono.

- Evite confiarle papeles importantes, tanto documentos personales como informes sobre su situación.

¿Qué hacer si se produce su extravío?

Lo primero de todo no enloquezca. Dé una vuelta rápida por el barrio y los lugares a donde tiene costumbre de ir, preguntando si le han visto a las personas a las que Ud. ya ha informado previamente.

- Sepa describirle a la policía.
- Tenga a mano el teléfono de la comisaría más cercana, de la policía, de la guardia civil, o del grupo de autoayuda más cercano a su domicilio, para comunicar la desaparición de su familiar.
- Tenga a mano una foto reciente que pueda ser difundida. Sepa cómo iba vestido cuando desapareció. En una palabra, si Ud. debe telefonar a la policía para comunicar su desaparición, sepa dar su descripción.

Tener cuidado cuando el enfermo cambie de entorno: dormitorio nuevo o casa nueva. La tendencia al vagabundeo aumenta con el cambio.

- Prepararle para su nueva situación.
- Programar el cambio con cuidado haciéndolo participe, si es posible, en su organización.

Trate de evitar que se reproduzca su desaparición: intente saber por qué ha sucedido

El deambular sin sentido es una reacción en la que interviene el factor pánico; no es raro que el enfermo que deja su domicilio quiera “volver a casa”, “entrar en casa” Trate de saber lo que desencadena esta reacción. ¿Ha cambiado Ud. de domicilio recientemente?. ¿Ha introducido Ud. modificaciones importantes en el apartamento o en la casa? ¿Tiene su familiar la sensación de estar sometido a una vigilancia constante? ¿Resuelve con la huida la dificultad de no poder hacer frente a las tareas cotidianas que Ud. le ha encargado?. Conocer la causa de una salida imprevista le permitirá a Ud. actuar sobre ella y disminuir los riesgos de reincidencia.

Tercera fase

En esta fase, los cuidados principales son los básicos, sustituyendo en todo al paciente ya que pierde la capacidad total para valerse por sí mismo: baño, alimentación, incontinencia total, etc. En esta fase es muy importante también el mostrar afecto y comunicarnos con nuestro familiar, aunque no pueda respondernos ya que ayuda a su bienestar y el nuestro. Debemos quedarnos con esta

idea fundamental para esta etapa de la enfermedad porque si no lo hacemos resultará una etapa frustrante de gran esfuerzo físico y agotamiento psíquico. Al mismo tiempo, es importante prepararlo y prepararnos para la muerte del familiar que sobrevendrá en cualquier momento debido al deterioro progresivo de su salud.

Por supuesto recordaremos una vez más la importancia de los cuidados del cuidador ante una enfermedad tan desgastante como el Alzheimer. Es probable que exista cerca una asociación de familiares de Alzheimer a la que recurrir como apoyo en los cuidados del enfermo y del cuidador. Suele disponer de talleres de psicoestimulación para los pacientes , grupos de autoayuda para los familiares, ayuda a domicilio, unidades de estancia diurna, asesoramiento sobre diferentes ayudas o cuestiones jurídicas, apoyo psicológico, atención social, voluntariado, actividades de encuentro y ocio, etc.

2.2.8 Control de la ansiedad

Es un mecanismo de defensa que tienen los animales para protegerse de los peligros.

Cuando un animal se encuentra ante un peligro su cuerpo se prepara para enfrentarse a éste o para huir (éstas son las dos reacciones más primarias). En esta preparación podemos ver los diferentes síntomas de la ansiedad. Es importante decir que un cierto nivel de ansiedad es normal y necesario para sobrevivir. La ansiedad se convierte en un problema cuando surge en situaciones en las que no existe un peligro real o cuando se mantiene durante largos períodos de tiempo.

La ansiedad presenta un sin fin de síntomas que podríamos ir descubriendo a través de una tormenta de ideas.

Encontramos:

- Síntomas físicos: tensión, palpitaciones, taquicardia, temblores, sudor, dolor de cabeza, sensación de ahogo, insomnio.
- Síntomas emocionales: preocupación, inquietud, miedo, alarma, nerviosismo.
- Síntomas conductuales: llanto, comportamientos de huida, irritabilidad, consumo de medicamentos.

2.2.9 Sesión sexualidad

Muchas cuidadoras por esa sobrecarga que viven diariamente van abandonando aspectos importantes de su propia vida y la sexualidad puede ser uno de ellos. Por eso si al grupo le interesa les proponemos algunas reflexiones y dinámicas que les ayuden a vivir sanamente su sexualidad mejorando su bienestar y afrontamiento del estrés. Es cierto que nos podemos encontrar dos actitudes diferentes hacia la sexualidad:

- a) La conservadora tiene una visión más restringida de la sexualidad, reduciéndola a la procreación, y en la que hay mucha polémica con ciertos temas como son la masturbación, los anticonceptivos, la homosexualidad, el derecho a la sexualidad en los jóvenes, los mayores, los disminuidos.
- b) La otra actitud, la liberal, tiene una visión mayor de la sexualidad, y la búsqueda del placer se considera algo legítimo. La sexualidad está entendida como una dimensión humana con múltiples posibilidades que la persona o la pareja puede vivir como mejor considere, y se defiende la educación sexual. Nosotros vamos a trabajar desde la segunda actitud, aceptando y respetando mucho a las personas que tenga otra actitud ante el sexo.

Es importante que queden reflejadas las tres funciones de la sexualidad:

1. Placer.
2. Comunicación.
3. Reproducción

– 1. Placer

La sexualidad sirve para obtener placer o proporcionar placer y esto es posible de manera individual o en compañía.

– 2. Comunicación

También hemos dicho que la sexualidad sirve para comunicarnos. Sabéis que existen formas de comunicación diversas: la verbal, no verbal... Sexualmente podemos comunicar sentimientos, emociones... Mediante caricias, besos, masajes... Es importante en este apartado hacerles comprender la importancia de la expresión verbal de gustos, satisfacciones, preferencias... no dar nada

por sabido, no acceder a algo que no se quiera por presión, y respetar a la otra persona siempre.

– 3. Reproducción

La sexualidad sirve también para reproducirnos, para continuar la especie. Y en este apartado hay que tener muy presentes dos riesgos que debemos conocer y evitar si no lo deseamos en el momento actual, se trata de embarazos no deseados y enfermedades que se transmiten por vía sexual (sífilis, gonorrea, SIDA).

Verdades y mentiras sobre sexualidad

La sexualidad vivida satisfactoriamente es una fuente de equilibrio y armonía para la persona. Es, en definitiva, una fuente de amor a la vida, de actitud positiva ante sí mismo, los demás y las cosas. La sexualidad no es algo estático sino un proceso cambiante y dinámico que se va a ir manifestando de formas distintas a lo largo de nuestras vidas.

2.2.10 Duelos y pérdidas.

La vida nos regala continuamente pero también nos hace pasar por muchas pérdidas. Cada una de estas pérdidas va seguida de una respuesta humana, de un proceso natural más o menos doloroso al que llamamos duelo. Por lo tanto, el duelo es algo normal y constante en nuestras vidas, pero especialmente presente en las cuidadoras y los familiares a los que cuidan. Por un lado, la persona que envejece o enferma va a sufrir una pérdida fundamental -su independencia, su capacidad para funcionar por sí solo con todo lo que ello pueda significar cada uno-; por otro lado, las cuidadoras, al asumir la carga de los cuidados de su familiar, ven alterado su estilo de vida, se ven obligadas a reorganizar su espacio, su tiempo, sus afectos. La cuidadora tiene que afrontar el proceso de duelo de sus pérdidas y a la vez facilitar el proceso de duelo de su familiar.

Que el duelo sea una respuesta humana natural y fisiológica no significa que no sea un proceso difícil y doloroso, que exige un trabajo personal más o menos largo o intenso en el que muchas cuidadoras pueden quedarse bloqueadas.

Para ayudarles a identificar y afrontar sus duelos pendientes y el de sus familiares planteamos esta sesión. A través de diferentes dinámicas y reflexiones pretendemos facilitar la expresión y saneamiento de sus duelos. Pediremos a las cuidadoras que enumeren diferentes pérdidas (de ellas y de su familiar) pasadas, presentes o futuras, especialmente las ligadas a su rol de cuidadoras.

Conforme las enumeran las vamos escribiendo y comentando muy brevemente. Las podemos clasificar: afectivas, materiales, corporales, sociales, espirituales, evolutivas, profesionales.

Viendo el listado de pérdidas cada cuidadora escogerá alguna, superada o por superar, y nos hablará de ella. Se trata de identificar pérdidas y confrontarlas con nuestra historia personal y las vivencias de otras cuidadoras para ver cómo las han ido superando.

Referente a las pérdidas que deben afrontar sus familiares incapacitados podemos hacer una reflexión sobre la diferencia entre independencia y autonomía

La enfermedad o el envejecimiento les ha llevado a ser personas dependientes, que necesitan de otros para satisfacer algunas de sus necesidades básicas (vestirse, lavarse, etc) pero a la vez pueden conservar su autonomía para seguir opinando y tomando decisiones sobre su vida. Al cuidar a alguien es importante respetar al máximo su mayor grado de autonomía posible, no añadir más pérdidas a las que tiene que asumir. Si quien me cuida me sigue tratando como una persona válida, con autonomía, con opinión, con capacidades, con alternativas, con esperanzas, me será más fácil sanear mis pérdidas y recuperar una vida digna, con satisfacciones y posibilidades de crecimiento personal. Aquí podríamos hacer un listado de personas ilustres dependiente o enfermas.

Fases del Proceso de duelo

- 1) Experimentar pena y dolor.
- 2) Sentir miedo, ira, culpabilidad y resentimiento.
- 3) Experimentar apatía, tristeza y desinterés.
- 4) Reparación de la esperanza y reconducción de la vida.

Tareas del proceso del Duelo

1. **ACEPTAR** la realidad de la pérdida.
2. **SUFRIR** pena y dolor emocional.
3. **AJUSTE** al medio sin la persona desaparecida.
4. **QUITAR** la energía emocional del fallecido reconduciéndola hacia otras relaciones.

Expresar el duelo

- Físicas: llanto, ansiedad, jaqueca, apatía, insomnio, ahogos, falta de apetito,...
- Intelectuales: “No somos nada”, “A vivir que son dos días” “Ya está descansando” “Mi vida ya no tiene sentido”...
- Emocionales: tristeza, indiferencia, rabia, impotencia, alivio, culpa, soledad,...
- Conductuales: aislamiento, ropa oscura, evitar actividades o lugares,...->
Espirituales: rezo y ritos religiosos, ataque a Dios, hablar con el fallecido,...

Aquí la reflexión que nos interesa resaltar es que todas estas manifestaciones son expresión normal y necesaria del duelo; facilitarlas será lo que nos permitirá sanar el dolor y el vacío que nos deja la pérdida. Su duración, intensidad y frecuencia irán disminuyendo. Cada duelo necesita su tiempo; variará dependiendo de la persona y la pérdida. Puede ocurrir que el duelo se bloquee en algún sentimiento, en este caso es posible que necesitemos pedir ayuda profesional a alguien que nos ayude a elaborar esa culpa, a sanar ese duelo estancado.

Las cuidadoras pueden hablar de sus duelos actuales, los vividos o incluso los anticipados. Nos interesa que reflexionen sobre si creen que las manifestaciones que siguieron a las pérdidas a las que han tenido que enfrentarse han ido decreciendo o están en el mismo punto. Al tener que aceptar la dependencia de su familiar y sus cuidados pudieron aparecer alguna de las manifestaciones comentadas (negación, rabia, tristeza, vacío, impotencia, ansiedad, desesperanza, culpa, llanto, indignación, no comer, no dormir, no salir, etc). Después del tiempo transcurrido sigo llorando igual, mi rabia es la misma, me sigo culpando, sigo sin dormir, sin salir, sin divertirme...

Expresar los sentimientos que me genera la pérdida y hablar de ella me ayudará a aceptarla. Por eso es importante recordarles que dejen hablar a sus familiares de sus “penas”, que hable, llore o se enoje; para nosotros puede ser doloroso o molesto pero a ellos les ayudará a superarlas.

De igual manera aconsejaremos que busquen un espacio (una persona nutricia) donde también ella puedan hablar de su aflicción, permitirse sentimientos, verbalizar sus pérdidas, expresarse sin eufemismos la rabia, el dolor, el miedo o el cansancio. El taller es un espacio para ello pero acotado en el tiempo; hay que buscarlo en nuestro entorno socio-familiar.

Puede ser interesante hacer algún ejercicio de escucha activa donde por parejas durante varios minutos un cuidador le cuente al otro algo especial y concreto (cómo se siente, miedos actuales, pérdidas, duelos, culpas, cómo ha vivido hoy el día, etc). La pareja escuchará activamente, es decir, procurando que el que habla se sienta escuchado sin juzgar, ni opinar, ni intentar solucionar; respetando los silencios, con interés, con atención, aceptando y devolviendo lo que nos cuenta. Uno habla y otro escucha. Nada más.

Uno de los temas importantes sobre el que hablar y escuchar en los duelos es la culpa. Carlos Odriozola opina que el duelo está resuelto cuando podemos hablar de la pérdida y a la vez tener un sentimiento de agradecido recuerdo. Si el sentimiento que predomina es otro, evidenciaría un duelo atascado; y lo que atasca el duelo es la culpa. Por consiguiente, el objetivo que debe trabajarse en los duelos atascados sería la culpa. Ésta, a veces, puede esconderse detrás de otros sentimientos o mecanismos de defensa: negación, depresión, indiferencia, rencor, racionalización, etc. Atravesar el túnel o las fases del duelo

El duelo es un proceso comparable a un túnel, oscuro al principio, pero que si nos atrevemos a atravesar al final volvemos a encontrar la luz. Este túnel del duelo tiene diferentes fases. Para Kubler Ross: negación, ira, pacto, depresión y aceptación. Para Bowlby: shock (negación y aturdimiento), búsqueda (ansiedad, rabia, dolor), desorganización (desesperanza) y reorganización (aceptación).

Lo que nos interesa reflexionar con las cuidadoras es que esas fases no son lineales; que cuando estamos en alguna de ellas hay que aceptarla, estar en ella el tiempo que necesite para superarla y poder así seguir avanzando en el túnel. Es normal y necesario pasar por la rabia, la depresión o el aturdimiento, el llanto o el miedo. Si aceptamos, respetamos, nos permitimos estar y vivir en cada etapa el tiempo necesario podremos llegar al final del túnel, aceptar la pérdida y reorganizar nuestra vida.

Una dinámica que nos puede ayudar a comprender el proceso de duelo podría ser dibujar una silueta humana con un gran agujero en la barriga. Le preguntamos a los asistentes cómo se sentirá esa persona con esa enorme herida ¿dolerá? ¿podrá dormir? ¿podrá comer? ¿tendrá ganas de trabajar? ¿sentirá rabia? Comprenderemos que, tras una gran pérdida, sentimos un enorme vacío interior que vivimos con dolor, apatía, insomnio, abandono, etc. Y que todo eso es normal, mientras arrastramos esa enorme herida en nuestro cuerpo.

Luego podemos llenar el agujero con cruces pequeñas, que representan todas esas manifestaciones dolorosas con las que se llena ese vacío. Es la primera fase del duelo (shock-aturdimiento). Después podemos borrar algunas crucecitas y las sustituimos por triángulos. Con el paso de los días el vacío doloroso se va llenando de recuerdos, en principio, también dolorosos y tristes.

Esta segunda fase (desesperanza) necesita su tiempo, diferente en cada persona. No podemos ir con un enorme agujero en la barriga como si no nos pasara nada (negación de la pérdida) ni pretender cerrar en falso la herida. La herida cerrará, pero al ritmo que necesite y no al que nosotros queramos. Nosotros sólo podemos facilitar la cicatrización (duelo funcional) o dificultarla (duelo disfuncional). Si el proceso de duelo se va resolviendo, podemos seguir borrando cruces y triángulos y sustituirlos por corazones que representan los recuerdos agradables. Entraríamos la tercera fase del duelo (reorganización). No olvidamos, pero en la medida que nuestro agujero, nuestro vacío, está más lleno de corazones (recuerdos agradecidos) que de cruces y triángulos (dolores y recuerdos tristes) podemos continuar nuestra vida abiertos a nuevas vivencias. Este proceso no es lineal. Es más como una espiral ascendente donde nuestra vida se va reorganizando pero con momentos difíciles en determinadas situaciones y fechas señaladas.

En definitiva, se trata de transmitir la idea de que es normal sentirse muy mal tras una pérdida importante, que hay que darle salida a ese dolor, darle su tiempo y sus lágrimas; pedir ayuda si no conseguimos superarlo. El proceso de duelo es duro y difícil pero es el que nos permite pasar a otra etapa en nuestra vida; con el recuerdo de la pérdida pero con la posibilidad de llenarla de cosas nuevas.

Para facilitar el paso de este túnel comentamos con las cuidadoras algunos consejos que nos propone el psicólogo del Centro de Humanización la Salud Mariano Navarro Serer:

- Respetar el poder del duelo, un duelo no resuelto puede alterar toda tu vida.
- Permanece abierto al dolor, sin huidas, estar en él te ayudará a superarlo.
- Llorar cuanto necesites para despedirte, el llanto puede ser reparador.
- Sigue conectado con los otros, necesitas su presencia, su apoyo, su contacto, sus atenciones, necesitas hablar con ellos de tu pérdida, tu dolor, tus sentimientos, tus miedos
- Date el tiempo necesario, cada duelo es único.
- Experimenta las diferentes fases del duelo shock, negación, depresión, confusión, miedo, rabia, culpa, aceptación. Pueden aparecer en cualquier orden y diferente número de veces.

- Perdónate, por tu enfado, por tu desilusión, por no haber podido evitar la pérdida, por todo lo que no has podido hacer
- Tu pérdida no es una prueba ni un castigo.
- Tu duelo puede desbordarte por arrastrar en él duelos pendientes de pérdidas anteriores.
- Pequeños placeres pueden consolar, pasear, baño relajante, la naturaleza...
- Los aniversarios y las vacaciones ahora pueden ser más duros.
- Haz planes para tu nueva vida, nuevas actividades, nuevos ritos.
- Superar un duelo no es olvidar, ni resignarse.
- Fijate en otros que han superado sus pérdidas, aunque sean diferentes situaciones te dará esperanza.
- Pese a ser doloroso, también es una oportunidad de crecer, madurar y acercarte a comprender mejor el dolor de otros. Cuando dudes de tu capacidad para superarlo date tiempo y piensa que se acabará, que el túnel tiene un final.
- Date permiso para sentirte bien y disfrutar tu nueva vida, eso no significa traicionar el recuerdo.
- Siempre puede quedar un espacio vacío, permanente y tranquilo que te permitirá conectar con el ser querido. Continúa buscando razones para vivir, aunque pienses que no volverás a ser feliz, que tu vida no tiene sentido, el duelo pasará y tu vida seguirá si te abres a ella.
- No siempre tenemos el control de nuestras circunstancias vitales, lo que nos lleva a vivir más intensamente el presente, el aquí y el ahora.

2.3.1 Colaboración .

Gran parte de las personas internadas en los centros o instituciones sanitarias suelen tener disminuidas sus capacidades debido a enfermedades, a procesos degenerativos o su avanzada edad, por lo que pueden necesitar ayuda para su movilización, traslado o deambulación. De esta forma, requieren de asistencia por parte de sus cuidadores para realizar movimientos (incluso los

más imprescindibles), los cuales deben ser ejecutados siguiendo las normas establecidas para evitar daños, disminuir riesgos y favorecer la comodidad. El conocimiento de principios anatómicos básicos, así como de diferentes posiciones y técnicas de movilización serán necesarios para la realización de un trabajo adecuado en este ámbito.

