

- Distancia entre las convicciones personales y las impuestas por instancias de “autoridad” familiar, social, religiosa...
- Confusión entre las diferentes tendencias de los especialistas y el consiguiente sentimiento de inseguridad que ello produce.
- Distancia entre el lenguaje ético, que tiende a generalizar y que es más aséptico y la necesidad de personalizar en cada uno de los casos, donde los valores están entremezclados con los sentimientos.

De modo sintético podríamos presentar los objetivos de la relación de ayuda en situaciones de conflicto ético como:

- Ayudar a tomar decisiones significativas.
- Ayudar a hacer de la experiencia de conflicto una experiencia moral: “ser responsable”.
- Colaborar a que el conflicto ético sea ocasión de crecimiento
- Acoger a la persona en su situación real (atención a los sentimientos).
- Ayudar a comprender el problema mediante la confrontación.
- Infundir certeza de acogida incondicional.

El cuidador está ante el reto de trabajar para aumentar su competencia en el acompañamiento a las personas que se encuentran en conflicto ético y han de ser confrontadas correctamente. Algunas líneas de acción serían las siguientes:

- Trabajar sobre sí mismo: conocer la propia escala de valores,.
- Evitar algunos extremos:

La manipulación ética mediante los mecanismos que relacionan el comportamiento con el castigo, mecanismos de autoridad que se impone, eliminación del diálogo como foro adecuado de la conciencia moral adulta.. La no proclamación de los valores del ayudante o de las propias convicciones por miedo a hacer sufrir o ser rechazado, inhibiéndose de la responsabilidad que el profesional de la salud tiene de acompañar .

- Comunicar los valores, teniendo en cuenta el carácter relacional de los mismos, es decir el hecho de que los valores se alumbran en el encuentro, se comunican por ósmosis, tienen acceso experiencial, mucho

antes de ser asumidos por el hecho de ser verbalizados por el ayudante. En el fondo, hay que estar muy atento al hecho de que el estilo de relación del cuidador con el ayudado se convierte en modelo ético de comportamiento. Es decir, allí donde el paciente perciba un profundo respeto por la salud propia y de cada persona, se sentirá confrontado hacia un respeto también él por su propia salud y la de los demás.

- Tener en cuenta las condiciones para la confrontación: Profundizar las motivaciones de quien confronta, hacerlo con suma prudencia, no caer en legalismos vacíos, superar la tendencia a moralizar pero sin huir de la corresponsabilidad en la búsqueda del bien, acompañando al ayudado a ser sí mismo y tener presente su condición de ser en relación.

Hay situaciones en las que la confrontación llega a ser *persuasión*. La cuestión es particularmente delicada, pero ocupa un lugar importante cuando nos encontramos ante negativa a tratamientos o indicaciones terapéuticas. El principio de autonomía puede entrar en conflicto con el de beneficencia y se requerirán habilidades de relación de ayuda para manejarse con soltura en la relación.

– Promover el diálogo en la verdad y la autenticidad

No es fácil cifrar el diálogo en la verdad con la persona mayor enferma o dependiente. A veces, cuanto más próximo afectivamente es la persona que sufre más difícil se hace el diálogo en la verdad (que es distinto de la comunicación del diagnóstico o de las malas noticias).

“Los últimos momentos de la vida de un ser querido pueden constituir la mejor ocasión para ir lo más lejos posible en la relación con esa persona. Sin embargo, ¿cuántos aprovechamos esta ocasión? En lugar de enfrentarnos a la realidad de la proximidad de la muerte, nos empeñamos en aparentar que nunca llegará. Mentimos al otro, nos mentimos a nosotros mismos y, en lugar de hablar de lo esencial, en lugar de intercambiar palabras de amor, gratuidad y perdón, en lugar de apoyarnos mutuamente para cruzar juntos ese momento trascendental que supone la muerte de un ser querido, poniendo en común todo lo que hemos aprendido, todo el humor y el amor que el ser humano es capaz de desplegar para afrontar la muerte, en lugar de todo esto, lo que hacemos es envolver con silencio y soledad ese momento único y esencial de la vida”.