2.3.2 Posiciones anatómicas

Es importante conocer las posiciones en que debe colocarse al paciente según las distintas situaciones, así como los procedimientos para colaborar en la realización de los cambios posturales y otros movimientos de un paciente encamado. Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado, que forman parte de la enfermería preventiva. La selección y realización de la planificación de estos cambios deben estar en función de las necesidades del paciente. Las posiciones anatómicas se emplean para facilitar la exploración del paciente, su tratamiento, la prevención de lesiones resultado de la escasa o nula movilidad, así como la comodidad y bienestar del paciente encamado. La colocación apropiada en la cama, los cambios posturales y los ejercicios de movilización, son medidas que ayudan a alterar las áreas de presión, evitando la aparición de contracturas y deformidades, de úlceras de decúbito, etc. Entre las posiciones corporales, las de uso más frecuente para realizar cambios posturales, facilitar exploraciones e intervenciones quirúrgicas, son:

- Posición de decúbito supino o dorsal.

El paciente está tumbado sobre la espalda, en plano recto y paralelo al suelo, con los brazos y piernas extendidos próximos al cuerpo. Se emplea en exploraciones, post-operatorios, estancias en cama y como parte de planes de cambios posturales. Se pueden colocar almohadas que aumenten la alineación y comodidad del paciente, principalmente bajo la cabeza, bajo las rodillas o los talones, en la zona lumbar, etc.

- Posición de decúbito lateral.

El paciente está tumbado sobre un lateral de su cuerpo, en plano recto y paralelo, con la espalda alineada y los brazos flexionados cercanos a la cabeza. La pierna más cercana a la cama está en extensión o ligeramente flexionada; y la otra, flexionada en cadera y rodilla. Se emplea en administración de enemas, exploraciones, higiene, estancias en cama y dentro de planes de cambios posturales. Para favorecer la comodidad del paciente, se pueden colocar almohadas bajo la cabeza, bajo la pierna flexionada, detrás de la espalda, etc.

- Posición de decúbito prono o ventral.

El paciente está tumbado sobre el abdomen, en plano recto y paralelo al suelo, con las piernas extendidas y la cabeza girada hacia un lado. Los brazos pueden estar extendidos paralelos al cuerpo o flexionados a ambos lados de la cabeza. Se emplea tras ciertas intervenciones quirúrgicas, exploraciones, estancias en cama y dentro de planes de cambios posturales. Podemos colocar almohadas bajo la cabeza o bajo los tobillos.

- Posición de Fowler o semi-Fowler.

El paciente permanece semisentado sobre una superficie paralela al suelo, con las rodillas ligeramente flexionadas y el respaldo en un ángulo de 45°. En

Fowler alto, la cabecera se coloca a 90°; y en semi-Fowler, en ángulo de 30°. Se emplea en pacientes con problemas cardíacos o respiratorios para facilitar actividades como comer y leer, y dentro de planes de cambios posturales. Podemos colocar almohadas para mayor comodidad bajo el cuello y los hombros, en la zona lumbar, en huecos poplíteos (cara posterior de las rodillas o corva), bajo los tobillos, etc.

- Posición de Sims o semiprona.

Es una posición intermedia entre el decúbito prono y el decúbito lateral. El paciente se encuentra con la cabeza girada hacia un lado, con el brazo más cercano a la cama extendido y ligeramente separado del cuerpo; y el otro, flexionado y cercano a la cabeza. La pierna más cercana a la cama se encuentra semiflexionada por la rodilla; y la otra, flexionada por la cadera y la rodilla. Se emplea en algunas actividades de enfermería, en pacientes inconscientes y en planes de cambios posturales. Colocaremos almohadas bajo la cabeza, bajo el hombro y bajo la pierna flexionada.

- Posición de Trendelenburg.

El paciente está tumbado en decúbito supino sobre una superficie recta, en un plano que forma un ángulo de 45° respecto al suelo, con la cabeza más baja que los pies. Se emplea principalmente para cirugía, síncope o pérdidas de conocimiento y toda situación que requiera aumento de aporte sanguíneo al cerebro.

- Posición de Morestin o antitrendelenburg.

Esta posición es similar a la anterior, con la diferencia de que la cabeza está más elevada que los pies, con el paciente sobre plano recto en ángulo de 45°

con respecto al suelo. Se emplea principalmente para problemas respiratorios, hernias de hiato, etc.

– Posición de litotomía o ginecológica

El paciente se encuentra tumbado sobre su espalda, con los brazos extendidos paralelos al cuerpo, las piernas flexionadas y las rodillas separadas. Si se realiza sobre una cama, los pies apoyan en el colchón; si se pone en práctica en una mesa ginecológica, los pies descansan sobre unos estribos o soportes. Se emplea en exploraciones e intervenciones ginecológicas, partos, técnicas de enfermería (sondaje vesical, lavado genital, etc).

– Posición genupectoral o mahometana.

El paciente se coloca boca abajo, apoyado sobre sus rodillas, con el torso levantado e inclinado hacia delante, con los brazos sobre la superficie y la cabeza entre ellos. Se emplea en exploraciones rectales.

– Posición de Rose.

El paciente está en decúbito supino, con los hombros situados en el extremo de la superficie de apoyo y la cabeza colgando. Los brazos permanecen extendidos paralelos al cuerpo. Se emplea en exploraciones, intervenciones quirúrgicas y para actividades de enfermería (lavado de pelo de paciente encamado).

- Cuando el paciente no pueda realizar por sí mismo los cambios posturales, será ayudado, teniendo SIEMPRE en cuenta las normas de mecánica corporal
- Antes colocar al usuario en una determinada posición o de emplearla para realizar un cambio postural, SIEMPRE se comprobará que no está contraindicada en el caso de este paciente.
- Realizar los cambios posturales de forma programada e individualizada cada 2-3 horas, principalmente en los pacientes encamados.
- En periodos de sedestación (paciente sentado), se efectuarán movilizaciones horarias. Si el paciente puede moverse de manera autónoma, deberá mobilizarse cada 15 minutos realizando cambios de postura.
- Comprobar que el enfermo esté cómodo en la nueva postura.

- Al colocar al paciente en una nueva postura, comprobar que mantiene el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Eliminar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí y el apoyo directo sobre las úlceras de decúbito⁷⁵, si existiesen. Evitar el roce con costuras y ropas excesivas que pudieran favorecer las lesiones en la piel.
- Evitar el arrastre y las maniobras bruscas.
- Completar la acomodación y favorecer las posiciones deseadas con la utilización de almohadas, cojines, sábanas o toallas enrolladas, etc. La utilización de colchones antiescaras, cojines de silicona u otras superficies especiales ayudan a prevenir la aparición de úlceras por presión pero, en ningún caso, sustituyen a los cambios posturales.
- Estimular al paciente para que realice movimientos en la cama: girar los pies, flexionar y extender los dedos de la mano, etc.

2.3.3 Principios de mecánica corporal

La buena mecánica corporal es el uso eficiente, coordinado y seguro del cuerpo para producir el movimiento y mantener el equilibrio durante la actividad. Es la utilización adecuada del cuerpo humano. **ANEXO 5**

Comprende las normas fundamentales que deben respetarse al realizar la movilización o transporte de un peso, con objeto de utilizar el sistema osteo-muscular o musculoesquelético de forma eficaz, reduciendo la energía requerida para moverse y mantener el equilibrio, evitando la fatiga innecesaria y la aparición de lesiones. Su finalidad principal es facilitar el uso seguro y eficiente del grupo de músculos adecuado.

La correcta mecánica corporal es esencial tanto para prevenir lesiones en los cuidadores que realizan las movilizaciones a los paciente, como para las personas que son movilizadas. La incorrecta puesta en práctica de estas técnicas puede tener como consecuencia fatiga, resbalones, desequilibrios, etc. Por parte del profesional, que podrían conllevar la caída o lesión de la persona dependiente que está siendo en ese momento atendida.

La mecánica corporal implica tres elementos básicos:

- Alineación corporal (postura): es la organización geométrica de las partes del cuerpo relacionadas entre sí.

- Equilibrio (estabilidad): es un estado de nivelación entre fuerzas opuestas que se compensan y anulan mutuamente para conseguir una estabilidad.
- Movimiento coordinado del cuerpo.

A. Principios generales y normas fundamentales de la mecánica corporal

Los principios generales y las normas fundamentales de mecánica corporal que los profesionales siempre deberán tener en cuenta a la hora de movilizar a un paciente, son las que destacamos a continuación.

- Cuando se trabaja a favor de la gravedad, se facilita el movimiento.
- Los músculos se encuentran siempre en ligera contracción.
- El esfuerzo que se requiere para mover un cuerpo depende de la resistencia del cuerpo y de la fuerza de la gravedad.
- Es importante conservar el centro de gravedad bajo, flexionando la cadera y rodillas y evitando doblar la cintura. De esta forma, se distribuye el peso de forma uniforme entre la mitad superior e inferior del cuerpo y se mantiene mejor el equilibrio.
- Apoyarse sobre una base amplia, separando muy bien los pies, proporciona estabilidad lateral y desciende el centro de gravedad.

NORMAS FUNDAMENTALES DE MECÁNICA CORPORAL

- Preparar el espacio físico en que se realizará la actividad, retirando los objetos que pudieran estorbar o entorpecer.
- Colocar al paciente o los objetos a movilizar en la posición adecuada.
- Aumentar la estabilidad corporal, ampliando la base de sustentación o apoyo y descendiendo el centro de gravedad. Para ello separaremos los pies, adelantando uno respecto al otro y colocándolos en dirección al movimiento; también, flexionaremos las piernas.
- Proteger la espalda. Al levantar un objeto pesado del suelo no hay que doblar la cintura, sino flexionar las piernas y elevar el cuerpo, manteniendo recta la espalda. De esta forma, el esfuerzo queda a cargo de los músculos de las piernas y no de los de la espalda.

- Sujetar o trasladar un objeto manteniéndolo próximo al cuerpo. Así se acercan los centros de gravedad implicados: el nuestro propio y el del objeto.
- Deslizar o empujar requiere menos esfuerzo que levantar (pues esto último implica un movimiento contrario a la gravedad). Para aumentar la eficacia del deslizamiento o empuje podemos reducir la fricción procurando que la superficie sobre la que realizamos el movimiento esté lo más lisa posible.
- Utilizar el peso de nuestro cuerpo para facilitar la maniobra de empujar o tirar de un objeto, contrarrestando su peso, lo que exige menor energía en el desplazamiento.
- El cuerpo debe mantener una alineación adecuada mientras se hace un esfuerzo. Girar el tronco dificulta la movilización.
- Cuando la realización de la tarea supone algún riesgo para el paciente o para el sanitario, hay que solicitar la ayuda de otro profesional o recurrir a ayudas técnicas (grúa o elevador).

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Tanto en la realización de cambios posturales y otros movimientos a pacientes encamados como en cualquier otra actividad que precise sostener o desplazar a personas u objetos, es necesario observar los principios básicos y las normas fundamentales de mecánica corporal, con el fin de evitar lesiones o contracturas en el profesional y riesgos para el paciente.

B. Realización correcta de determinadas posturas para evitar lesiones

Pasamos a detallar la correcta realización de determinadas posturas para evitar lesiones:

B.1. Para sentarse correctamente...

- Siéntese de modo que la espalda apoye contra el respaldo de la silla y con la región sacra o glútea bien hacia atrás. De este modo, el apoyo se realizará sobre las tuberosidades isquiáticas (abultamientos óseos del isquion, palpables en la región glútea) y no el sacro (parte final de la columna junto con el coxis), lo que facilita la correcta alineación de la columna vertebral.

- Plante bien los pies en el suelo, formando un ángulo de 90° con las piernas.
- Flexione un poco la columna lumbar (o cintura) para mantener la curvatura natural.
- Si la silla tiene brazos, flexione los codos y apóyelos antebrazos para evitar la distensión de los hombros.

B.2. Para pararse correctamente...

- Mantenga los pies paralelos entre sí, separados unos 15-20 centímetros. Distribuya el peso por igual entre ambos miembros inferiores.
- Flexione ligeramente las rodillas.
- Retraiga la zona glútea y el abdomen hacia atrás, saque un poco el pecho y eche hacia atrás los hombros.
- Coloque el cuello recto con el mentón o barbilla ligeramente hacia abajo.

B.3. Para agacharse correctamente...

- Permanezca parado, con los pies separados unos 25-30 cm, con uno de ellos ligeramente adelantado para aumentar la base de apoyo.
- Baje el cuerpo flexionando las rodillas, realizando un mayor apoyo sobre el pie adelantado.

Mantenga la espalda recta, sin doblar la cintura.

- Para levantarse, extienda las rodillas conservando recta la espalda.

B.4. Para levantar y cargar correctamente...

- Colóquese junto a la persona o el objeto en la misma dirección en que realizará el movimiento (para evitar que la columna gire al levantarlo), con posición encorvada.
- Flexione ligeramente las rodillas.
- Agarre al paciente u objeto y contraiga los músculos abdominales.

- Levántese extendiendo las rodillas, con ayuda de los músculos de las piernas y la cadera. Mantenga la espalda recta.
- Cargue al paciente u objeto cerca de la cintura (centro de gravedad) para evitar forzar los músculos de la espalda.

B.5. Para empujar y tirar correctamente...

- Colóquese junto al paciente u objeto, con un pie ligeramente adelantado. Apriete los músculos de las piernas y fije la pelvis, contrayendo simultáneamente abdominales y glúteos.

Para empujar: Apoye las manos sobre el paciente u objeto y flexione los codos; inclínese y realice una presión continua y suave, trasladando el esfuerzo de la pierna atrasada a la adelantada.

Para tirar: Agarre al paciente u objeto y flexione los codos. Incliniéndose en dirección contraria, traslade el esfuerzo de la pierna adelantada a la atrasada, tirando suavemente y de forma continua.

- Una vez que el objeto se empiece a mover, no pare. Gastará más energía si se detiene y vuelve a empezar.

Técnicas de movilización, traslado y deambulación.

En todas las técnicas de movilización es fundamental preservar la integridad del paciente, evitando que éste pueda sufrir cualquier daño o caída. La movilización puede hacerse para el traslado del paciente a otro lugar (de cama a camilla, de silla a cama, etc.); para la realización de pruebas, intervenciones, o tratamientos; para cambios posturales; o como ayuda en las actividades básicas diarias.

Además de la integridad del paciente, es necesario, e igualmente importante, preservar la seguridad del trabajador, siguiendo las normas de mecánica corporal para evitar lesiones a corto o largo plazo

Preparación para el traslado.

Para realizar de forma adecuada un traslado o movilización es necesario realizar ciertas acciones previas que nos faciliten el trabajo:

- Llevar ropa adecuada para la acción que vamos a realizar; es decir, una vestimenta ancha que facilite los movimientos, así como cumplir con las

medidas higiénicas y de barrera necesarias que vendrán dadas por el estado del paciente que vayamos a movilizar.

- Utilizar un calzado no deslizante que nos ayudará en los apoyos y, por tanto, disminuirá la fuerza necesaria a utilizar en el proceso.
- Contar con el número de personas necesarias para realizar la movilización, y así evitar lesionarnos, siempre teniendo en cuenta las normas de mecánica corporal.
- Retirar previamente del entorno todo objeto que pueda molestar durante el proceso de movilización.
- Explicar al paciente la acción que se va a realizar, procurando utilizar un lenguaje adecuado que facilite su comprensión y pedir su colaboración siempre que sea posible.
- Durante la acción de movilizar se deben dar órdenes concretas, concisas y directas al paciente y al resto de los compañeros para evitar malos entendidos y ayudar a una perfecta coordinación.

2.3.4 Movilización de personas dependientes.

La movilización del paciente nos será útil tanto para evitar daños y lesiones derivados del encamamiento prolongado, como para favorecer la autonomía y autocuidado del paciente. **ANEXO 5**

El término “movilización” puede ser empleado para referirnos al programa de ejercicios realizados por el fisioterapeuta o bajo su supervisión, así como para otras técnicas de desplazamiento o movilización postural del paciente en la cama. Nos centraremos en la explicación de este último grupo de técnicas.

En todas las técnicas de movilización que vamos a describir a continuación, comenzaremos por:

- Preparar el equipo necesario.
- Lavarnos las manos.
- Explicar el procedimiento al paciente, pidiendo su colaboración si fuese posible.
- Frenar la cama y colocarla en posición horizontal.

- Retirar almohadas y destapar al paciente.
- Los profesionales se colocarán en el lateral de la cama hacia donde se quiera movilizar al paciente.
- Se pedirá al usuario que coloque los brazos sobre el tórax; si no puede hacerlo por sí mismo, esto lo harán también los profesionales.
- La fuerza se ejercerá sobre el paciente de forma suave y coordinada, evitando siempre causarle cualquier daño por pequeño que este sea.

Procedimiento: MOVER al paciente hacia la ORILLA de la CAMA

Suele utilizarse como paso previo para otras movilizaciones, como colocar al paciente en decúbito lateral o en decúbito prono, o trasladarlo a la camilla o a una silla. Esta movilización requerirá de dos personas en la mayoría de los casos.

Si el paciente colabora...

- Los profesionales deben situarse cada uno a un lado de la cama con los pies separados, las rodillas ligeramente flexionadas y lo más cerca posible a la cabecera.
- Pedir al paciente que doble las caderas y las rodillas, que mantenga la espalda recta y apoye las plantas de los pies en la superficie de la cama.
- Cada profesional colocará uno de sus brazos bajo los hombros del paciente, con la mano apoyada en su axila o en su hombro más alejado; y el otro brazo, bajo sus muslos.
- Pedir colaboración al paciente diciéndole que haga palanca con los talones y manteniendo elevada la cabeza.
- Ayudar al usuario en el impulso hacia el lado de la cama al que se debe desplazar.
- Reordenar la cama, colocar las almohadas bajo la cabeza y los hombros del paciente, y comprobar que está cómodo y con buena alineación corporal.

Si el paciente no colabora,...

- Los cuidadores se posicionarán a un lado de la cama cada uno, con los pies separados, las rodillas ligeramente flexionadas y cercanos a la cabecera.
- Cada uno colocará uno de sus brazos bajos los hombros del paciente y el otro bajo los muslos.
- A continuación, flexionarán las rodillas del usuario.
- Movilizar al usuario hacia la orilla de la cama “a la señal” de forma coordinada.

Procedimiento: MOVER al paciente hacia la CABECERA de la CAMA

Muchos pacientes pueden tener elevada la cabecera de la cama. Sin embargo, al cabo de un tiempo, a menudo resbalan hacia la mitad o hacia los pies. Necesitarán entonces moverse hacia arriba para mantener una buena alineación corporal y estar cómodos.

Si el paciente colabora...

- Colocar la almohada contra la cabecera de la cama, si el paciente puede estar sin ella. Así se evitará que se golpee la cabeza contra la parte superior de la cama o la pared durante la movilización.
- El profesional debe situarse junto a la cama con los pies separados, las rodillas levemente flexionadas, y lo más cerca posible de la cabecera de la cama.
- Pedir al paciente que doble las caderas y las rodillas, que mantenga la espalda recta y apoye las plantas de los pies en la superficie de la cama.
- Colocar uno de nuestros brazos bajo los hombros del paciente, con la mano apoyada en su axila o en su hombro más alejado; y el otro brazo, bajo sus muslos.
- Pedir al paciente que se sujete al cabecero o se ayude apoyando las manos sobre la cama y se impulse “a la señal” hacia arriba, haciendo palanca con los talones y manteniendo elevada la cabeza.
- Ayudar al usuario en el impulso, desplazando el peso de nuestro cuerpo de la pierna de atrás a la de delante.