Argumentamos, a veces, el miedo a hacer daño con la verdad. Sin embargo, más frecuentemente suele ser el miedo a encontrarnos con nosotros mismos en la verdad del otro y en la nuestra, lo que nos lleva a evitar el diálogo en la verdad. Quizás la imagen que queremos ofrecer a los otros y por la que tanto trabajamos, al encontrarse con los ojos del otro –que vive la hora de la verdad

por excelencia- se encuentra con la imagen real, devuelta por sus ojos como con un espejo, y nos desmonta nuestros esquemas, provocándonos miedo.

Quizás argumentamos que la verdad es cruel. Sin embargo, creo que vale la pena pensar que “la verdad es antídoto del miedo. Lo terrible y conocido es mucho mejor que lo terrible y desconocido”, y que “la peor soledad para un moribundo es no poder comunicar a sus seres queridos que va a morir. Para quien siente que le llega la hora, el no poder hablar ni compartir con los suyos lo que la inminencia de la separación le inspira, a menudo le aboca al desorden mental, al delirio, o incluso al dolor físico, que al menos le permite hablar de un sufrimiento concreto”.

“Que el enfermo sorprenda a su médico en un renuncio, supone el golpe más cruel de todos. Además, cuando el médico ha mentido al enfermo, indefectiblemente, la familia también lo ha hecho. Es fácil imaginar lo que puede sentir una persona, próxima a morir, y que descubre que su médico y sus seres queridos (es decir, todos los que le importan) le han mentido”.

No estar dispuesto a entablar un diálogo en la verdad puede suponer dejar al paciente en la soledad emotiva y afectiva que puede ser leída también, en algunos casos como una verdadera “muerte social”. Incluso se puede hablar de riesgo de *eutanasia social*. “Pensemos en el desplazamiento del propio espacio de vida, al aislamiento en estructuras a menudo inadecuadas e incapaces de responder a las necesidades fundamentales de la persona. (...)El alejamiento colectivo de la vejez pone en marcha un proceso de *muerte social* del anciano que asume los rasgos existenciales de una verdadera y real eutanasia”.

No es extraño que las personas mayores vivan intensamente los llamados “beneficios secundarios” de la enfermedad y la dependencia. “Los ‘beneficios secundarios’ son factores que pueden favorecer abandonarse a la enfermedad, convirtiéndose en motivo crónico. Paradójicamente, hay individuos que obtienen ventajas de la prolongación

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Autora:

YOLANDA GÓMEZ NARVÁEZ

Tema 6

SEGURIDAD DEL PACIENTE. HIGIENE DE MANOS

- 6.1 Introducción
- 6.2 Productos usados para la higiene de manos
- 6.3 Recomendaciones para el uso correcto de guantes
- 6.4 Aspectos a considerar para la implantación de soluciones alcohólicas en nuestro entorno
- 6.5 Evaluación de actividades de mejora de la frecuencia .
Lavado e higiene de manos

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.

SEGURIDAD DEL PACIENTE . HIGIENE DE MANOS

6.1 Introducción

La medida más importante para la prevención y control de las infecciones nosocomiales es la higiene de manos. Esto es así porque la forma más frecuente de transmisión de microorganismos patógenos entre pacientes se produce a través de las manos del personal sanitario (transmisión cruzada). La “fuente” de estos microorganismos la forman no sólo los pacientes con infecciones producidas por estos microorganismos, sino también aquellos pacientes que están simplemente colonizados por los mismos (en la piel, aparato respiratorio, digestivo, secreciones, etc), es decir, que no muestran síntomas o signos de infección. Otra fuente de adquisición de microorganismos en las manos del personal son las superficies ambientales en contacto directo con el paciente infectado o portador (mobiliario cercano, aparataje, etc.). La higiene de manos es, además, una medida básica de protección del personal sanitario.

Para evitar la transmisión de microorganismos entre pacientes debe utilizarse de manera adecuada un producto que produzca la eliminación de la “flora transitoria” (microorganismos que se adquieren tras el contacto con un medio contaminado y que contaminan las manos de manera transitoria) es decir, una descontaminación de las manos. Por tanto, el clásico concepto “lavado de manos” se amplía y complementa en el nuevo concepto que llamaremos “descontaminación de manos” o “higiene de manos”. En la actualidad disponemos de diversos tipos de agentes antisépticos tanto jabonosos como soluciones que no requieren de la utilización de agua para conseguir este objetivo.