- Reordenar la cama, colocar las almohadas bajo la cabeza y los hombros del paciente, y comprobar que está cómodo y con buena alineación corporal.

Si el paciente no colabora,...

- Colocar la almohada contra la cabecera de la cama.
- Cada cuidador se posicionará a un lado de la cama, con los pies separados, las rodillas ligeramente flexionadas, y cercanos a la cabecera.
- Cada uno colocará uno de sus brazos bajos los hombros del residente y el otro bajo los muslos.
- Flexionar las rodillas del usuario.
- Mover al usuario hacia la cabecera de la cama “a la señal” de forma coordinada, cambiando el peso del cuerpo de la pierna de atrás a la de delante.
- Reordenar la cama, colocar la almohada bajo la cabeza y hombros del paciente y comprobar que está cómodo y bien alineado.

Procedimiento: COLOCAR al paciente en DECÚBITO LATERAL

Se emplea como cambio postural de decúbito supino a lateral o como ayuda para realizar diversos procedimientos como la higiene, el cambio de pañal o el cambio de cama de paciente encamado.

En la mayoría de los casos, requerirá de dos profesionales actuando de forma coordinada.

- Mover al paciente hacia la orilla de la cama contraria a la que se va a girar su cuerpo, con cuidado de posibles caídas.
- Una vez colocado, flexionar la pierna y el brazo más cercano a la orilla de la cama, separándole el brazo más alejado para evitar que ruede sobre él.
- El profesional del lado libre tirará suavemente del hombro y la cadera del paciente hasta la posición de decúbito lateral.
- Realizar procedimientos si fuesen necesarios (aseo, curas, cambio de pañal,...)

- Reordenar la cama, colocar la almohada y comprobar la alineación. Para mantener la posición, nos ayudaremos de cojines o almohadas si es necesario al paciente en DECÚBITO PRONO. Se emplea como cambio postural de decúbito supino a decúbito prono o para realizar algún procedimiento (curas, masajes, exploraciones, etc.). Serán necesarios dos profesionales en la mayoría de los casos.
- Mover al paciente hacia la orilla de la cama contraria a la que vamos a girar el cuerpo.
- Una vez colocado, flexionar el brazo más cercano a la orilla de la cama, acercándole el brazo más alejado al cuerpo para facilitar que ruede por él.
- Cruzar la pierna más cercana a la orilla sobre la más alejada para favorecer el rodamiento.
- El profesional del lado libre tirará suavemente del brazo flexionado y la cadera, colocando al usuario en decúbito prono.
- Realizar procedimientos si fuesen necesarios.
- Reordenar la cama, colocar almohadas y comprobar alineación.

Procedimiento: SENTAR al paciente en la ORILLA de la CAMA

Suele ser previo a la deambulaci3n. Esta movilizaci3n puede ser ejecutada por un solo profesional.

- Mover al paciente hacia la orilla de la cama.
- Colocar la cama en posici3n Fowler
- Colocar un brazo por detr3s de los hombros del paciente sujetando el hombro m3s alejado con la mano y posicionar la otra mano en sus piernas por encima de las rodillas.
- Realizar un movimiento circular, elevando las rodillas y rotando su cuerpo en un solo movimiento hasta que quede sentado en la orilla de la cama con las piernas colgando.

Procedimiento: LEVANTAR al paciente para DEAMBULACI3N o para SENTARSE en una SILLA

Se emplea en pacientes con buena movilidad para desplazamientos o cambios posturales de cama a sillón.

- Sentar la paciente en la orilla de la cama.
- Colocarse frente a él con las caderas y rodillas flexionadas y éstas últimas pegadas a las del paciente, bloqueando a la vez sus pies con los nuestros.
- Rodearle con los brazos por debajo de las axilas.
- De forma simultánea, el cuidador irá estirando las rodillas y le indicará al paciente que intente levantarse, tirando en ese momento de él hacia arriba hasta colocarlo de pie.
- Si queremos caminar, lo haremos según las indicaciones que se explican en el siguiente apartado "Acompañamiento para la deambulación".
- Si queremos sentarlo en una silla o sillón, realizar un giro sobre nosotros mismos sin soltar al paciente e ir flexionando las rodillas para ir bajándolo lentamente hasta colocarlo en la silla preparada previamente en la posición adecuada.

Acompañamiento en la deambulación

El acto de caminar se intenta iniciar con la mayor prontitud posible tras procesos de encamamiento derivados de alguna enfermedad o intervención para disminuir lesiones por falta de movilización y en personas con escaso grado de dependencia que mantienen una buena capacidad motora. Se trata de que el paciente recupere su independencia lo más rápido posible o la mantenga y colabore en las actividades de la vida diaria.

Para el acto de la deambulación es preciso que anteriormente el paciente sea capaz de mantener la sedestación; es decir, mantenerse sentado. Una vez conseguida, y siempre bajo supervisión facultativa, será momento de continuar con la deambulación. Dependiendo del grado de dependencia será necesario el uso de medios auxiliares, como los andadores, muletas y bastones

- Ayudar al paciente a sentarse en la orilla de la cama, según la técnica descrita.
- Ayudarlo a vestirse (el calzado y la bata, si fuese necesario).

- Realizar la técnica indicada para colocar al paciente de pie. Si tiene buena movilidad, sólo le sujetaremos por la cintura y le ofreceremos apoyo en uno de nuestros brazos para levantarse de la cama y adoptar la posición de bipedestación (mantenerse de pie sobre ambos pies).
- El cuidador se colocará al lado del usuario, sujetándole por la cintura con uno de los brazos; el otro servirá de apoyo al paciente. O bien, éste colocará su brazo alrededor de los hombros del cuidador. De esta forma se iniciará la deambulación.
- Mientras se realiza el procedimiento, el cuidador observará atentamente al paciente y cualquier reacción que pudiera presentar. Estará especialmente preparado para reaccionar ante un posible desequilibrio del usuario.

Prevención de caídas y accidentes del usuario

Existen diferentes factores que predisponen a una caída en el paciente y que pueden ser de dos tipos:

- internos, derivados de enfermedades, procesos degenerativos o neurológicos, efectos secundarios de medicaciones o la edad;
- externos, derivados del entorno.

A la hora de atender a un paciente, es necesario identificar la existencia de alguno o algunos de estos factores predisponentes con el fin de establecer estrategias para la prevención de una posible caída.

Las estrategias para la prevención de caídas engloban tres aspectos:

1. Valoración del riesgo de caída en el paciente.
2. Cuidados de Enfermería.
3. Entorno del paciente: control de riesgos.

1- Valoración del riesgo de caída en el paciente

- Identificar el riesgo de caídas de un paciente cuando éste realiza el ingreso en la institución.

- Después del ingreso, reevaluar el riesgo a intervalos regulares, observando cada día la movilidad del paciente.
- Vigilar la medicación de alto riesgo y sus efectos secundarios (mareos, somnolencia, etc.)
- Realizar rondas de seguridad revisando los dispositivos y el entorno, en general (funcionamiento de las barandillas laterales de las camas y de los frenos de las sillas de ruedas; retirada de objetos innecesarios en los pasillos o habitaciones; funcionamiento de luces testigo o piloto en las habitaciones; etc.)

2. Cuidados de Enfermería

- Mantener horarios regulares para ir al baño.
- Proporcionar calzado antideslizante y del número adecuado.
- Establecer rondas de vigilancia frecuentes en pacientes con alto riesgo de caídas.
- Recordar colocar de nuevo las barandillas laterales de las camas tras realizar cualquier procedimiento.
- Aplicar sujeciones adicionales a pacientes agitados o confusos que lo requieran.
- Proporcionar ayuda a la deambulación y medios técnicos adicionales a pacientes que los precisen (muletas, bastones, etc.)
- Reportar de forma adecuada los incidentes en la base de datos de caídas (según protocolo del centro).

3. Entorno del paciente: control de riesgos

- Mantener la cama a una altura baja y con el freno puesto.
- Tener siempre las barandillas laterales de las camas levantadas.
- Colocar el timbre de llamada cercano y accesible para el paciente.
- Procurar que sus objetos personales y de uso más frecuente estén siempre a su alcance.

- Proporcionar una iluminación adecuada en los dormitorios y baños.
- Mantener la superficie del suelo limpia y seca para evitar deslizamientos.
- Proporcionar asideros o barras en los cuartos de baño y barandas de apoyo en los pasillos.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Una de las primeras actuaciones debe ser valorar el grado de autonomía del paciente y si necesita utilizar herramientas auxiliares para la movilización, como bastones, muletas, silla de ruedas, etc.

2.3.5 Ayudas técnicas para la deambulaci3n, traslado y movilizaci3n en personas dependientes.

El Cat3logo de Productos de Apoyo del Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas T3cnicas recoge una descripci3n, por categorías y niveles, de los “productos de apoyo para la movilidad personal”, que se clasificarían de la siguiente forma:

Productos de apoyo para caminar manejados por un brazo

- Bastones. - Muletas de codo. - Muletas de antebrazo.
- Muletas axilares. - Bastones con tres o m3s patas. - Bastones con asiento. Productos de apoyo para caminar manejados por ambos brazos
- Andadores sentados - Andadores con ruedas. - Andadores para caminar.
- Andadores con apoyo para la parte superior del cuerpo.

Accesorios para los productos de apoyo para caminar

- Sujeta-bastones.

Sillas de ruedas de propulsi3n manual

- Sillas de ruedas bimanuales y bimanuales manejadas por medio de palancas.

- Sillas de ruedas manuales, de conducción mono-lateral y de propulsión asistida.
- Sillas de ruedas manejadas por el pie.
- Sillas de ruedas manuales manejadas por asistente.
- Sillas de ruedas manuales de propulsión asistida manejadas por asistente.

Sillas de ruedas de propulsión motorizada

- Sillas de ruedas con motor eléctrico y dirección manual.
- Sillas de ruedas con motor eléctrico y dirección eléctrica.
- Sillas de ruedas con motor de combustión.
- Sillas de ruedas motorizadas manejadas por asistente.

Accesorios para sillas de ruedas

- Sistemas de dirección y de control.
- Unidades de propulsión.
- Luces.

Incluye, también, productos de apoyo para coches, motocicletas y ciclomotores, triciclos,... A continuación, describiremos de forma genérica algunos de estos productos, a los podríamos también llamar elementos de apoyo

- Bastones: su longitud es un elemento fundamental para favorecer su eficacia y uso en condiciones de seguridad, debiendo ésta adaptarse a la distancia entre la muñeca y el suelo. Son aconsejables los que permiten el ajuste en altura. Se recomiendan los que poseen tres o cuatro pies – para aumentar la estabilidad- y cuentan con un tope de goma en la base de los mismos para evitar deslizamientos. En cuanto a las empuñaduras, existe una gran variedad.
- Muletas: se utilizan para facilitar el apoyo de una pierna o para suplir la ausencia de esta extremidad. Suelen ser de aluminio y regulables en altura. Existe una gran variedad de empuñaduras y cogidas al brazo. También deben contar con una base de goma para evitar deslizamientos.

- Andadores: se usan cuando el paciente presenta dificultad en la estabilidad por tener poco equilibrio o debilidad en los miembros inferiores. Proporcionan soporte y estabilidad en la bipedestación (mantenerse de pie) y deambulación. Normalmente, son de cuatro patas y con gomas antideslizantes o con ruedas. Pueden ser plegables.

También existen otras herramientas que facilitan el traslado de personas con escasa movilidad entre diferentes lugares (ej. cama-sillón, cama-aseo,...) y que son principalmente una ayuda para el cuidador. Es el caso de los siguientes elementos:

- Bandas o cojines de transferencia: son fundas de almohadas con dos asas que permiten al cuidador tirar del paciente para movilizarlo sin que ni éste ni el profesional corran riesgos de caída o lesión.
- Tablas de transferencia: son láminas resistentes que se colocan debajo del paciente para realizar transferencias seguras y reduciendo el esfuerzo a realizar por el profesional.
- Grúas de movilización: permiten la transferencia de personas con gran dificultad de movilidad de un lugar a otro. Existen diversos tipos, como las eléctricas, las hidráulicas o las de eslingas, que cuentan con un arnés o con cintas que se utilizan para la elevación del paciente.

El modo de usarlas requiere conocimientos y destreza del cuidador respecto a dos procesos: 1. Colocación del arnés y 2. Movilización del paciente.

Para realizar este procedimiento, el paciente deberá partir de la posición de decúbito supino o de la posición de sentado.

1. Desde la posición de decúbito supino

- Girar al paciente a decúbito lateral.
- Remeter el arnés hasta la mitad del cuerpo por debajo de la espalda.
- Girar al paciente hacia el lado contrario y terminar de colocar el arnés debajo de su espalda.
- Anclar el arnés a la grúa por la zona de la cabeza del paciente.
- Pasar las cintas por debajo de las piernas del paciente y anclarlas a los ganchos de la grúa, de forma que la cinta de pierna derecha quede sujeta al gancho izquierdo; y la cinta de pierna izquierda, al gancho

derecho; esto colocará al paciente en una postura más aproximada a la posición de sentado.

2. Desde la posición de sentado...

- Pasar el arnés por la espalda del paciente, de arriba a abajo.
- Anclar la parte de arriba del arnés en la grúa.
- Pasar las cintas de las piernas por debajo de ellas y anclarlas en los ganchos de la grúa, según el procedimiento descrito en el punto inmediatamente anterior.

MUY IMPORTANTE

Durante la realización de todo este proceso, preservaremos cuidadosamente y en todo momento la intimidad del paciente.

Procedimiento: MOVILIZACIÓN de pacientes CON GRÚA

- Es necesario preparar al paciente para el proceso que vamos a realizar informándolo adecuadamente y pidiéndole que colabore, si le es posible.
- Frenar la cama y colocarla en posición horizontal.
- Retirar todo objeto que pudiera dificultar las maniobras a realizar a continuación.
- Colocar el arnés y anclarlo a la grúa.
- Elevar la grúa a una altura suficiente para evitar que el paciente pueda golpearse de forma accidental con la cama o algún otro objeto.
- Abrir las patas de la grúa para aumentar la estabilidad de ésta durante el traslado.
- Colocar al paciente en la grúa asegurándonos muy bien de que se encuentra adecuadamente sujeto y de que se cumplen todas las medidas de seguridad.
- Mover la grúa con el paciente lentamente de un lugar a otro.
- Colocar al paciente en su nuevo destino descendiendo la grúa lenta y cuidadosamente.

MUY IMPORTANTE

Durante la realización de todo este proceso, preservaremos cuidadosamente y en todo momento la intimidad del paciente. La grúa nos permite movilizar al paciente que requiere ayuda total con menor esfuerzo para el personal y una mayor seguridad. La puesta en práctica de esta técnica CONLLEVA RIESGO DE CAÍDA DEL PACIENTE.

El cuidador SOLAMENTE realizará una movilización del paciente con grúa si está completamente seguro de contar con los CONOCIMIENTOS y DESTREZAS necesarios para llevar a cabo este procedimiento de forma satisfactoria y en CONDICIONES de MÁXIMA SEGURIDAD para el PACIENTE.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

El cuidador SOLAMENTE realizará una movilización del paciente con grúa de movilización si está completamente seguro de contar con los CONOCIMIENTOS y DESTREZAS necesarios para llevar a cabo este procedimiento de forma satisfactoria y en CONDICIONES de MÁXIMA SEGURIDAD.

La puesta en práctica de esta técnica conlleva riesgo de caída del paciente. La silla de ruedas es una herramienta muy útil para grandes desplazamientos en personas con problemas de movilidad en distintos grados, así como en personas con importantes dificultades en ambas extremidades inferiores. Existe gran variedad de sillas, indicadas para distintos grados de dependencia del paciente. Podemos también señalar otra serie de herramientas que facilitan el encamamiento, aumentando la comodidad y disminuyendo lesiones en pacientes con alto grado de dependencia; son las siguientes:

- Cama articulada: camas que adoptan distintas posiciones, regulables en altura y con movilidad de cabecero y piecero. Pueden ser de mando eléctrico o manual y suelen disponer de barandillas protectoras laterales.
- Colchón antiescaras: su función es disminuir la presión que el encamamiento continuado genera en las zonas del cuerpo del paciente donde se produce el apoyo; así, favorece un mejor flujo de la sangre y previene la aparición de úlceras por presión. Además, se adapta muy bien a la cama y facilita la realización de cambios de postura. Los colchones antiescaras pueden ser de aire, de agua y de espuma.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Para poder lograr un fomento de la autonomía de las personas dependientes, las instituciones deben tener el medio adaptado a las necesidades de

los pacientes, no debiendo existir barreras arquitectónicas que obstaculicen su deambulaci3n, permitiendo as3 que conserven un cierto nivel de independencia.

Esto requiere una serie de modificaciones en el entorno que posibiliten la realizaci3n de las actividades de la vida diaria por parte del usuario, las cuales deber3n en todos los casos ser tenidas en cuenta por las instituciones para una mayor accesibilidad, movilidad y seguridad de los residentes, siendo un complemento perfecto a las ayudas t3cnicas necesarias en funci3n de cada paciente ya explicadas anteriormente.

2.3.6 Prevenci3n de riesgos laborales en las tareas de deambulaci3n, traslado y movilizaci3n.

En la manipulaci3n de enfermos interviene el esfuerzo humano de forma directa (levantamiento) o indirecta (empuje, tracci3n o desplazamiento). La manipulaci3n manual de un cuerpo pesado es responsable, en muchos casos, de la aparici3n de fatiga f3sica e, incluso, de lesiones que se pueden producir de una forma inmediata o por acumulaci3n de peque1os esfuerzos o traumatismos aparentemente sin importancia.

En el medio sanitario ocurren una gran cantidad de accidentes laborales, siendo 3stos generalmente debidos a sobreesfuerzos por mala praxis (pr3ctica), ca3das al mismo o distinto nivel, golpes o heridas por objetos y herramientas, etc. Las lesiones m3sculo-esquel3ticas se pueden producir en cualquier zona del cuerpo, si bien en el 3mbito sanitario son m3s propensos a estas lesiones los miembros superiores y la espalda, en especial la zona Dorso-lumbar. Las lesiones dorso-lumbares incluyen la lumbalgia, las hernias discales e, incluso en algunos casos, las fracturas vertebrales por sobreesfuerzos. Las lesiones en los miembros superiores (hombros, brazos, antebrazos y manos) m3s frecuentes son heridas, contusiones, esguinces, etc.

A. Factores de riesgo para los profesionales en las tareas de deambulaci3n, traslado y movilizaci3n

Algunos de los factores de riesgo presentes entre los profesionales de las instituciones sanitarias debido a la aplicaci3n de t3cnicas para deambulaci3n, traslado y movilizaci3n de pacientes son

- Manipulaci3n manual de cargas.

La movilizaci3n de pacientes en entornos sanitarios constituye un factor de riesgo para las lesiones de espalda. Las mujeres suelen ser m3s sensibles a 3stas debido a sus caracter3sticas morfol3gicas de menor peso, menor talla cor-

poral, menor fuerza muscular, etc. Los riesgos físicos se concretan en el manejo de cargas pesadas durante largos períodos de tiempo, o bien en períodos cortos pero de manera repetida, como es habitual en la movilización de enfermos. El estrés físico del levantamiento de cargas se ve afectado por la frecuencia con la que se lleva a cabo dicha tarea. Muchas veces, el problema aumenta cuando manipulamos pesos superiores al máximo tolerable por cada profesional, debido en la mayoría de los casos a la falta de personal o medios. El manejo de cargas pesadas está relacionado con la producción de trastornos en la columna vertebral, como contracturas vertebrales, esguinces, hernias discales e, incluso, procesos degenerativos de artrosis.