En las últimas décadas, las llamadas medidas de precaución universal (absolutamente necesarias para evitar la infección del personal sanitario a partir de infecciones de los pacientes, sobre todo de virus hematógenos como el VIH y el VHC) han tenido como consecuencia la sobreutilización de guantes en los cuidados sanitarios, por una incorrecta interpretación de estas medidas. Los guantes, si no se utilizan correctamente (cambiándolos entre pacientes) pueden actuar como vehículos de transmisión de microorganismos. Por tanto, tan importante como una correcta higiene de manos es una adecuada utilización de guantes,

no usándolos cuando no es necesario y cambiándolos entre pacientes, distintas zonas del mismo paciente, etc.

A pesar de su importancia, el nivel de cumplimiento de estas medidas higiénicas básicas es bajo. A esto contribuyen diversos factores como el desconocimiento de su importancia, la sobrecarga de trabajo, la no disponibilidad de puntos de higiene de manos accesibles y cómodos, la intolerancia a productos utilizados para la higiene de manos, etc. Algunos avances recientes, como la disponibilidad de soluciones alcohólicas, pueden ayudar a mejorar el cumplimiento de la des- contaminación de manos, por su rapidez y facilidad de utilización. La disponibilidad de dispensadores de soluciones alcohólicas, además, podría compensar la falta de lavabos, si fuera el caso.

La Comisión Asesora para la Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales del Servicio

Andaluz de Salud realiza estas recomendaciones basándose en la guía de los Center for Disease Control and Prevention (CDC) (1) publicada recientemente. Dicha guía, cuya lectura recomendamos, proporciona recomendaciones específicas categorizadas en función de la evidencia científica disponible, las bases teóricas, la aplicabilidad y su impacto económico.

6.2 Productos usados para la higiene de manos

Jabones y geles no antisépticos (sólidos, líquidos, polvo)

Son productos detergentes capaces de eliminar la suciedad y algunas sustancias orgánicas de las manos. Carecen, en general, de actividad antimicrobiana, y no son lo suficientemente eficaces para eliminar los patógenos de las manos del personal sanitario. Se recomiendan para el lavado de manos cuando existe suciedad visible.

Alcoholes y soluciones alcohólicas

Los alcoholes utilizados habitualmente como antisépticos de manos son isopropanol, etanol y n-propanol. Las soluciones que contienen un 60-95% de alcohol son las más eficaces. Éstas tienen una excelente actividad in vitro frente a bacterias gram positivas y gram negativas, incluyendo microorganismos multirresistentes (*Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina, *Enterococcus* resistentes a vancomicina), *Mycobacterium tuberculosis*, ciertos hongos y virus con envuelta lipídica (incluyendo el VIH, influenza y el virus respiratorio sincitial, y en general también el VHB y el

VHC). Sin embargo, tienen escasa actividad frente a esporas bacterianas, y virus sin envuelta. Además de la actividad *in vitro*, su eficacia *in vivo* se ha comprobado en numerosos estudios. Los alcoholes no son apropiados cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con abundante material proteico.

Se ha demostrado que su utilización puede prevenir la transmisión de patógenos hospitalarios, siendo comparativamente más eficaces que los jabones no antisépticos o jabones antisépticos. También son efectivos para la higiene preoperatoria de las manos del personal quirúrgico; en estudios comparativos, fueron más eficaces que los jabones no antisépticos y que la povidona iodada o la clorhexidina.

Algunos factores pueden afectar a la eficacia de las soluciones alcohólicas: tipo de alcohol, la concentración, el tiempo de contacto, el volumen usado y la humedad de las manos.

Las soluciones alcohólicas pueden causar sequedad de la piel a menos que lleven emolientes o humectantes. Varios estudios han mostrado que las soluciones con emolientes producen menos sequedad e irritación de piel que los jabones. Son inflamables y volátiles, característica que hay que tener en cuenta a la hora de su almacenaje.