- Mala higiene postural,
 - La mala higiene postural, tanto estática (sentados o de pie, sin movimiento) como dinámica (en movimiento), constituye un problema presente diariamente en el ámbito sanitario, no sólo a la hora de movilizar enfermos sino también a la hora de realizar cualquier procedimiento técnico. Una buena formación e información es indispensable para evitar lesiones por posturas viciadas.
- Movimientos forzados.
 - Los movimientos forzados de la espalda, con o sin carga, pueden llevar al límite a los mecanismos de protección y compensación, pudiendo lesionar las articulaciones y los ligamentos y provocar contracturas musculares.
- Sedentarismo y debilidad muscular.
 - La debilidad muscular debida al sedentarismo o falta de actividad física apropiada supone un factor de riesgo añadido a los intrínsecos de las tareas de movilización. La musculatura de la espalda ha de ser fuerte para poder afrontar las demandas de esta actividad pero, además, es fundamental que la abdominal y los cuádriceps estén en condiciones adecuadas para ayudar en este esfuerzo.
- Movimientos imprevistos.
 - El paciente, en ocasiones, realiza movimientos bruscos no previstos que los sanitarios tienen que asumir en el intento de evitar posibles lesiones o caídas cuando presentan problemas de movilidad. Se produce, así, por parte de los cuidadores, un sobreesfuerzo rápido y la adopción de posturas que no son adecuadas.

B. Medidas preventivas para los profesionales en las tareas de deambulación, traslado y movilización

Existen una serie de medidas preventivas que ayudarán a los profesionales a evitar lesiones a corto, medio y largo plazo por manipulación de cargas. Estas son.

- B.1. Ejercicio físico. Debemos considerar individualmente el ejercicio físico necesario para cada trabajador en función de sus características personales, aptitudes o carencias, para conseguir de esta forma una musculatura fuerte y en forma que ayude en el desempeño de nuestra actividad profesional. Tendremos en cuenta que el ejercicio físico mal ejecutado puede ser también perjudicial.
- B.2. Organización y distribución del trabajo. Es importante la planificación y organización de las tareas que se van a realizar, de forma que se puedan disponer los recursos humanos y los medios técnicos necesarios para efectuar cada movilización.
- B.3. Higiene postural. La mayoría de las lesiones por manipulación de cargas se producen por desconocimiento de una serie de reglas básicas de higiene o mecánica corporal⁸⁹. Así pues, es importante mantener la espalda recta, flexionar las rodillas, tener una amplia base de apoyo, adecuar la altura de la zona en la que estamos trabajando, etc.
- B.4. Técnicas de movilización de pacientes. Al igual que es necesario conocer las reglas básicas de la mecánica corporal⁹⁰, también lo será la definición de técnicas para la movilización de acuerdo con el grado de movilidad del paciente y sus necesidades concretas de cambios posturales o de otros procedimientos para su adecuada atención (por ejemplo, higiene: cambio de pañal).

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Autora:

YOLANDA GÓMEZ NARVÁEZ

Tema 3

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS COMUNICACIÓN

3.1. Humanizar los cuidados en relación con el Enfermo de Alzheimer.

- 3.1.1. Introducción
- 3.1.2. Qué significa Humanizar
- 3.1.3. La comunicación con el enfermo de Alzheimer : algunas claves.
- 3.1.4. Comunicación con personas con demencia
- 3.1.5. Humanizarse para Humanizar

El Proceso de Envejecimiento. Participación en la Atención Sanitaria para Personas Dependientes en el Ámbito Socio-sanitario. Importancia del Cuidado a Personas y sus Familiares. Humanización de los Cuidados. Comunicación. Importancia del Cuidado en Pacientes con Demencias. Familia y Discapacidad. Seguridad del paciente (Higiene de Manos) Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente.

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS Y COMUNICACIÓN

3.1 Humanizar los cuidados en la relación con el enfermo de Alzheimer.

3.1.1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer está suscitando cada vez más interés en los responsables de los programas y servicios socio-sanitarios de nuestro País, en quienes marcan los criterios de distribución de los recursos, entre los trabajadores que cuidan a los mayores, entre los que se preparan para mantener algún tipo de relación terapéutica o de apoyo con ellos y entre los más directamente implicados: los familiares de quienes padecen esta enfermedad.

Recientemente el Parlamento Europeo ha lamentado que en la Unión no se hayan dedicado suficientes esfuerzos a combatir esta enfermedad y ha arbitrado medidas específicas de lucha contra la misma. En la sesión del 10 de marzo de 1998 se lanzaban cifras como estas: unos 8 millones de personas se verán afectadas por el Alzheimer de aquí al año 2000. Las demencias son índices, a nuestro juicio, de la creciente sensibilidad de la Administración ante la problemática de este colectivo.

Quienes desde las organizaciones no gubernamentales y las instituciones sin ánimo de lucro pretendemos responder a necesidades sociales, apoyados por la Administración y procurando un buen impacto en la sociedad para movilizar la solidaridad y multiplicar la generación de valor añadido en torno al cuidado de los débiles, nos sentimos reconocidos y apoyados al ver que efectivamente crece el interés por los más débiles.

Al interesarnos por algo que revela la fragilidad humana, como es la enfermedad y más en concreto el Alzheimer, creo que la sociedad da muestra de su creciente sensibilidad y del proceso de humanización al que estamos asistiendo y que camina a la par que otros procesos de deshumanización.

La enfermedad de Alzheimer nos interpela como todas las demás, pero ésta de una manera particular por el deterioro progresivo de las capacidades

que permiten ser autónomo en las actividades de la vida diaria y quizás de modo particular por el deterioro progresivo a nivel cognitivo.

Las profesiones socio-sanitarias, medio de vida para muchas personas, fuente de bien, por tanto, conllevan implícitamente el hecho de que en su ejercicio hay que poner en práctica ciertos valores que nuestra razón, nuestros propios convencimientos o nuestra fe nos ayudan a descubrir de cara al bien de los demás. El respeto a la vida que de forma tan patente se percibe en quien asiste a los mayores, particularmente en los mayores que padecen Alzheimer, cuyos rostros nos revelan una vida débil y que se acerca a su fin, es uno de los signos más valiosos de una cultura que, además de buscar la felicidad, la comodidad, la eficacia y la eficiencia de la técnica, mira a sus raíces, mira a sus mayores y les dedica atención y respeto, les cuida y se responsabiliza de paliar sus carencias y debilidades.

Quizás la atención a quien ya no produce, a quien con la cara arrugada empieza a mirar a la tierra, a quien pierde algunas de las capacidades más específicamente humanas, a quien pierde la posibilidad de recordar justamente cuando el recuerdo es el mayor tesoro, sea el mejor modo de levantar la voz contra la violencia dirigida hacia tantas personas débiles en nuestros días. Quizás sea también una voz silenciosa contra la violencia del terrorismo que estamos padeciendo.

La presencia creciente de enfermos de Alzheimer en las cada vez más numerosas personas mayores, impone la revisión de muchas ideas y constituye un problema para los cuidados socio-sanitarios. La enfermedad crónica y la enfermedad en la vejez, lanza múltiples desafíos diferentes a los del tratamiento de la enfermedad aguda. El ideal de autonomía del paciente, de responsabilización en el proceso terapéutico, tan exaltado hoy en la reflexión y en una cierta práctica médica, se debe acomodar a una situación en la que la autonomía es escasa o está en crisis, la vida se confía a los valores de los demás y la debilidad física propia de la persona mayor se hace interpelación para quienes, como en otros frentes, luchan por “conservar la especie”.

3.1.2 Qué significa humanizar

En medio de tanta fragilidad como nos encontramos en la relación con el enfermo de Alzheimer, quizás sea bueno preguntarse qué significa humanizar los cuidados.

Cada vez se habla más de la urgencia de humanizar, de humanizarlo todo. Ahora nos centramos en la necesidad de humanizar los cuidados a las personas mayores con deterioro cognitivo tipo Alzheimer.

En principio podríamos decir que humanizar es una cuestión ética. Tiene que ver con los valores. Hoy cada vez se habla más de humanizar, pero no es infrecuente que detrás de esta palabra, cada uno lea un significado distinto, sin haber explorado el propio, el que recoge el diccionario y algunos estudios sobre el tema.

Somos conscientes de la complejidad del fenómeno y de sus implicaciones sociales, jurídicas, de gestión, éticas, antropológicas, etc. Por eso, haremos una breve aportación del significado de la palabra humanizar centrándonos en el mundo socio-sanitario, acudiendo al camino realizado en nuestro país –particularmente en el mundo sanitario- y examinando su significado desde el punto de vista etimológico y las definiciones que algunos han dado de humanizar la salud o la asistencia.

En el mundo hospitalario hay un punto de referencia que es necesario recordar para ver su paralelo con el mundo socio-sanitario. En 1984, en nuestro Estado, se generó documentación en torno al *Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria*, activado por el Instituto Nacional de la Salud.

Al Instituto Nacional de la Salud no se le escapa algo que responde al sentir generalizado de nuestra sociedad: la necesidad de humanizar. Y se justifica el plan, al activarlo, diciendo que la enfermedad genera una situación de indefensión que le hace sentirse a la persona desvalida, por lo que necesita un sistema sanitario lo más humano posible. “La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina”.

Parece, como el mismo plan refiere, que el reconocimiento de todos los ciudadanos del derecho a la salud, tal como hace la Constitución española en su artículo 43 y la Ley General de Sanidad, que universaliza el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a todos los españoles, ha ido acompañado de un proceso de tecnificación y masificación que hacen que se pueda hablar de deshumanización. Como si un doble proceso paralelo hubiera tenido lugar: la extensión de la asistencia sanitaria a todos y la deshumanización de la misma. Y en este segundo proceso, pudiera olvidarse fácilmente que la asistencia se está procurando a una persona que se encuentra en un particular momento de debilidad cuya respuesta no puede reducirse a una intervención técnica por muy apropiada que ésta sea y muy al alcance de todos que estuviera.

Es curioso, no obstante que el *Plan de humanización de la asistencia hospitalaria* no define en ningún momento qué entiende por humanización, sino que se limita a dar por descontada la necesidad justificándola a partir del desvalimiento de la persona enferma y de la progresiva masificación y tecnificación de la asistencia hospitalaria

Aquello que inicialmente se presentaba con escasa fundamentación y con una concreción muy precisa de actividades, fue desarrollado después en las *Jornadas sobre Humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD* celebradas los días 21 y 22 de noviembre de 1984 y en las *Sesiones de trabajo sobre el Plan de Humanización* celebradas los días 26 y 27 de junio de 1985, siempre organizadas por el mismo INSALUD. En la documentación entonces producida puede verse ya un intento más serio de profundización del significado de humanizar la asistencia hospitalaria. Entonces, el Ilmo. Director General del INSALUD, Sr. D. Francesc Raventós Torras decía:

“Podemos decir que un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las desigualdades sanitarias, que elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social, tal como declara la Organización Mundial de la Salud”.

Ya entonces, el Director General del INSALUD reconocía que la humanización tenía que ver con la gestión, con la concepción del sistema sanitario, con el funcionamiento de las estructuras sanitarias, con la mentalidad de las personas involucradas en el sistema, con la competencia profesional y con elementos no fácilmente comunicables ni mensurables, como el dolor evitado, el sufrimiento prevenido, las capacidades recuperadas, la alegría recobrada.

Citaba también Raventós la Asamblea de Parlamentarios del Consejo de Europa, que en 1965 remitió a sus miembros un proyecto de recomendación para que pusiesen todos sus esfuerzos en asegurar un mínimo de seguridades a los enfermos, explicando que para que los hospitales sean más humanos y exista un mayor respeto a la dignidad humana se requería: formación del personal médico y organización de los servicios médicos para una mejor atención del enfermo, informar al enfermo sobre su enfermedad y tratamiento específico; velar para que el enfermo pueda prepararse psicológicamente a la muerte”

A mi modo de ver, sólo la intervención del Defensor del Pueblo, D. Joaquín Ruiz Jiménez en aquellas Jornadas, llegó a tocar un elemento esencial de cualquier proceso humanizador. Decía el Defensor de Pueblo, con el que tenía relación el Plan de Humanización por las reclamaciones que a él llegaban, que entendía que eran tres las áreas sobre las que había que incidir para humanizar la asistencia sanitaria:

- la perspectiva jurídica
- la humanización de las infraestructuras y de las estructuras materiales y técnicas de asistencia sanitaria el aspecto ético: la humanización de

los comportamientos, de las conductas recíprocas en las relaciones entre los enfermos, los médicos y cuantos cooperan a la protección de la salud.

La reflexión del Defensor del Pueblo apelaba a “pasar a la práctica: encarnemos esto no sólo en normas, sino en conductas”. Efectivamente, las reflexiones estaban girando todas en torno a la concentración en normas, en protocolos en acciones puntuales de los agentes de salud, sin ninguna llamada a la dimensión ética de la interacción entre éstos y los usuarios del sistema. Como si el mismo proceso estuviera, en cierto modo deshumanizándose o tecnificándose tanto que todo se definía en acciones concretas. Como si, de algún modo humanizar fuera eliminar cuanto de inhumano fuera detectado por los profesionales y por los usuarios para normalizar o descartar la deficiencia o negatividad. Como si humanizar no fuera una permanente tensión no a la neutralización de los elementos negativos, sino a la excelencia de la relación de las personas implicadas.

El examen de la documentación de aquellas Jornadas permite ver una evolución. Al concluir las, el mismo Director General del INSALUD afirmaba ya:

“Muchas veces un proceso de humanización no es tanto un proceso de estructuras, de mecanismos, sino de actitudes; no es tanto un problema de recursos -tantas veces nos quejamos todos de la falta de recursos- porque todos sabemos que se puede avanzar mucho en un proceso de humanización con los recursos actuales, pero con unas actitudes distintas. Hemos dicho también que precisamente no vamos a avanzar en un proceso de humanización a través de incorporar reglamentaciones en el “Boletín Oficial del Estado”, sino, precisamente, a través de un proceso de cambio de actitudes y de voluntad de todos nosotros, de todos los que conformamos el personal sanitario para mejorar la situación actual”.

Este proceso realizado por el mundo hospitalario encuentra un paralelo en el seno de las instituciones socio-sanitarias, particularmente en el IMSERSO, donde también en 1997 se organizaron unas *Jornadas de Humanización de los programas y servicios socio-sanitarios*, en las que, como en este taller, se insistía particularmente en la dimensión ética y relacional, no olvidando aspectos estructurales, de arquitectura y planificación, así como de gestión.

Numerosas iniciativas del IMSERSO son prueba de que éste está permanentemente atento a aspectos relacionados con la humanización del mundo socio-sanitario. En el ámbito relacional y el ético, que interesan particularmente al Centro de Humanización de la Salud, cabe citar la reciente Guía para cuidadores y familiares, titulada “Cuando las personas mayores necesitan ayuda”, de particular interés.

Cuanto hasta aquí expuesto se verá enriquecido si nos detenemos ante el significado de la palabra humanizar desde el punto de vista filológico.

Según el *Breve diccionario etimológico* de Joan Corominas, la voz *humano* es “tomada del latín *humanus* ‘relativo al hombre, humano’ (relacionado con el lat. *humus* ‘tierra’ y sólo desde más lejos con *homo* ‘hombre’)”. Parece haber un evidente parentesco etimológico entre hombre y tierra con la tradición bíblica que hace nacer al primer ser humano precisamente de la arcilla.

La palabra *humanizar*, cuyo origen exacto se ignora, tiene una connotación de cercanía, afabilidad, humildad (*humus*=tierra). Pudiera ser que la palabra se originara entre los siglos III y VI, añadiendo el sufijo latín *-izare* heredado de uno de los múltiples helenismos asimilados a lo largo del Imperio por el latín vulgar, aunque es muy probable que el término *humanizar* parta del siglo XV, en pleno apogeo humanista, desde su doble aspecto de interés por el ser humano y por las letras clásicas, pese a que no se registre todavía en el *Diccionario de Autoridades* de 1726

Los diccionarios actuales recogen sobre todo el significado de “hacer a uno humano, familiar y afable”, refiriendo los significados de sensibilidad, compasión por las desgracias de los semejantes, benignidad, mansedumbre, afabilidad, abajamiento, caridad, generosidad, nobleza, cortesía, blandura-elasticidad, indulgencia, cordialidad, misericordia, consideración, magnanimidad, bondad, etc. Son sinónimos que van apareciendo en diferentes diccionarios referidos a la palabra *humano*.

En reflexivo, se presenta con el significado de “ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”. Humanizar, dice otro diccionario, es “hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para los hombres”.

Trasladando estas referencias que proceden del estudio de la palabra humanizar al mundo socio-sanitario y del sufrimiento, nos damos cuenta de que hay una gran relación entre su significado y los valores más nobles de la relación terapéutica. Lejos de reducirse a adoptar una serie de medidas protocolizadas para eliminar las consecuencias negativas de la masificación y tecnificación de la asistencia, constituye un compromiso ético que impregnará todo el ser y el hacer de los profesionales socio-sanitarios.

Originariamente, podríamos decir que no habrá ningún buen resultado de cualquier iniciativa o de cualquier plan de humanización que no esté inspirado y movido por los valores genuinamente humanos a los que se refiere etimológicamente la palabra.

En el fondo, detrás de todo deseo de humanizar debe haber un compromiso por abandonar el paternalismo que ha caracterizado la práctica sanitaria y socio-sanitaria durante años y una dirección hacia relaciones más horizontales, más humanas porque se reconozca la dignidad de la persona cuidada, su protagonismo, aunque debilitado, para lo cual el profesional se abaja e intenta comprender empáticamente el mundo de los significados y necesidades que la experiencia por la que pasa tiene para él y su entorno de cara a incidir, con su relación humana y el uso de las técnicas, en la parte sana que, movilizándola, permita hacer experiencia de la mayor salud posible, incluso en medio de la debilidad.

En efecto, hablar de humanización es hablar de relación porque el ser humano es un ser social. Hablar de humanización en el mundo socio-sanitario y de la salud y del sufrimiento es hablar de la persona vulnerable, pero la persona en su globalidad, en su dimensión física, intelectual, emotiva, social y espiritual. No podemos seguir centrados en el concepto de salud de la OMS, que quiso dar un paso adelante en la amplitud de miras, pero que se queda pequeño e inadecuado por definirla como “estado completo de bienestar físico, mental y social”. Todos sabemos que tal estado no existe y que uno puede hacer experiencia de salud conviviendo sanamente con muchos límites físicos o mentales o sociales. La salud pasa, pues, por la calidad percibida por la persona, por la propia historia y el protagonismo sobre ella, por los afectos y los valores que se viven, tanto en medio del buen funcionamiento de los órganos, funciones y relaciones como cuando éstos fallan.

Humanizar es algo cuya necesidad siempre se ha sentido. “La exigencia de acercar lo más posible el *ser* de la asistencia sanitaria, en todas sus formas -de la profesional a la voluntaria a su *deber ser*, viene de lejos. Siempre se sintió a lo largo de la historia esta necesidad, aunque con las diferentes resonancias que, conforme a la concepción del hombre, compartían las personas y los grupos. Quizá se sienta hoy de forma más intensa, gracias a una sensibilidad cultural más acusada y a las mayores posibilidades que ofrecen los recursos sanitarios”.