Clorhexidina

Su acción antimicrobiana es más lenta que la del alcohol, pero le añade una mayor actividad residual.

Tiene buena actividad frente a bacterias gram positivas, algo menor frente a bacterias gram negativas y hongos, y escasa frente a *M. tuberculosis*. No es activa frente a esporas. Tiene actividad frente a virus con envuelta lipídica (Herpes, Citomegalovirus, VIH, Influenza, VRS) y escasa frente a virus no envueltos (Rotavirus, Enterovirus, Adenovirus).

Su actividad se afecta mínimamente por la presencia de materia orgánica. Se asocia bien con

Amonios Cuaternarios y su actividad puede ser reducida con compuestos aniónicos, surfactantes no iónicos y cremas con agentes emulsionantes.

Las formulaciones con 0.5-0.75% de clorhexidina son sólo ligeramente más efectivas que los jabones no antisépticos; las preparaciones más efectivas son las que incluyen gluconato de clorhexidina al 4% (algo menos si es al 2%).

No debe aplicarse sobre tejido cerebral, meninges, ni oído medio con el tímpano perforado.

Cloroxilenol

Tiene actividad frente a bacterias gram positivas y gram negativas, micobacterias y algunos virus. Los estudios sobre su eficacia han mostrado resultados a veces contradictorios. Es poco activo frente a *Pseudomonas aeruginosa*, pero la adición de EDTA incrementa su actividad frente a éste y otros patógenos. Existen pocos datos para categorizar su eficacia y seguridad.

Hexaclorofeno

Es un agente bacteriostático, con actividad frente a bacterias gram positivas (especialmente *Staphylococcus aureus*). Su actividad frente a gram negativos, hongos y micobacterias es débil. Se trata de un producto considerado como de baja eficacia. Se le ha atribuido un efecto neurotóxico cuando se emplea para el lavado de neonatos y cuando se aplica en pacientes con quemaduras o grandes áreas de piel lesionadas.

Productos iodados (iodóforos)

La polivinilpirrolidona y otros polímeros se unen con el yodo libre para mantener la actividad germicida del yodo y liberarlo lentamente. Los preparados de povidona iodada al 5-10% se consideran eficaces y seguros. Tienen el inconveniente de que manchan.

Su espectro antimicrobiano, a la concentración en que se utiliza como antiséptico, abarca bacterias gram positivas, gram negativas, micobacterias, hongos y virus.

Tienen una pobre actividad residual, según diversos estudios entre 30 y 60 minutos tras el lavado de manos. Sufren inactivación importante por la presencia de materia orgánica. Causan más dermatitis de contacto que otros antisépticos comúnmente utilizados para la higiene de manos. De este amplio grupo el Cloruro de benzalconio es el más ampliamente usado como antiséptico.

Su actividad a las concentraciones de uso es bacteriostática y fungistática. Son más activos frente a bacterias gram positivas que frente a gram negativas. Su actividad frente a micobacterias y hongos es débil y son algo más activos frente a virus con envuelta lipídica. Su actividad antimicrobiana se afecta por la presencia de materia orgánica y no son compatibles con detergentes aniónicos. Los datos disponibles son escasos para categorizarlos como eficaces o seguros.

Triclosan

Este producto se ha incorporado a jabones de uso sanitario. Tiene un espectro antimicrobiano amplio, aunque su actividad es mayor frente a bacterias grampositivas que frente a gram negativas, pero su actividad es bacteriostática y su actividad limitada frente a hongos filamentosos. Existen pocos datos sobre su eficacia y seguridad para la antisepsia de manos.

Estas recomendaciones están diseñadas para favorecer la higiene de las manos de los profesionales sanitarios y para reducir la transmisión de microorganismos patógenos a los pacientes y al personal en los establecimientos sanitarios. Esta guía y sus recomendaciones no están pensadas para su uso en la elaboración de alimentos ni en los establecimientos de dispensación de alimentos.