Hoy vivimos en una sociedad realmente más humana que la del pasado, donde la dignidad de la persona se pretende salvaguardar de una serie larga de peligros para la vida misma, y gracias a la disponibilidad de recursos para satisfacer algunas necesidades fundamentales. A pesar de todos los motivos que hay para denunciar los elementos deshumanizadores, una visión realista nos lleva a afirmar que se ha hecho un notable esfuerzo en la sociedad para subrayar la importancia del bien fundamental de la persona, para eliminar el sufrimiento y sus causas y promover un estilo de vida y una salud y una curación a la medida del hombre. Naturalmente esta afirmación es relativa también a los diferentes lugares del mundo. Por eso el primer valor a promover en toda iniciativa de humanización es la justicia.

Un plan de humanización será tanto más humano cuanto más a la medida del hombre esté planificado, ejecutado y evaluado.

Por eso, cuando para algunos la palabra *humanizar* tiene resonancias blandengues o de andar por las nubes, quizás no consideran que antes que nada tiene que ver con la ética exigible en toda interacción entre personas, y tanto más cuando una de ellas está en inferioridad de condiciones, como sucede cuando uno está enfermo. En este sentido el abajamiento al que se refiere la etimología y la humildad propia de la persona humanizada requiere un estilo relacional en el que predomine la horizontalidad, la libertad, la autonomía y la responsabilidad o capacidad de dar respuestas personales en la vida.

Humanizar, en fin, es un proceso complejo que comprende todas las dimensiones de la persona y que va desde la política, a la cultura, a la organización sanitaria, a la formación de los profesionales socio-sanitarios, al desarrollo de los planes de cuidados, etc. Si un elemento es central en la humanización, seguro que es la relación porque a través de él se articulan todos los demás, relación directa con el paciente, relación en el trabajo interdisciplinar, relaciones institucionales, relación de la persona con los grupos con los que planifica y decide el presente y se juega el futuro del hombre.

Centrados en el ámbito relacional, hay que tomar conciencia de la particular necesidad de competencia relacional (saber, saber hacer y saber ser), hecha de la adquisición de conocimientos específicos para la relación con el enfermo de Alzheimer, habilidades relacionales centradas en las necesidades del paciente y la familia, y actitudes interiorizadas para que dichas habilidades sean reflejo de tales disposiciones interiores. La psicología humanista nos propone la triada rogeriana como actitudes fundamentales: la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad o congruencia.

No sólo, sino que es necesario también desarrollar la competencia ética, que viene dada por la capacidad de manejar los sentimientos que se producen en nosotros con ocasión de la relación con los destinatarios de nuestra profesión o voluntariado. Se trata de integrar los propios sentimientos y ser dueños de ellos para no sean ellos dueños de nuestra conducta.

En la relación con los enfermos de Alzheimer y sus familias, además, se producen conflictos éticos que han de ser afrontados con una buena competencia ética, dada en primer lugar por la capacidad de detectar tales conflictos, de analizarlos con racionalidad y de dilucidarlos y tomar decisiones de manera interdisciplinar y dialógica. En las instituciones como las residencias para mayores, sería conveniente, a este respecto la creación de Comités de Bioética Asistencial o comisiones interdisciplinares con funciones semejantes.

3.1.3 La comunicación con el enfermo de Alzheimer: algunas claves.

Desarrollar la agudeza empática, la capacidad de comprender los sentimientos y significados que la persona a la que queremos ayudar experimenta, es un permanente reto. Desplegar la empatía en la escucha y la respuesta empática constituye una necesidad en todo tipo de relaciones, pero lo constituye particularmente en la relación con el enfermo de Alzheimer, donde la confusión que se nos genera es tal que podemos, con la mejor de las intenciones, establecer relaciones que contribuyan también al aumento de confusión en el paciente.

ANEXO 1.

3.1.4 La comunicación con personas con demencia.



Mantenga la calma.

- Llame a su familiar por su nombre, situándose o intente razonar ni aplicar la lógica con su familiar. A veces, la persona que padece demencia vive en su propio mundo, siguiendo su propia lógica y realizando acciones de difícil comprensión para interior sobre la exterior). A veces puede ser conveniente seguir la realidad que vive el enfermo aunque realice actos que no sean lógicos para los demás. Mientras su actividad no sea peligrosa para él o para los demás miembros de la familia, deje que la continúe aunque no sea del todo lógico ni comprensible para usted. Esto transmite seguridad a su familiar.

3.1.5 Humanizarse para humanizar

Uno de los retos para humanizar la relación es empezar por uno mismo. Quizás la lectura de un testimonio nos puede interpelar para "ablandarnos", que es una de las connotaciones más específicas del significado de humanizar.

Se trata de un reportaje publicado en la revista “*Entorno*” donde se dice que la enfermedad de Alzheimer no tiene curación por el momento, pero sí tratamiento y entre las reflexiones que hace en torno al tratamiento (además de la oportunidad de un diagnóstico precoz y del uso de los nuevos fármacos), dice que mientras se espera una solución más avanzada, el mejor tratamiento para el afectado por el Alzheimer es el cuidado y el afecto. **ANEXO 2**.

De ahí la importancia de promover al máximo la estancia en el propio domicilio, con los necesarios apoyos externos.

Pero me ha llamado la atención la afirmación de que la función de sonreír es una de las últimas en perderse, así como al enfermo nunca le falla la capacidad de recibir afecto.

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Autora:

YOLANDA GÓMEZ NARVÁEZ

Tema 4

IMPORTANCIA DEL CUIDADO EN PACIENTES CON DEMENCIA

4.1. El cuidador Principal.

4.2. Cambios en la vida del cuidador

- 4.2.1. En el ámbito familiar.
- 4.2.2. La situación económica.
- 4.2.3. El tiempo libre.
- 4.2.4. El estado de ánimo.

4.3. La sobrecarga del cuidador.

- 4.3.1. Problemas físicos.
- 4.3.2. Problemas emocionales.
- 4.3.3. Determinadas conductas.
- 4.3.4. En la interacción con los demás.
- 4.3.5. ¿qué hacer ante la sobrecarga?
- 4.3.6. Poner límites.
- 4.3.7. Pedir ayuda a familiares.

4.4. El cuidado del cuidador del paciente con Demencia.

- 4.4.1. ¿Quiénes son?
- 4.4.2. ¿Qué morbilidad presentan?
- 4.4.3. ¿Cómo se detectan?
- 4.4.4. ¿Cómo se aborda?

4.5. El cuidado del otro: Desafíos y Posibilidades.

- 4.5.1. Los cuidadores familiares.
- 4.5.2. El costo del cuidador principal
- 4.5.3. Los cuidadores y el sistema de salud.
- 4.5.4. Cuidar del otro.
- 4.5.5. Conclusiones.

El Proceso de Envejecimiento. Participación en la Atención Sanitaria para Personas Dependientes en el Ámbito Socio-sanitario. Importancia del Cuidado a Personas y sus Familiares. Humanización de los Cuidados. Comunicación. Importancia del Cuidado en Pacientes con Demencias. Familia y Discapacidad. Seguridad del paciente (Higiene de Manos) Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente.

IMPORTANCIA DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON DEMENCIA.

4.1 El cuidador principal

Es sin duda el “paciente oculto” de la enfermedad y que precisa de igual manera atención, dedicación y consejo, para disminuir su sobrecarga física y psicológica. Y así, durante el tiempo que dura la enfermedad de Alzheimer que en líneas generales son bastantes años, el mayor enfermo requiere de cuidados cada vez más complejos y continuados . Estos, frecuentemente son prestados en solitario por sus cónyuges, hijas /os, nueras, yernos, hermanos / as, afectando a sus actividades cotidianas, a sus relaciones, a los otros familiares, cambiando sus costumbres, modificando el ritmo de sueño y un largo etcétera. Estas demandas de cuidados continuados, provoca en el cuidador unos efectos negativos sobre su estado de salud que son conocidos como “sobrecarga”.

Este es el motivo por el cual el cuidador debe de ser asesorado y atendido junto con su familiar enfermo, para saber cuidarse y hacer frente a situaciones de difícil manejo en el seno de la unidad familiar. La demanda de ayuda va dirigida a diferentes y múltiples profesionales, médicos, trabajadoras sociales, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, que deben de estar preparados para procurársela.

La solicitud de los recursos y la información puede realizarse tanto en los servicios sociales como en los servicios de salud, recibiendo por ambos, recursos combinados que procuren la mejor atención tanto al mayor enfermo de Alzheimer como al cuidador principal, protagonista secundario de esta enfermedad.

Frente a esta situación tan demandante, no se debe de olvidar la importancia que tiene el “cuidar al cuidador “ y enseñarle a cuidarse. Por ello ante toda atención, apoyo, consejo o cuidados que se oferten para la persona mayor con demencia, debe de valorarse al lado la situación del cuidador principal si queremos realmente que los cuidados dados sean de calidad.

En la sociedad actual sigue perdurando la creencia de que la mujer es mejor cuidadora que el hombre, algo provocado seguramente por un hecho cultural o de educación.

A lo largo de nuestra vida, asumimos en distintos momentos tanto el papel de cuidador como el de persona cuidada, pero en determinadas ocasiones, como las anteriormente mencionadas, la atribución del rol de cuidador difícilmente es un hecho voluntario.

El cuidador informal es esa persona que atiende a una persona dependiente en su vida diaria. Las características y el grado de dependencia de la persona afectada condicionarán y delimitarán los distintos tipos de ayudas que precisa: ayudas en la vida diaria, ayudas instrumentales y/o ayudas de acompañamiento.

4.2 Cambios en la vida del cuidador

Cada experiencia de cuidar es única respecto cualquier otra. Las características no sólo de la persona afectada, sino también del cuidador, hacen que cada relación de ayuda sea completamente diferente. La vida de la persona que asume el rol de cuidador se ve afectada en varios niveles. A menudo experimentamos cambios en las relaciones familiares, en el ámbito laboral, en la situación económica, en el tiempo libre, cambios en la salud y en el estado de ánimo como consecuencia de tener que cuidar a un familiar dependiente.

4.2.1 En el ámbito familiar

Pese a que pueden aparecer desavenencias en cuanto a las atenciones que necesita la persona dependiente, la mayor parte de conflictos proceden a menudo del cambio de rol que cada miembro había asumido anteriormente. De manera colateral, la tarea de cuidar también puede implicar cambios en la relación del cuidador hacia sus hijos, pareja u otros miembros no implicados directamente en la relación de ayuda.

4.2.2 La situación económica

Puede variar tanto por el hecho de disminuir los ingresos (por tener que reducir la dedicación a la vida laboral), como por el aumento de los gastos que comporta cuidar a un familiar dependiente.

4.2.3 El tiempo libre.

Satisfacer las necesidades del familiar dependiente se convierte en la prioridad del cuidador, motivo por el cual a menudo pospone sus necesidades, afectando, en-

tre otros, la organización de su tiempo libre. **La salud.** Diversos estudios constatan que la salud de los cuidadores empeora.

4.2.4 El estado de ánimo.

De igual manera, a nivel psicológico podemos observar un estado de ánimo triste, sentimientos de desesperación, indefensión y desesperanza. Son también comunes los sentimientos de enfado e irritabilidad, preocupación e incluso, ansiedad. Esta situación acostumbra a aparecer de forma gradual y va cambiando a lo largo del tiempo. Este hecho comporta que el cuidador tenga que redirigir sus atenciones constantemente, adaptándose a la situación de la persona dependiente en cada momento. No tenemos que olvidar que la persona dependiente también puede estar viviendo un proceso de adaptación a la situación de ser cuidada por otro. A parte de los factores que han originado su dependencia, existen numerosos aspectos psicológicos y sociales implicados en el nuevo momento vital. Es frecuente el sentimiento de inutilidad al verse dependiente, la falta de energía, el aislamiento, la disminución de las actividades y de las relaciones, etc.

El cuidador deberá detectar estos síntomas y procurar una buena adaptación, ya que todos ellos inciden en la relación de ayuda establecida.

4.3 La sobrecarga del cuidador

Asumir el rol de cuidador puede resultar una experiencia satisfactoria y enriquecedora, pero a menudo se convierte en una situación de soledad y cansancio, llena de vivencias emocionales difíciles de interpretar.

El cuidador deja de lado sus necesidades para poder cuidar a la persona dependiente, pero no tiene presente que su propia salud y su bienestar benefician directamente a la persona que cuida. Un nivel de auto exigencia demasiado elevado puede propiciar la aparición de pensamientos, sentimientos o conductas que se convierten en señales de alerta de una posible situación de sobrecarga. Detectar estos indicadores de agotamiento y estrés por parte del cuidador es el primer paso que permitirá una redefinición de su papel, orientándolo hacia una gestión de las atenciones más saludable.

4.3.1 Problemas Físicos

- Pérdida de energía, fatiga crónica, cansancio, etc.
- Problemas físicos: palpitaciones, temblores de manos, molestias digestivas, jaqueca, etc.

- Aumento o disminución del hambre.
- Sensación de empeoramiento del estado de salud general.
- No admitir la presencia de síntomas físicos que se justifican mediante otras causas ajenas al rol de cuidador.

4.3.2 Problemas emocionales

- Enfadarse con facilidad, aumento de la irritabilidad.
- Mal humor.
- Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.
- Sentimientos de tristeza, frustración, culpa...
- Sentimientos de preocupación y ansiedad.
- Reacción de duelo.
- Dar demasiada importancia a pequeños detalles.
- Problemas de memoria y dificultades de concentración
- No admitir la presencia de síntomas psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al rol de cuidador.

4.3.3 Determinadas conductas como :

- Problemas de sueño (despertarse al amanecer, dificultades para conciliar el sueño, dormir demasiado, etc.).
- Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco.
- Consumo excesivo de pastillas para dormir u otros medicamentos.
- Trastornos alimentarios.
- Actos rutinarios repetitivos como por ejemplo, ordenar de manera continua.
- Hiperactividad desasosegada.

4.3.4 En la interacción con los demás :

- Aislamiento.
- Tratar a personas de la familia de forma menos amable de lo habitual.
- Menor interés en actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.
- Sentir vergüenza por la conducta del familiar enfermo.
- Ausencia de vida social.
- La relación de ayuda afecta negativamente a la relación con otros miembros de la familia.
- Problemas en el lugar de trabajo. Tal y como vemos, el efecto del cuidado de una persona dependiente puede ocasionar en el cuidador distintos efectos negativos que ponen en riesgo su bienestar y, en consecuencia, las atenciones que ofrece. Así pues, es preciso que aprender a cuidarse a uno mismo sea una prioridad si queremos ofrecer una atención de calidad.

4.3.5 ¿Qué hacer ante la sobrecarga

*** Reconocer y modificar determinadas emociones y sentimientos negativos**

El estado de ánimo del cuidador determina la relación que establece con la persona dependiente. Con objeto de modificar los sentimientos que pueden resultar perjudiciales, es preciso en primer lugar identificarlos de forma clara. Así pues, el primer paso será fomentar el autoreconocimiento de las propias emociones y sentimientos que a menudo pueden ser negativos, pero no menos frecuentes.

A- rabia / irritabilidad

Los cuidadores de personas dependientes experimentan con frecuencia un aumento de la irritabilidad, convirtiéndose en personas malhumoradas y enfadándose con facilidad. Esta reacción acostumbra a ser emocional, ya que pretende liberar tensiones emocionales acumuladas que vienen determinadas por el comportamiento de la persona que se cuida, por la falta de colaboración por parte de otros familiares, por la sensación de impotencia ante la situación, etc.

Lo primero que debemos tener presente es que se trata de reacciones normales en situaciones de tales características. Reconocerlas y hablar de las mismas con otros familiares y amigos nos puede servir de ayuda. No obstante, debemos tener presente que la expresión de estos sentimientos requiere buscar el momento adecuado, una vez pasado el episodio que ha desencadenado nuestro estado, intentando que la demora temporal no sea demasiado grande.

Cuando nos sentimos enfadados, debemos salir, si es posible, del lugar en que nos encontramos, tomarnos un descanso y reflexionar sobre la situación. La distancia física nos puede ayudar a evaluar de nuevo un hecho conflictivo.

Es conveniente revisar si estamos malinterpretando las intenciones de la persona dependiente, cambiar aquello que convierte una situación en algo difícil y estresante, a la vez que asumimos lo que es invariable. Los ejercicios de relajación también pueden servirnos de ayuda para superar estas situaciones.

B. Tristeza

Es muy probable que la situación de cuidado de una persona dependiente a nivel físico, psicológico y/o sensorial fomente sentimientos de tristeza y depresión. La intensidad de estos sentimientos puede llegar a interferir en las atenciones que ofrece el cuidador.

Reconocer aquellas situaciones que desencadenan un incremento de la tristeza nos permitirá cambiarlas o evitarlas, o bien evaluarlas de nuevo para encontrar aspectos positivos. Aunque tenemos que aprender a tolerar este tipo de sentimientos, es positivo intentar combatirlos con sentido del humor, actividades, buscando relaciones sociales, etc.

C. Culpa

La culpa se convierte en algo negativo para quien la sufre, ya que aumenta más la carga psíquica y consume energía que podríamos dedicar a la persona dependiente. Los sentimientos de culpa aparecen con frecuencia cuando las auto-exigencias del cuidador son demasiado elevadas como para poder satisfacerlas. No conseguir los objetivos autoimpuestos puede fomentar la aparición de culpabilidad al ver que no se realiza correctamente la tarea de cuidar. Los sentimientos negativos relacionados con hechos actuales o pasados de la persona que se cuida, dedicarse tiempo a uno mismo, responsabilizarse de la enfermedad, atribuirse todas las responsabilidades de la atención y descuidar obligaciones familiares pueden ser también otros factores desencadenantes.

Tal y como comentábamos anteriormente, el primer paso es identificar estos sentimientos, aceptarlos como normales en la situación que se está viviendo y poder

expresarlos a los demás. Es necesario analizar de nuevo la situación y valorar todo lo que se ha realizado como cuidador, dejando de lado las deficiencias y errores. Los cuidadores tienen que ser realistas respecto a sus capacidades y definir prioridades en sus acciones para no tener que establecer objetivos desmesurados.

4.3.6. Poner límites

Es importante poner límites en la ayuda que se ofrece a la persona dependiente, teniendo presentes nuestras propias limitaciones como cuidadores y evitando dar más ayuda de la necesaria a la persona dependiente. El objetivo final siempre deberá ser contribuir a los sentimientos de utilidad de nuestro familiar o persona cercana mediante la participación en su propio cuidado, favoreciendo así su independencia.

Existen algunas situaciones protagonizadas por la persona dependiente que ponen de manifiesto la necesidad de poner límites:

Culpar al cuidador de su situación o de errores que éste comete de forma involuntaria

Hacer reproches a los cuidadores

- Fingir síntomas para llamar la atención.
- Pedir más ayuda de lo imprescindible.
- Despertar a los cuidadores durante la noche más de lo necesario.
- Rechazar ayudas que facilitan las tareas del cuidador.
- Agresividad física hacia el cuidador, etc.

Ante estas demandas de atención desproporcionadas es importante que el cuidador sepa decir “NO”. En algunas ocasiones, hacerlo sin sentirse mal ni culpable puede resultar difícil. Por esta razón, es importante acompañar las respuestas con los motivos de nuestra negativa, evitando dar excusas.

cómo podemos decir “no”:

- Escuchando y pidiendo que detalle la demanda, si es necesario, para poder entenderla bien.
- Con una respuesta directa explicándole la no necesidad de ayuda.

- Repitiendo la misma respuesta poniendo énfasis en nuestra amabilidad y proximidad afectiva.
- No derivando, no justificándose

4.3.7 Pedir ayuda a los familiares

La responsabilidad de cuidar no debe recaer exclusivamente sobre una única persona, es importante compartir con otras personas la responsabilidad y tensiones que supone estar inmerso en una situación de estas características.

No obstante, muchos cuidadores no piden ayuda a sus familiares y amigos porque piensan que se trata de una responsabilidad exclusivamente suya, no quieren molestar a otras personas, piensan que será interpretado como un signo de debilidad o bien que el ofrecimiento debería de surgir de las demás personas.

¿cómo podemos pedir ayuda a nuestros familiares?

- Si sus familiares no participan de manera voluntaria, dígales qué tipo de ayuda necesita.
- Evite formas de comunicación demasiado agresivas que puedan provocar respuestas defensivas, ni inhibidas que faciliten la negativa a su petición.
- Diga de forma clara y concreta el tipo de ayuda que necesita.
- Adáptese a la ayuda que le ofrecen, su forma de cuidar no es la única.
- Evite conflictos familiares.
- Exprese confianza y satisfacción por la ayuda que le ofrecen.

¿ Cómo prevenir situación de sobrecarga ?

Cuidarse más uno mismo

Garantizar una buena salud tanto física como psicológica del cuidador es garantizar una buena atención a la persona dependiente. El cuidador no tiene que esperar a sentirse exhausto para preocuparse de su propio bienestar, sino que éste tiene que ser una prioridad, algo que le dará fuerzas para continuar y le ayudará a prevenir sentimientos de soledad y aislamiento.

4.4 El cuidado del cuidador del paciente con Demencia

4.4.1 ¿Quiénes son?

Llamamos cuidador del paciente con demencia a la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario a este tipo de pacientes. El cuidado del paciente con demencia es un proceso dinámico que va a requerir un progresivo incremento de atenciones y tareas por varios motivos: la larga duración de la enfermedad (en más del 70% se trata de un proceso superior a 6 años), la pérdida progresiva de capacidad física y cognitiva por parte del paciente y su creciente dependencia del entorno familiar. El perfil del cuidador tipo es el siguiente: mujer (en su mayor parte esposas o hijas del anciano), con una edad media de 57 años, ama de casa y coresidente con el enfermo.

También existe un grupo importante de cuidadores mayores de 65 años (sobre un 25%), generalmente cónyuges del enfermo, de especial importancia, dada la importante comorbilidad que suelen presentar a esa edad. Una gran mayoría de los cuidadores (80 %) presta sus servicios un número variable de horas durante los 7 días de la semana. La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar constituyentes de un auténtico síndrome que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir. Además se ha demostrado la relación entre estrés del cuidador y tasas más altas de institucionalización y que pacientes dementes que conviven con cuidadores muy estresados presentan mayor índice de problemas de conducta y episodios de agitación.

Diversos factores (edad, género, parentesco, co-residencia, tiempo de dedicación y existencia de otras cargas familiares) han demostrado su influencia en la aparición de este síndrome.

4.4.2 ¿Qué morbilidad presentan ?

El bienestar del cuidador depende de su propia salud, de la ayuda que reciba de su familia (apoyo emocional y el reconocimiento de otros familiares), de la capacidad de las instituciones a adecuarse a sus necesidades, de la información que tiene sobre la enfermedad, la propia tarea de cuidar, su forma de enfrentarse a la situación de cuidado y el estilo de resolver los problemas y la capacidad para superar momentos complicados. La carga a la que se ve sometido el cuidador puede expresarse en distintas áreas:

Problemas físicos. Cabe señalar que se trata en gran número de ocasiones de problemas de aparición frecuente en el grupo de edad al que pertenecen la mayoría de los cuidadores, que se ven agravados por las tareas propias de su

labor de cuidados. Las quejas somáticas son múltiples, destacando entre todas ellas las referidas a dolor de tipo mecánico crónico del aparato locomotor; otras frecuentes son cefalea de características tensionales, astenia, fatiga crónica, alteración del ciclo sueño-vigilia, insomnio y otros, en general mal definidos, de evolución crónica y claramente deteriorantes de su ya mermada calidad de vida. Se ha demostrado que existe deterioro de la función inmune de los cuidadores, a expensas de una reducción de sus niveles de inmunidad celular, que los hace más susceptibles a determinadas infecciones víricas. También se ha especulado sobre su mayor predisposición a otro tipo de patologías como la enfermedad ulcerosa péptica y la patología cardiovascular. Asimismo se demostró un aumento del 63% en el riesgo de mortalidad entre los cuidadores ancianos cónyuges que habían desarrollado un alto nivel de estrés.

Problemas psíquicos. La prevalencia de desórdenes del área psíquica alcanza un 50%, a menudo difíciles de verbalizar y definidos como somatizaciones o como términos vagos del tipo de desánimo o falta de fuerzas. Entre los elementos causales de la aparición de desórdenes en esta esfera cabe destacar la propia incapacidad del paciente anciano, las tareas que debe realizar el cuidador, el impacto negativo de estas sobre su calidad de vida y una pobre técnica de afrontamiento, que los convierte en más vulnerables. Los principales problemas psíquicos del cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, que constituyen la vía de expresión de su estrés emocional. Entre todos ellos destaca por su frecuencia la depresión; entre las circunstancias que influyen en mayor medida en su aparición destacan la falta de apoyo social, la carencia de recursos económicos, las relaciones previas con el paciente, el sentimiento de culpa, la existencia de una historia familiar de depresión y las limitaciones psicofísicas del cuidador. Se ha demostrado relación entre el desarrollo de trastornos conductuales graves en el paciente demente y la aparición de depresión en el cuidador principal, especialmente en el caso de demencia de Cuerpos de Lewy. Las consecuencias de los problemas psíquicos del cuidador van a manifestarse en el terreno individual, el familiar y el de los propios cuidados al paciente incapacitado. Los cuidadores presentan una alta tasa de automedicación, especialmente de diversos tipos de psicofármacos y analgésicos. No se ha demostrado, sin embargo, que exista mayor consumo de alcohol entre los cuidadores si los comparamos a la población general de su mismo grupo de edad.

Problemas de índole socio-familiar. En este ámbito aparecen frecuentemente conflictos familiares, consecuencias sobre las obligaciones laborales (absentismo, conflictividad laboral...), dificultades económicas y disminución de las actividades sociales y de ocio.

4.4.3 ¿Cómo se detectan ?

El cuidador, en situación potencial de poder sindromizarse, es una persona especialmente vulnerable, por lo que es preciso que en el ámbito de la Atención Primaria se realicen todos los esfuerzos encaminados a su detección precoz. Se han propuesto varios instrumentos de medida, como el *Zarit Burden Interview*, el *Caregiver Stress Test* y el Índice de Esfuerzo del Cuidador (*Caregiver Burden Scale*), que consideramos especialmente útil para su uso en atención primaria. Caregiver Burden Scale. **ANEXO 3**

4.4.4 ¿Cómo se aborda?

La intervención en relación con los cuidadores es un trabajo en el que la interdisciplinariedad juega un papel fundamental, tanto dentro del equipo de Atención Primaria (donde resulta fundamental la actuación de la enfermería- tanto en la consulta ambulatoria como en la domiciliaria, trabajador social), como en la relación con los Servicios Sociales y el equipo de Salud Mental con el que quizá haya que contar tanto para la interconsulta como para la colaboración y seguimiento del propio cuidador para su apoyo y adecuación de sus sentimientos. Un buen manejo del paciente con demencia y sus cuidadores nos permitirá realizar un trabajo preventivo a los tres niveles:

En el primario evitando la aparición de los síntomas en el cuidador, en el secundario detectando precozmente su aparición y en el terciario ya que una vez detectados podremos intervenir para evitar la progresión de los síntomas y permitir así unos cuidados más adecuados y retrasar la institucionalización (ya que los sujetos del cuidado se encontrarán mejor en tanto sus cuidadores estén en buenas condiciones). La intervención posible en relación con los cuidadores puede establecerse con arreglo a los siguientes apartados: Asistencia al anciano: cuidados, atención médica, higiene. Existen evidencias acerca de la relación entre el tratamiento farmacológico del paciente demente (con donepezilo o metrifonato) y la reducción de la puntuación en escalas (*Caregiver Burden Scale*) de sus cuidadores. Información acerca de la enfermedad: informar al cuidador acerca de la naturaleza de la enfermedad (pérdida irrecuperable de las funciones cognitivas y de las actividades cotidianas), evolución y situaciones emocionales que se producen, la necesidad de atención y manejo de problemas físicos, conductuales y psicológicos. Promover una reunión familiar, donde se situará el momento en que se encuentra la enfermedad y las perspectivas de futuro del paciente. Poner en contacto al cuidador principal con una Asociación de personas con su mismo problema (compartir un problema contribuye a mitigarlo). Este tipo de intervenciones demostraron retrasos muy significativos en la institucionalización de ancianos con demencia. Información al cuidador sobre la red de Servicios Comunitarios: puesta en contacto con los Trabajadores Sociales correspon-

dientes y búsqueda de recursos apropiados para su caso particular. El cuidado del cuidador propiamente dicho, prestando atención a su autocuidado, tanto en su salud física (alimentación, sueño, ejercicio físico, hábitos de consumo) como psicológica (estado de ánimo, cansancio, cambios de humor) Cuidado y apoyo en situaciones de culpa y ambivalencia hacia el cuidado. Es fundamental que no renuncie a una parte del tiempo de ocio, favoreciendo la estructuración de un “tiempo de respiro”, propiciado con un reparto de tareas con otros familiares o acudiendo a una institucionalización parcial.

Mantendremos un estado de alerta durante todo el proceso del cuidado ante cambios importantes en la economía, situaciones de sobrecarga y cambio en las relaciones con la persona a cuidar.

Pondremos especial atención a posibles situaciones de malos tratos, ya sean estos físicos, emocionales, sexuales, de abandono o de explotación material, que en algunas series llegan al 20% de los casos.

Recomendaciones generales para la prevención del síndrome del cuidador:

Información regular al cuidador

Accesibilidad para el cuidador en momentos de necesidad

Indicaciones lo más claras posibles sobre el régimen de cuidados

Favorecer la toma de tiempos de respiro

Proporcionar información sobre Asociaciones y Redes de Apoyo Comunitario

4.5 El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades

4.5.1 Los cuidadores familiares

Es evidente que cada día que pasa se delega más el cuidado, cada vez más complejo, a la familia y a los amigos. Cuidar se está convirtiendo en un asunto privado, que se da en la intimidad y por tanto pertenece a la esfera de lo familiar. En el medio hospitalario, una parte importante del cuidado lo proporcionan los llamados acompañantes, y suelen desempeñarlo en soledad, enfrentando problemas técnicos y humanos; unas veces con miedo a no hacerlo bien, otras con preocupación o avergonzados por su no saber hacer.

Una vez, la madre de un niño enfermo en Medellín, Colombia, contaba que espiaba a las enfermeras para ver cómo hacían las curas a su hijo, que las observaba cuando lo movilizaban pues sabía que cuando fuera dado de alta, ella tendría que hacerse cargo de todo. Sí, con frecuencia, cuando el paciente sale del hospital, el cuidado lo proporciona la familia, este es un cuidado asentado en el amor y esencial para preservar la vida.

Javier Tussel, prestigioso historiador español que soportó dos tratamientos de quimioterapia, pocos días antes de morir escribió:

“En la enfermedad descubres, no recuerdas porque hasta el momento no has vivido esta experiencia, los pliegues infinitos, hasta el último recoveco del amor conyugal y familiar. Se te presenta con meridiana claridad que sin ese apoyo te resultaría imposible siquiera enfrentarte a las circunstancias”

El sentido de obligación para con el otro y la solidaridad de los vecinos las pudimos ver en “Volver”, la última película de Almodóvar, vecinos que se cuidan entre sí y están presentes cuando ya nada queda. Cuidar es una clase de preocupación; por ello tiene elementos invisibles, intangibles, tan difíciles de contabilizar. Pero cada vez sabemos más de la importancia que tienen los cuidadores, de sus problemas, esfuerzos y desgaste. En España, el cuidado de los pacientes crónicos y de las personas dependientes recae casi exclusivamente en la familia, y se estima que el 72% de las personas mayores con necesidad de ayuda la reciben de familiares y allegados. Esto no es privativo de nuestro país, España, sino reflejo de una situación en Europa donde dos tercios de todo el cuidado lo proporciona la familia.

Cuidar en la casa, de un familiar, es para muchos una actividad intensa. Por ejemplo, en Inglaterra se contabilizó que un millón y medio de cuidadores proporcionan un promedio de 20 horas de cuidados a la semana Y que un millón le dedican más de 35 horas, casi un trabajo de tiempo completo pero sin remuneración. Estas cifras superan la fuerza de trabajo del Servicio Nacional de Salud de ese país e indican el peso e importancia social que tienen los cuidadores. Efectivamente, el envejecimiento de la población, junto con los avances en medicina, han hecho de la cronicidad un asunto ordinario, y de los cuidados en la casa algo natural a la vida familiar. Es más, hoy en día se considera que la familia es el mayor recurso de atención a la salud. Las políticas actuales de atención en la comunidad de personas ancianas están aumentando la dependencia del estado en la familia para que proporcione este cuidado. Para los profesionales de la salud es evidente que la presencia o ausencia de un familiar que se involucre en el cuidado puede hacer la diferencia entre la posibilidad de que un paciente finalice un tratamiento en la casa o tenga que ser transferido a una unidad de cuidados.

Es más, se ha afirmado que cuando hay un miembro de la familia que es cuidador, el trabajo de la enfermera que le atiende en el domicilio se centra principalmente en evaluar la destreza de este cuidador y en instruirle en los procedimientos de cuidado.

4.5.2 El costo del cuidado familiar

Pero el cuidado en la casa a un familiar no se hace sin costos. El cuidado a otro produce un desgaste físico y emocional, que en el caso del cuidado de un familiar está ampliamente documentado en la literatura bajo el término “la carga del cuidado” o “el síndrome del cuidador”. Además, se ha establecido que el cuidador está expuesto a las dificultades económicas y que su trabajo lo hace vulnerable al aislamiento y a la exclusión social.

Los síntomas depresivos pueden ser hasta del 40% en el total de los cuidadores, quienes se perciben con mala salud y una sensación de cansancio físico grande. El costo económico es difícil de calcular; incluso se afirma que, en algunas enfermedades ningún Estado puede asumir dicho costo. Quienes hayan cuidado de un familiar enfermo en la casa saben de los costos y saben que este cuidado va más allá de las cifras.

Estudios de investigación muestran que los cuidadores no combaten la enfermedad crónica sino que la manejan, y que manejar una enfermedad crónica es una actividad que implica más de lo estrictamente médico, y por lo general, permanece invisible para el personal de salud¹⁹. El cuidado en la casa requiere que los cuidadores tengan destrezas y conocimientos cada vez más complejos, y a medida que la enfermedad avanza, las relaciones familiares van cambiando, aumentan las complicaciones de la enfermedad y el sufrimiento de quienes cuidan.

Así, se ha sugerido que el luto y el cuidado familiar están unidos por formar parte de la misma situación crónica. En verdad, lo que hace más difícil el acto de cuidar es que el paciente no es el único ni el que más sufre, a veces es el cuidador, como sucede en las demencias.

4.5.3 Los cuidadores y el sistema de salud

No obstante, en estudios de investigación se ha encontrado que el cuidador no suele comentar al médico los problemas que padece y solo lo hace cuando ya son graves. Se ha hallado que los cuidadores apenas solicitan ayuda y sienten que reciben poca atención. Pero aquí hay otro asunto: mientras que los servicios formales de apoyo son los más solicitados por los cuidadores, se ha comprobado

que estos servicios son poco utilizados, “observaciones no publicadas”. Entre las razones citadas hay una que plantea a los profesionales de enfermería un auténtico desafío: a muchos cuidadores les da vergüenza pedir ayuda pues sienten que han de ser capaces, que no poder es algo así como fracasar; también hay cuidadores que dicen que se sienten culpables por descansar. Pedro, enfermero experimentado con muchos años de trabajo en un pueblo, contaba su sorpresa cuando cuidadoras de familiares enfermos en etapas finales, renunciaban a una plaza adjudicada en una residencia y decidían seguir cuidando a pesar de su ya mala salud. Las cuidadoras no podían dejar de cuidar, sentían que debían seguir haciéndolo. Esto indica la necesidad de poner atención a los cuidadores *nuevos*, a los que inician su andadura pues ahí están las posibilidades, más adelante quizás sea tarde.

El cuidado del otro: desafíos y posibilidades Y, ¿cómo nos relacionamos los profesionales de la salud con los cuidadores? ¿Qué son para nosotros? ¿Les ayudamos? Parece que no mucho. Aunque numerosos autores han aconsejado que se establezca una alianza entre el profesional y el cuidador, se ha reportado el poco e insuficiente apoyo que los cuidadores informales reciben de los profesionales de la salud además se ha señalado que los cuidadores tienden a aprender solos y por medio del sistema de “acierto y error”. Por lo general, los servicios de salud y los servicios sociales se organizan alrededor de la persona dependiente y sitúan al cuidador en la periferia; en este esquema, lo ven como recurso y, consecuentemente, sus intervenciones suelen estar orientadas a mantenerlo en su rol. En este sentido cabe destacar el trabajo de Twigg, que describe tres modelos según la relación que establecen los profesionales con los cuidadores. Uno, es el modelo de cuidador como recurso.

Aquí el interés primordial del profesional está en la persona dependiente, la atención que proporciona al cuidador es para suplir sus deficiencias, el cuidador es visto como un medio para un fin, esto es: proporcionar cuidados. El segundo modelo es el de cuidador como co-trabajador. En este modelo, el profesional trabaja a la par con el cuidador tratando de desempeñar un papel de cooperador y facilitador. Aunque aquí se incluyen los intereses y el bienestar del cuidador, el profesional lo hace con una motivación instrumental: al mantener el bienestar y la moral del cuidador, logra elevar asimismo la moral y el bienestar del paciente. El tercero y último modelo es el del cuidador como cliente. Este modelo se manifiesta cuando el cuidador tiene una gran responsabilidad de cuidado y está muy estresado, es decir cuando está enfermo. Aquí el estatus de cliente nunca es completo, en el mejor de los casos permanece como un cliente secundario. Parece importante que nos preguntemos sobre la manera que tenemos de relacionarnos con los cuidadores y reflexionemos sobre si es la mejor. Los cuidadores no son instrumentos ni sustitutos del profesional de enfermería. Son sujetos activos que cuidan de maneras diferentes y crean formas nuevas de cuidado.

4.5.4 Cuidar del otro

Un estudio sobre los cuidados que proporcionan los padres de hijos con una enfermedad mental ilustra que el cuidado no es uniforme. En esta investigación se hallaron cuatro maneras de cuidar. Una es el cuidado implicado. Los padres que se entregan a la tarea de cuidar a su hijo, entienden el cuidado como una extensión de sus obligaciones paternas.

Estos padres se sienten llamados personalmente a realizar esta actividad y, plenos con ella, la situación de su hijo la aceptan como se presenta. En contraposición, el segundo tipo de cuidados es conflictivo. Cuidar del otro produce insatisfacción y rabia. Aquí los padres admiten sentirse engañados y estar resentidos por la gran responsabilidad de cuidar a su hijo enfermo mental; tratan de afrontar esta situación evitando que el cuidado altere demasiado sus vidas aunque raramente logran un equilibrio entre sus intereses y los de su hijo. Pero hay otros padres que se consideran gestores del cuidado con un conocimiento especializado para ayudar a su hijo. Éste es un cuidado gestionado; entienden que su papel tiene unas responsabilidades pero también límites específicos. Aquí, los padres crean terapias para mejorar la funcionalidad de su hijo.

Por último, hay situaciones donde el cuidado directo lo hace el otro cónyuge; concretamente, el padre que mira de lejos lo que hace su esposa, la cuidadora directa. Éste es un cuidado distanciado. Este tipo de cuidado requiere sólo una atención ocasional del padre pero le sitúa en una posición de vulnerabilidad emocional. No es capaz de seguir los cambios de su hijo, no puede participar en los logros cotidianos y no está sintonizado con la situación, por ello tiene imágenes más severas de lo que puede ir mal, teme siempre que ocurra lo peor. Este estudio ilustra las diversas maneras como los cuidadores enfrentan el cuidado del otro, en este caso un hijo con una enfermedad mental. Los enfermeros no podemos dar por descontado que sólo hay una manera de cuidar; tenemos que saber de la diversidad para dar apoyo eficaz a los cuidadores, de otra manera no les estaremos cuidando ni ayudando.

Por otro lado, el cuidado es un trabajo que requiere inventiva y de esto saben mucho los cuidadores. La inventiva como elemento del cuidado está documentada desde los inicios de la enfermería profesional. Por ejemplo, a las enfermeras norteamericanas de principios del siglo XIX se las animaba a que adaptaran los objetos que tenían a mano para proporcionar cuidados “En las manos de las enfermeras, las cosas de la vida cotidiana se convertían en objetos tecnológicos en el área de enfermería”, comenta Sandelowski. En efecto, la capacidad de transformar los objetos cotidianos en instrumentos terapéuticos era una de las cosas que distinguía a la enfermera profesional de la no profesional en aquella época. Hoy en día sigue sucediendo: sé de enfermeras que inventan artilugios para alimentar a los bebés, para que el paciente no se llague, que

crean situaciones para calmarle o sencillamente alegrarle; que, en fin, utilizan el ingenio para solucionar problemas en el cuidado. Esta inventiva es la que marca la diferencia en el cuidado.

Voy a poner un ejemplo que viví de cerca: un familiar padeció de cáncer y tenía que recibir cuatro ciclos de quimioterapia. Después del primer ciclo sus venas estaban ya lastimadas, quemadas por los químicos. En el segundo ciclo, la quimioterapia pasaba con mucha dificultad. Se angustió mucho, pues no sabía si iba a poder acabar ese ciclo ni todo el tratamiento. Comentó su angustia a la enfermera que estaba administrando los citostáticos y ella resolvió el problema: puso sobre su brazo una toalla tibia y sobre ella una lámpara potente, el calor dilató la vena, pudo pasar el líquido, finalizar ese tratamiento y continuar con los ciclos que le faltaban gracias al invento, al truco que creó esa enfermera. Hacer esto, dar con la clave, exige saber anatomía, fisiología, un poquito de física y, sobre todo, tener el deseo de cuidar.

Entiendo cada vez más el cuidado como un trabajo artesanal, no sólo porque se hace con las manos sino porque es único, útil y por ello bueno. La enfermera que resolvió el problema se comportó como una auténtica artesana, en el sentido del que domina los secretos de su oficio. El cuidado tiene un componente creativo y por tanto estético, cuando cuidamos del otro nos gusta que se vea bien y verlo bien, eso nos da alegría. Cuidar del *otro*, en verdad, va más allá del procedimiento.

La idea del cuidado como artesanía surgió y se evidenció en un estudio que realicé sobre cuidado familiar de pacientes con demencia avanzada. El estudio mostró que el cuidado se desarrolla en un terreno inestable y en un contexto general de incertidumbre y contingencias. Los cuidadores viven en un mundo extra ordinario. En la interacción cotidiana construyen el cuidado por medio de lo que denominé *la artesanía del cuidado*. Ésta implica inventar el cuidado, pero no sólo como una tarea práctica para resolver problemas, sino como un oficio que transforma al paciente, el mundo material del cuidado y al propio cuidador. Con artesanía los cuidadores dominan la adversidad que trae aparejada la demencia; aliados de su inteligencia práctica, logran que sus familiares enfermos acepten ser cuidados y a ellos como sus cuidadores. Y este es un logro del día a día que no tiene recetas ni formulas mágicas sino la voluntad de mantener a su familiar enfermo en la casa, alejado de las instituciones, dicho en otras palabras: de cuidarlo hasta lo último. Con sus cuidados preservan la vida y la dignidad de sus familiares enfermos, cotidianamente reafirman su humanidad a pesar de una enfermedad que tiende a destruirla.

Efectivamente, la relación que los cuidadores sostienen con el paciente los humaniza; el trabajo artesanal implica construir a un ser amable, a un ser que

se pueda cuidar con afecto de manera continua, a quien, en últimas se le hace un bien:

“Mercedes: Ya ella se dejaba, me fue más fácil el manejo con ella, pero yo tengo algo muy claro con estos pacientes y es que el amor y el cariño con que se los trate es lo más importante para ellos, o sea, no son los seres insensibles insensatos y, ausentes del todo. No, son personas que están sintiendo, y no pueden expresar lo que les está pasando; pero a mí eso me quedó muy claro, de que por mucha demencia que tenga la mamá ella sabía que..., que se le estaba haciendo un bien...” (Énfasis añadido) Los cuidadores tienden a representarse como personas sobrecargadas, con escasa preparación para desempeñar su rol, necesitadas de servicios y de cuidados profesionales, no como creadores de formas nuevas de cuidado, implicados en una tarea continua de resolver problemas, de hacer posible el cuidado en situaciones de gran adversidad. Poderlos ver de esta manera en sus fortalezas y no solo en sus carencias es un desafío para los profesionales de enfermería. Tenemos que saber de las crisis, de las necesidades así como de las fortalezas de las familias para el cuidado.

Las posibilidades de potenciar el cuidado del *otro* están ahí. Solo hay que verlas y comprometerse con un cuidado que como señala Collérie promueva la vida.

4.5.5 Conclusiones

El cuidado no es un asunto exclusivamente profesional, se está convirtiendo en un asunto familiar con cada vez mayor relevancia y peso. Los estudios de investigación muestran que los cuidadores familiares requieren un apoyo tanto técnico como emocional, deben ser considerados clientes y no meros instrumentos de cuidado.

El profesional de enfermería puede preparar y apoyar al cuidador para manejar las distintas etapas de la enfermedad y los cambios, puede anticipar las crisis así como detectar prácticas de no cuidados. La enfermería, debido a la naturaleza de su disciplina y a su cercanía con los cuidadores, tiene aquí un papel fundamental que desarrollar. Los que inician su andadura profesional se enfrentaran al desafío de abrir espacio a los cuidadores, de integrarlos, apoyarlos y respetarlos. Las posibilidades del cuidado provienen justamente de los desafíos que nos plantea el cuidado *del otro*, en este caso de los cuidadores familiares. A los que comienzan su andadura profesional, les invito a que hagan del cuidado *su causa*.

Debe saber que cuidar a una persona con demencia supone más que cuidarla físicamente, añade comprenderla, decidir por ella, interpretar sus cambios

de carácter, y evitarle riesgos, todo esto hace que el cuidado no sea una tarea fácil. No todos los cuidadores afrontan este reto de la misma manera, ni supone a todos el mismo esfuerzo, pero es cierto que con el tiempo se produce en mayor o menor medida un “desgaste físico y emocional ” que repercute en el estado de salud del cuidador. En general las personas que ejercen de cuidadores no vigilan su salud, pues la tarea es considerable, y así ante pequeñas “señales de alarma” (dolor, tristeza, insomnio, inquietud, cansancio.....) continúa cuidando sin prestarse atención. Estas “dolencias”, y “padecimientos” son el comienzo de un mal estado de su salud si no lo remedia. Tiene por tanto que saber reconocer estos síntomas, y darle su debida importancia para no aumentar el sufrimiento de usted y el de su mayor enfermo. Sepa que su ser querido si pudiese no le pediría tanto sacrificio. Si usted se cuida en los aspectos físico emocional y sociales, cuidará mejor a su mayor (tiempo y calidad). Para que él / ella , su familiar enfermo, note su confianza y responda a su necesidad, precisa de una persona con energía y salud, es decir, una persona cuidada.

Reconocer que ambos son igual de importantes en los cuidados. Usted cuida a un ser querido enfermo. La enfermedad que padece va a precisar de usted cada día un poquito más y para ello debe de programarse Saber hasta dónde puede llegar, y a partir de qué momento tiene que pedir ayuda. Ser realista, a todo no llega y habrá cosas que tendrá que delegar por el bien suyo, no se engañe. Elegir aquellas tareas que le suponen a usted con su familiar más satisfacción y menor perjuicio para su salud física y/o emocional. Y sobre todo, no culparse, los sentimientos negativos existen y deben de aflorar, no los esconda, perjudicaría seriamente su salud. La falta de cuidados para usted puede ser fatal, ¿lo ha pensado? Ni su mayor estará bien cuidado ni usted tampoco.

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Autora:

YOLANDA GÓMEZ NARVÁEZ

Tema 5

FAMILIA Y DISCAPACIDAD

5.1 Acompañamiento a los ancianos en situación de dependencia o Enfermedad

- 5.1.1 Relación de ayuda, cuidados paliativos y personas mayores enfermas o dependientes
- 5.1.2 Objetivos generales de la relación de ayuda a los mayores enfermos o dependientes
- 5.1.3 Algunas consideraciones específicas del acompañamiento a la persona mayor dependiente o enferma

El Proceso de Envejecimiento. Participación en la Atención Sanitaria para Personas Dependientes en el Ámbito Socio-sanitario. Importancia del Cuidado a Personas y sus Familiares. Humanización de los Cuidados. Comunicación. Importancia del Cuidado en Pacientes con Demencias. Familia y Discapacidad. Seguridad del paciente (Higiene de Manos) Calidad de la Atención: Seguridad del Paciente.

FAMILIA Y DISCAPACIDAD

5.1 Acompañamiento a los ancianos en situación de dependencia o enfermedad

5.1.1 *Relación de ayuda, cuidados paliativos y personas mayores enfermas o dependientes*

En los últimos años estamos asistiendo también a un particular interés por la relación de ayuda, así como por el tema de la muerte y los enfermos terminales. Y hablar de acompañamiento a los mayores en situación de dependencia y de enfermedad es hablar de muerte, bien entendido que la muerte es el proceso de continuas pérdidas experimentadas en cualquiera de las dimensiones de la persona. No queremos caer en la negación, pues, de la muerte en el sentido al que nos estamos refiriendo, aún a sabiendas de que “muerte y envejecimiento están, con frecuencia inconscientemente, estrechamente asociados”

En el contexto de los cuidados paliativos, parece que el acompañamiento o la *ayuda mediante la relación* tiene una particular importancia, puesto que el concepto de “ayudar” y el de “cuidados paliativos” parecería que se encuentran muy próximos. Como si la situación que nos presentan los cuidados paliativos nos permitieran fácilmente acomodar el concepto de ayuda mediante la relación.

Es justamente en la fase terminal de la vida cuando la técnica es muy útil, particularmente para controlar el dolor y procurar *confort*, pero es también la hora de la verdad de la relación y cuando la vida que se presenta en su fragilidad extrema, solicita el sentido en el encuentro con un semejante que esté dispuesto a cubrir la fragilidad cuando él no puede, para aliviarlo en el sufrimiento, procurándole calor, consuelo y apoyo. Y este es el significado de paliar. Allí donde no se puede anular la raíz del sufrimiento porque procede en su gran parte de la dependencia o de la proximidad de la muerte, se puede aliviar, cubrir con el “pallium” o manto de la relación interpersonal.

En este sentido, se puede decir con Spinsanti, que estamos ante la dimensión femenina de la medicina que no se limita a curar, sino a cuidar y que recurre a los instrumentos terapéuticos más antiguos: la palabra y la mano.

Cuando hablamos de *relación de ayuda* estamos aludiendo al arte de acompañar a otra persona a afrontar sus dificultades, a resolver conflictos, a vivir lo más sanamente posible en medio de la enfermedad, promoviendo al máximo la libertad y la responsabilidad del destinatario de la ayuda y ofreciéndole como recursos de ayuda precisamente los elementos de la comunicación interpersonal, hechos sobre todo de actitudes y habilidades de interacción personal.

En efecto, como dice el documento de la SECPAL sobre los cuidados paliativos, “la comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. También permite la imprescindible coordinación entre el equipo cuidador, la familia y el paciente. Una buena comunicación en el equipo sanitario reduce ostensiblemente el estrés generado en la actividad diaria. Una familia con accesibilidad fácil a la información de lo que está sucediendo es más eficaz con el enfermo y crea menos problemas”.

Y es que cuando hablamos de relación de ayuda nos estamos refiriendo precisamente a ese tipo de interacción que pretende, en el fondo, los objetivos de la filosofía de los cuidados paliativos, si bien, en otros ámbitos, los objetivos específicos podrán ser otros más relacionados con la toma de decisiones o el crecimiento humano referido a una esperanza de vida más amplia.

La literatura actual, cuando habla de *relación de ayuda* en los ámbitos de salud, está haciendo uso sobre todo de la psicología humanista. También cuando se habla de *relación pastoral de ayuda* o de *teología pastoral o práctica* son muy frecuentes las referencias y las relaciones de las reflexiones hechas con la psicología humanista, particularmente con Carl Rogers y, más recientemente, con su discípulo Robert Carkhuff, que se caracterizan, especialmente por el interés y apreciación por la dignidad y el valor del hombre y su tendencia a desarrollar todo el potencial inherente a cada persona, cuya centralidad y concepción holística está en la base de toda interacción.

Carl Rogers presenta un modelo de relación de ayuda que apoya en tres pilares fundamentales: la triada actitudinal. Dice el mismo Rogers: “Los estudios con diversos clientes muestran que, cuando el psicoterapeuta cumple estas tres condiciones (autenticidad, aceptación incondicional, comprensión empática), y el cliente las percibe en alguna medida, se logra el movimiento terapéutico: el cliente comienza a cambiar de modo doloroso, pero preciso, y tanto él como su terapeuta consideran que ha alcanzado un resultado exitoso. Nuestros estudios parecen indicar que son estas actitudes, y no los conocimientos técnicos o la habilidad del terapeuta, los principales factores determinantes del cambio terapéutico”.

Los trabajos de su discípulo R. Carkhuff, introdujeron elementos más prácticos para el adiestramiento en habilidades o destrezas, elaborando un modelo de enseñanza pensado especialmente en “paraprofesionales”, prestando así un gran servicio en la aplicación de los estudios previos de Rogers para el campo de la psicoterapia al mundo de los diferentes profesionales de la ayuda. En este sentido, se han promovido mucho últimamente las iniciativas de formación dirigidas a profesionales de la salud en general, a los agentes sociales y a los agentes de pastoral.

En concreto, al modelo utilizado por los profesores del Centro de Humanización de la Salud, se presenta con las tres actitudes fundamentales de Carl Rogers y una serie de destrezas, habilidades o técnicas en las que dichas disposiciones interiores se despliegan y concretan, aunque algunas de ellas Carkhuff las llamaría actitudes. Nos estamos refiriendo a la escucha activa, la respuesta empática (particularmente la reformulación), la personalización, la asertividad, la confrontación, la persuasión, la autorrevelación, la intención paradójica, la inmediatez, la destreza de iniciar...

Si tuviéramos que definir el modelo de relación de ayuda que queremos aplicar a la interacción con la persona mayor dependiente o enferma, diríamos que dos características fundamentales son la centralidad de la persona, considerada en sentido holístico y la fuerte tendencia facilitadora –no directiva– del ayudante, aún dando espacio a la directividad que pudiera contenerse en la confrontación y la persuasión.

5.1.2. Objetivos generales de la relación de ayuda a los mayores enfermos o dependientes

Con la formación necesaria en relación de ayuda para los agentes de pastoral y de salud en general, que trabajan con mayores dependientes y enfermos, se pretendería lo mismo que para quienes trabajan con otros grupos de enfermos, si bien sabemos que la especificidad de la experiencia del mayor cuando se encuentra al final de la vida y la especificidad de la experiencia del ayudante cuando interacciona con una persona que va a morir, hacen que la relación de ayuda pueda definir objetivos específicos.

En principio se trata, como gustamos decir, de que los profesionales de la salud se doten de competencia relacional, emocional y ética. Queremos que las multiprofesiones que concurren en los servicios socio-sanitarios sean capaces de ofrecer *calidad* en los servicios. Por todos es sabido cómo hay competencias profesionales que no proceden de la calidad científico-técnica, como hay competencias pastorales que no proceden de la calidad de la formación teológica teórica, cuanto de la calidad humana de los agentes de salud y de los agentes

de pastoral. Nos estamos refiriendo precisamente a la integración de los profesionales de las actitudes fundamentales para la relación de ayuda y del adiestramiento en las habilidades en las que se concretan, así como el trabajo sobre sí mismo para integrar la propia experiencia –incluidos la experiencia del límite y de la propia muerte.

Se trata, pues, de que las multiprofesiones que concurren en el acompañamiento al mayor enfermo o dependiente integren las actitudes que, brevemente podemos presentar así, tal como está insistiendo cada vez más la psicología pastoral:

La **empatía** o disposición del ayudante en virtud de la cual consigue hacer un proceso cognitivo y afectivo que le permite comprender y transmitir comprensión de la experiencia específica del mayor dependiente o enfermo, sin caer en la identificación emocional (riesgo de burn-out).

La **aceptación incondicional o consideración positiva**, disposición del ayudante en virtud de la cual se omiten interna y externamente los juicios de connotación moralizante, se cree en el ayudado y en su capacidad de ser autónomo y responsable (mientras no se demuestre lo contrario), se presta una particular atención al mundo de los significados y sentimientos que las cosas tienen para el paciente, y se impregna la relación de cordialidad y calor humano.

La **autenticidad o congruencia**, disposición interior que hace que el ayudante trabaje sobre sí mismo para manifestarse en la relación tal como es, sin esconderse detrás de una fachada que le despersonalice. La autenticidad, pues, requiere un trabajo intrapersonal e interpersonal para conocerse y aceptarse y ser dueño de la comunicación con los demás en sintonía con el fondo del propio ser.

La integración de las actitudes ha de ir acompañada de un adiestramiento en las habilidades, las cuales se concretan en su dimensión conductual.

A *escuchar* se aprende. A escuchar a la persona mayor que padece deterioros se aprende adiestrándose y también trabajando sobre sí en la integración del *silencio*. A manejar la *mirada* en el encuentro se aprende como se aprende a *responder*, sin que existan respuestas hechas, sino centrando bien la respuesta en lo que la persona mayor necesita y vehiculando comprensión. A aprovechar al máximo el inmenso poder del *contacto corporal* se puede igualmente aprender liberándose de las tensiones que éste puede producir si no se consiguen manejar bien los sentimientos.

Así mismo, se puede aprender a *personalizar*, a evitar las generalizaciones en el diálogo de ayuda, a evitar las frases hechas, a acompañar al mayor enfer-

mo o dependiente a que tome conciencia de sus posibilidades y sus recursos, a que tome el máximo de responsabilidad sobre la situación en la que se encuentra.

Es delicada la destreza de *confrontar*, más aún la de *persuadir*, pero es posible interiorizar el arte de acompañar a tomar conciencia de posibles desconocimientos, de posibles contradicciones que pueda haber en el ayudado (en sus pensamientos, en sus actitudes, en sus valores, en sus sentimientos...) y, con extrema delicadeza, persuadir con todas las condiciones que pondríamos a esta habilidad, para acompañarle a buscar juntos el bien, particularmente cuando él se niega y su escala de valores entra en conflicto con las indicaciones terapéuticas procedentes de los valores de los profesionales. Particularmente delicada se presenta la confrontación ética, sobre la que hablaremos después.

También la *autorrevelación* y la *inmediatez*, habilidades particularmente útiles en el manejo de las relaciones transferenciales que pudieran surgir con el mayor enfermo o dependiente y con la familia, sobre todo cuando consideran al cuidador como quien no es en realidad, presentándose dificultades en el manejo de los roles y de las emociones suscitadas en cada una de las personas que interaccionan.

Si es necesario adiestrarse en la competencia relacional, tanto más lo es el manejo de los sentimientos, la competencia emocional. E. Mansell Pattison dice: "Es nuestra obligación asimilar e identificar todos estos sentimientos en nosotros mismos y en los demás; establecer un modelo de no negación; reconocer que esta diversidad de emociones forma parte de la experiencia humana; fundir los sentimientos negativos y positivos y, en fin, no actuar en base a las emociones puras, sino filtrar nuestros sentimientos a través del Yo consciente y actuar según un sentido de responsable coherencia hacia nosotros mismos y hacia los demás". El grado de implicación emotiva y la integración de la propia muerte están en estrecha relación con la integración de la propia vulnerabilidad y el reconocimiento de uno mismo como sanador herido.

Digamos también que la adquisición de *competencia relacional y emocional* tienen como objetivo no sólo el acompañamiento personalizado a la persona mayor y a la familia, sino también el trabajo interdisciplinar. No es posible entenderse sanamente y afrontar los conflictos que surgen en los equipos de trabajo si no se maneja bien la relación con los compañeros del equipo interdisciplinar. Decimos bien: interdisciplinar y no multidisciplinar. Trabajar de manera interdisciplinar significa dejarse ayudar y ayudar a los compañeros de otras profesiones, significa desplegar las actitudes también con ellos, significa reconocer e integrar la propia vulnerabilidad en el encuentro de trabajo con quien, en más de una ocasión, piensa de manera diferente, significa aprender a escuchar y a manejar las emociones que también pueden resultar complejas y crear conflicto en el equipo.

Servir unos a otros de soporte emocional es también objetivo de este camino de crecimiento personal que creemos debe hacer el agente de salud para acercarse humanamente al paciente y a la familia. Más aún, podemos decir que “el apoyo psicoemocional lo da el equipo cuidador que, además, enseña a darlo. Lo da la familia y lo da el paciente. Lo reciben los mismos que lo dan.”

5.1.3. Algunas consideraciones específicas del acompañamiento a la persona mayor dependiente o enferma

Más allá del hecho de que la relación de ayuda tiende a centrarse en las necesidades concretas y reales del destinatario de la misma, cuando éste es una persona mayor enferma o dependiente, dada la especificidad de la experiencia conviene hacer algunas anotaciones que pueden ser útiles para el agente de salud.

– Procurar soporte emocional

Este constituye uno de los objetivos específicos del acompañamiento en general, pero particularmente cuando la persona mayor elabora las pérdidas asociadas a la dependencia y a la enfermedad: ofrecer soporte emocional a la persona mayor enferma o dependiente, a la familia y, como decíamos antes, entre los mismos miembros del equipo interdisciplinar.

Efectivamente, una de las funciones importantes de la relación de ayuda es la función catártica. Por medio de ella el individuo tiene la capacidad de liberarse de una serie de tensiones emotivas que le han sido generadas por su situación de malestar.

Ofrecer la oportunidad de drenar las emociones, compartir los miedos, hablar espontáneamente de la muerte cuando el paciente o la familia lo desea, dar nombre a los sentimientos, acompañar a utilizar la energía de los mismos y hacer la paz con que éstos han de colorear la experiencia de sucesivas pérdidas en el proceso de morir, constituye uno de los retos más importantes del ejercicio del rol de facilitador y de intermediario propio del agente de salud.

En este sentido, es importante constatar que la relación de ayuda puede disminuir el riesgo de duelo patológico entre familiares y amigos. Sabemos que una de las causas más frecuentes de que los familiares tengan problemas en la elaboración del duelo, son los sentimientos de culpa ante la idea de no haber hecho todo lo posible por su ser querido.

Susana Tamaro, en su novela “Donde el corazón te lleve”, ha escrito: “Por haber vivido tanto tiempo y haber dejado a mis espaldas tantas personas, a es-

tas alturas sé que los muertos pesan, no tanto por la ausencia, como por todo aquello que entre ellos y nosotros no ha sido dicho”.

El soporte emocional comporta también acompañamiento a elaborar el dolor por las pérdidas. Un interesante enfoque ha sido hecho por Sandro Spinsanti, que plantea una cuestión de radical importancia: “La tarea principal de un profesional de relación de ayuda, ¿consiste en acallar, con los medios a su disposición, el dolor de la separación para hacerlo tolerable? Y si queremos dar a la cuestión la forma de un dilema: ¿Debe tenderse a eliminar el dolor de la separación o a elaborarlo en sentido psicológico/espiritual? Las separaciones son sinónimos de sufrimiento. Separarse de alguien o de algo hace sufrir. (...) La tentación del acercamiento humanista consiste en dulcificar las separaciones, especialmente la más angustiada de todas, la muerte, con una especie de nueva religión, la del acercamiento psicológico, filosófico, que niega la angustia existencial”. El autor aclara que en el antagonismo entre esperanza de vida y angustia de muerte, implícito en todo proceso de separación, el acercamiento humanista se apoya en la concepción filosófica que sabe ver en la muerte no el escándalo o el fracaso, sino la realización del destino humano en sentido trascendente. La separación pierde así su aspecto más dramático y hasta puede ser integrada en un proceso de crecimiento y de autorrealización. Pero ¿no corremos así el riesgo de vernos sumergidos en un consuelo barato que quita al dolor de la separación su aguijón?

Este dolor que puede tener la capacidad de producir beneficios (sin caer en el dolorismo), no los producirá si se le ahuyenta demasiado solícitamente mediante una práctica consolatoria desarrollada por los profesionales de las relaciones de ayuda.

En último término, si es necesario acompañar con soporte emocional, es necesario también desarrollar la capacidad de dejar al otro solo. Quien es capaz de encontrarse sabrá también separarse, del mismo modo que la separación es el requisito de todo encuentro.

El objetivo, pues, de la relación de ayuda al mayor enfermo o dependiente no es evitar las separaciones o el dolor que producen, ni esconderlo como la basura bajo la alfombra, sino acompañar a elaborar el dolor: enseñar mediante la misma relación de ayuda (el modo de relacionarse ha de ser modelo para vivir el encuentro y la separación) el arte de separarse y el arte de encontrarse.

– Acompañar a leer la propia historia y recapitular

En estrecha relación con lo que entendemos por “soporte emocional”, está el acompañamiento a leer la propia historia y recapitular. En efecto, una de las experiencias más comunes en la etapa final de la vida es la mirada hacia atrás,

que permite tomar conciencia del propio pasado. Se dice que el modo de morir depende en no poca medida de lo que una persona siente que ha conseguido en su vida: una vida llena y sensata o vacía y sin sentido. Acompañar a rumiar la historia, quizás rumiar las penas no de forma estéril, sino en un intento de volver sobre los propios pasos para llegar a asumir y a dominar todo lo que se ha vivido puede contribuir a “curar las propias llagas” “Recordar el pasado puede ayudar a los mayores a dar un nuevo sentido al presente.”

Sabemos que hay personas mayores que justo en el momento de la enfermedad, la dependencia, ven pasar por delante de sus ojos, una vez más, toda la vida, como si estuviese escrita en un texto desconocido y advierten, dentro de ellas, la dureza que les ha inundado, así como la satisfacción en el afrontamiento de las dificultades. En este sentido, “la ancianidad constituye una etapa importante en el crecimiento espiritual: se trata de dar un sentido a la edad que se está viviendo, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte para poder vivir tranquilamente este momento de la vida, y permitir una relectura del pasado, superando toda pantalla-barrera y todo sentimiento de desilusión”.

Argullol ha escrito: “cercana la hora, deberíamos aún tener dos días, el primero, para reunirnos con quienes hemos odiado y, el segundo, para hacerlo con quienes hemos amado. Y a los unos pediríamos perdón por nuestro odio, y a los otros, por nuestro amor, de modo que, aliviados de ambos pesos, pudiéramos dirigirnos, ligeros, a la frontera”.

La mirada reconciliadora hacia el pasado, acompañada y facilitada por el agente de salud, permite, además, encontrar en él el maestro personal que ha ido enseñando en la vida a ir muriendo las pequeñas muertes que se han vivido ante la necesidad de elaborar cada una de las pérdidas personales que acompañan el proceso del morir.

La elaboración sana del propio pasado, con frecuencia, pasa a través del proceso conocido y descrito por la doctora E. Kübler-Ross. “Aunque la curación de un recuerdo puede obtenerse con una sola oración, como la muerte puede ser aceptada inmediatamente, el método normal para afrontar los recuerdos y la muerte es pasar poco a poco por las cinco fases”.

La mirada al pasado en las personas mayores, la reminiscencia, constituye también una oportunidad para restablecer la crisis de identidad. Ya decía Aristóteles que “los ancianos viven más de la memoria que de la esperanza, porque el tiempo que les queda por vivir es muy corto en comparación con su largo pasado... Esta es la causa de su locuacidad. Hablan continuamente del pasado, porque gustan acordarse”.

Acompañar en el sano manejo de la reminiscencia es un verdadero arte de discernimiento entre su significado de autoafirmación y los posibles deterioros cognitivos o tendencias a la fabulación como estrategia de supervivencia.

Entendemos que acompañar con la *escucha* tiene un valor nunca suficientemente subrayado. Acompañar a quien *narra su vida* está cargado de contenido simbólico, porque narrar la propia vida supone un verdadero esfuerzo: “Es poner en perspectiva acontecimientos que parecen accidentales. Es distinguir en el propio pasado, lo esencial de lo accesorio, los puntos firmes. Contar su vida permite subrayar momentos más importantes, e igualmente, minimizar otros. Se puede, en efecto, gastar más o menos tiempo en contar un acontecimiento que en vivirlo. Para contar, es necesario escoger lo que se quiere resaltar, y lo que se quiere poner entre paréntesis. El relato crea una inteligibilidad, da sentido a lo que se hace. Narrar es poner orden en el desorden. Contar su vida es un acontecimiento de la vida, es la vida misma, que se cuenta para comprenderse.” Narrar no es fabular. Contar los acontecimientos que se han sucedido en la vida permite unificar la dispersión de nuestros encuentros, la multiplicidad disparatada de los acontecimientos que hemos vivido. Malherbe no duda en decir que, “relatar la vida, le da un sentido”.

Efectivamente, “aquellos que tienen el privilegio de acompañar a un semejante en sus últimos momentos saben que entran en un espacio de tiempo muy íntimo. La persona, antes de morir, tratará de confiar a quienes le acompañan lo esencial de ella misma. Por un gesto, a través de una palabra, a veces sólo con la mirada, intentará transmitir aquello que de verdad cuenta y que no siempre ha podido o sabido decir”. Sabemos que para la mente los muertos mueren una vez; para el corazón mueren muchas veces.

– Acompañar a manejar las preguntas sin respuesta

Uno de los objetivos específicos del acompañamiento a personas mayores enfermas o dependientes es precisamente el acompañamiento a manejar la angustia. esto significa, sobre todo, dar espacio a la formulación del impacto cognitivo, emotivo y espiritual de la evocación de la muerte producida por la dependencia y la enfermedad.

Hay una situación que presenta particular dificultad, que es el manejo de las preguntas sobre el sentido. El planteamiento correcto, a mi juicio, es el que hace González Núñez en la introducción de su libro “Antes que el cántaro se rompa”: “Hay preguntas que no se plantean para ser contestadas, sino para que ellas interroguen a la persona que las plantea. Le alertarán sobre incertidumbres, incógnitas y misterios que –acompañantes inseparables y huéspedes familiares de la vida de cada día- alberga oficiosamente en su casa. (...) Las preguntas existenciales, vitales y trascendentes no son para ser contestadas, sino para

ser vividas. Una respuesta objetiva, universal, definitiva, nadie puede esperarla: sería pretenciosa y vulgar, vana y deshumanizadora. La duda y la pregunta, la incógnita y el misterio, el temor y la esperanza son ingredientes irrenunciables de la vida humana. (...) Nos interesa su arte de plantearlas, su talante para asumirlas, su sabiduría para vivirlas con temor y respeto. Es quizá el mejor modo de humanizarlas y de que ellas nos humanicen”.

Acompañar a vivir las preguntas que no tienen respuestas, a compartirlas, quizás sea el modo más sabio de elaborarlas. Como decía el poeta Rocki: “Sé paciente con todo lo que queda sin resolver en tu corazón. Trata de amar tus mismas preguntas. No busques las respuestas que no se pueden dar, porque no serás capaz de vivirlas. Vive tus preguntas porque tal vez, sin notarlo, estás elaborando las respuestas”. Esta máxima llevaría, en el acompañamiento al mayor dependiente o enfermo a evitar todo tipo de frases hechas y a personalizar en el diálogo. Ninguna respuesta racional serviría.

Quizás aquí serviría también aquella máxima: “Nunca hables a menos que pienses que puedes mejorar al silencio”.

La reflexión hecha por Vicktor Frankl nos será siempre útil, aunque no dé razón del sufrimiento. En medio de la búsqueda del sentido, podemos tomar conciencia de que podemos vivir sanamente la pregunta y quizás traducir la pregunta ¿por qué? en ¿cómo? vivirlo.

“Dejar de buscar el porqué, no hay nada que comprender. Preguntarse más bien “para qué”, por la finalidad del sufrimiento, es lo que parece la única forma de darle un sentido. ¿Para qué? ¿Cuáles son los caminos, la experiencia vital, la conciencia hacia donde me llevan mi enfermedad o mi sufrimiento? ¿Puedo hacer del dolor un hogar para la luz y el amor?”

Lejos del agente de salud el deseo de anestesiar la pregunta, incluso cuando ésta incomoda a los que la comparten. El reto permanente será también el de evitar todo tipo de frases que tenemos listas para ser dichas sin que estén centradas en la experiencia única de quien comparte la pregunta por el sentido. Kaye dice: “Deme 10 minutos de escucha interesada, no interrumpida y le diré a Vd. todo lo que necesita saber para ayudarme”. Quizás sea también ésta la pista para comprender qué hay detrás de cada persona que plantea las preguntas que nos parecen difíciles de responder.

– Ser testigo de la esperanza

Infundir esperanza es otro de los objetivos del agente de salud con los mayores enfermos o dependientes. Pero lejos de nosotros la idea de esperanza como una fuga de la realidad dolorosa. La esperanza, como dice Laín Entralgo,

es ese “constitutivum de la existencia humana” que trasciende el mero optimismo en situaciones como las de los mayores enfermos o dependientes.

El agente de salud se siente llamado a ser hombre de esperanza en una encrucijada de sufrimiento y oscuridad, una esperanza que permite mirar más allá del dolor y de la muerte.

La esperanza, pues, no consiste en la ilusión de superar todas las dificultades, hasta el punto de no morir. Sería no sólo una vana ilusión, sino que no entra dentro de la razonabilidad de las personas y de las verdaderas expectativas. Escribe el teólogo Turolto, en “La muerte del último teólogo” una interesante reflexión bajo forma de cuento: “Se trata de aquella isla, donde los hombres no mueren nunca; hombres que vivían setecientos años, ochocientos años, continuando la vida envejeciendo, transcurriendo el tiempo, marchitándose los sentimientos, como sucede normalmente en todo el universo, y, también, enfermando, pero sin morir. Lo único que no sucedía desde hacía siglos es que alguien muriese. Podemos imaginarnos lo que era aquella isla. ¿Qué podrían decirse unos a otros después de unos siglos? ¿Qué contarse, que ya no supiesen? Pero el aspecto más grave era la desaparición de todo sentimiento de ternura y de piedad, incluso frente a los dolores más atroces y en las personas más queridas, porque todos decían: “no morirá”. Hasta el punto de colocarse todos a la espera de que alguien, finalmente, comenzase de nuevo a morir. En un cierto momento, comenzaron a celebrar ritos y plegarias para que se recomenzase a morir. E invocaban a Dios suplicando: “Señor, mándanos la muerte, la gran muerte, la bella muerte; perdónanos si en algún tiempo nos hemos lamentado porque se moría, si no hemos sabido ser felices como tú querías, si no hemos comprendido; la muerte es la puerta de la salvación, la entrada a tu palacio; la vida es distancia, nos exilia a uno de otro, nos conduce al desierto; Señor, líbranos de la vida, tú eres un niño y no sabes lo que quiere decir ser un hombre de mil años”.

Ahora bien, ¿cómo infundir esperanza en el acompañamiento de la persona mayor enferma o dependiente a la familia? Recientemente escribía en la revista HUMANIZAR: “El símbolo de la esperanza es el ancla. Infundir esperanza no es otra cosa que ofrecer a quien se encuentra movido por el temporal del sufrimiento, un lugar donde apoyarse, un agarradero, ser para él ancla que mantiene firme, y no a la deriva, la barca de la vida. Ofrecerse para agarrarse, ser alguien con quien compartir los propios temores y las propias ilusiones, eso es infundir esperanza”.

Acompañar a vivir en clave de esperanza no significa promover una sensación de seguridad que anule la incertidumbre y la inseguridad. La seguridad no pertenece a la esperanza, dice Santo Tomás. La esperanza es hermana del coraje paciente y perseverante, de la constancia, de la impaciencia (paradójicamente), del abandono, en último término en Aquél en quien se confía ilimitadamente: Dios, para el creyente.

Cada encuentro, cada relación de ayuda significativa con la persona mayor enferma o dependiente, cada diálogo que el agente de salud logra establecer en el amor, es sacramento de la esperanza. Porque “no habrá motivo de esperarse mucho del futuro si los signos de la esperanza no se hacen visibles en el presente”.

– Acompañar a tomar decisiones responsables en casos de conflicto ético

En el acompañamiento a los mayores enfermos o dependientes, se encuentran situaciones en las que es necesario realizar la confrontación ética, es decir, acompañar a buscar lo mejor cuando el ayudado se encuentra en medio de un conflicto de valores percibido por él o por el ayudante. Por ejemplo, las pautas terapéuticas dicen una cosa, pero hay efectos secundarios no deseados y valores en conflicto.

La importancia del manejo competente de los posibles conflictos éticos los podemos ver en el siguiente encuentro, relatado por la misma enfermera.

ANEXO 2

Podemos ver en un sencillo análisis del encuentro cómo en el estilo relacional se percibe la ternura del ayudante, pero también cómo el principio de autonomía es poco o nada tenido en cuenta. La competencia relacional, emocional y ética deberían permitir a la enfermera manejar sus sentimientos y dejarse llevar por los valores para afrontar el conflicto más explícitamente con la paciente y con el equipo antes de realizar una indicación del médico contra la voluntad (supuestamente competente) de la paciente. Habilidades de persuasión se habrían planteado después de haber analizado debidamente la negativa a la sonda.

A mi juicio, en el cuidado a los mayores enfermos y dependientes, se dan con frecuencia situaciones semejantes a ésta en las que los conflictos éticos no son detectados o no son correctamente afrontados después de analizarlos racionalmente e interdisciplinariamente. Percibo aquí el reto de que en los Centros Residenciales se creen Comités de Bioética Asistencial para analizar tales conflictos. La no existencia de instancias de este tipo y la falta de formación hace que muchas veces la debilidad física de los mayores dependientes o enfermos se equipare a la debilidad psicológica y ésta a la debilidad moral, cayendo fácilmente en la falta de discernimiento y, a mi juicio, con peligro, sobre todo, de encarnizamiento terapéutico.

En el acompañamiento personalizado a la persona mayor enferma o dependiente es frecuente que el profesional de la salud, en la confrontación ética acuse algunas dificultades, entre las cuales

- Falta de formación ética, relacional...