Como en las guías previas de CDC/HJCPAC (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee) cada recomendación está clasificada en función de los datos científicos existentes, del razonamiento teórico, de la aplicabilidad y del impacto económico. La clasificación es la siguiente:

- **Categoría IA.** Fuertemente recomendada para la implantación y fuertemente sustentada por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.
- **Categoría IB.** Fuertemente recomendada para la implantación y sustentada por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, así como por un sólido razonamiento teórico.
- **Categoría IC.** Requerida por las reglamentaciones, normas o estándares estatales o federales de USA.
- **Categoría II.** Sugerida para la implantación y sustentada por estudios sugestivos clínicos o epidemiológicos o por algún razonamiento teórico.
- **Sin recomendación.** Representa un punto controvertido, en el que no existen pruebas suficientes, ni consenso en cuanto a la eficacia.

1. Indicaciones para el lavado y antisepsia en las manos

- A. Cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con material proteico o manchadas con sangre o con otros líquidos orgánicos, se deben lavar con agua y jabón no antiséptico, o con agua y jabón antiséptico .

- B. Si las manos no están visiblemente sucias, usar una solución de base alcohólica para la descontaminación rutinaria de las manos. Alternativamente se puede usar también, jabón antiséptico y agua.
- C. Las manos se deben de descontaminar antes de un contacto directo con pacientes .
- D. Cuando se vaya a insertar un catéter intravascular central las manos se deben descontaminar antes de ponerse guantes estériles..
- E. Las manos se deben descontaminar antes de insertar catéteres urinarios, catéteres vasculares periféricos u otros dispositivos que no requieran una técnica quirúrgica .
- F. Descontaminar las manos después de tocar la piel intacta de un paciente (por ejemplo: tomar el pulso o la presión arterial, o levantar a un paciente)
- G. Descontaminar las manos después de contactar con líquidos orgánicos o excreciones, membranas, mucosas, piel no intacta y vendajes de heridas, si las manos no están visiblemente manchadas .
- H. Descontaminar las manos si tienen que pasar, durante el cuidado del paciente, de un punto corporal contaminado a otro limpio.
- I. Descontaminar las manos tras utilizar objetos que están situados cerca del paciente, incluyendo los equipos médicos y material sanitario como cuñas, bombas de perfusión, ventiladores.
- J. Descontaminar las manos tras la retirada de los guantes.
- K. Los paños impregnados de antimicrobianos (p.e.: toallitas...) pueden considerarse como una alternativa al lavado de manos con agua y jabón. Debido a que no son tan efectivos como las soluciones alcohólicas o como la higiene con agua y jabón antiséptico, para reducir la carga bacteriana de las manos de los profesionales sanitarios, no se pueden considerar un sustituto para la solución alcohólica o para el jabón antiséptico.
- L. Si se sospecha o conoce que ha habido exposición a *Bacillus anthracis*, deben descontaminarse las manos con agua y jabón antiséptico. En estas circunstancias se recomienda el lavado y enjuagado debido a la pobre acción contra las esporas de alcoholes, clorhexidina, yodóforos y otros agentes antisépticos.

- M. No se pueden hacer recomendaciones sobre el uso rutinario de soluciones no alcohólicas para la higiene de las manos en establecimientos sanitarios. Punto no resuelto.
- N. Se recomienda lavar las manos con agua y jabón no antiséptico:
 - Antes de iniciar la jornada de trabajo y al finalizarla.
 - Cada vez que las manos estén visiblemente sucias.
 - Antes y después de preparar, repartir o servir la comida.
 - Antes y después de comer.
 - Después de ir al cuarto de baño.
 - Después de estornudar, sonarse,...

2. Técnica de la higiene de las manos

- A. Cuando se descontaminan las manos con una solución alcohólica, aplicar el producto en la palma de una mano y frotar ambas manos, cubriendo toda la superficie de las manos y dedos hasta que las manos estén secas.

Seguir las instrucciones del fabricante acerca de la cantidad de producto que haya que utilizar.

- B. Cuando se lavan las manos con agua y jabón, mojar primero las manos con agua, aplicar luego, la cantidad de producto recomendado por el fabricante y frotar vigorosamente ambas manos juntas, durante al menos 15 segundos, cubriendo toda la superficie de las manos y dedos. Enjuagar las manos con agua y secarlas completamente con papel de secado desechable.

Usar el papel de secado para cerrar el grifo. Evitar el uso de agua caliente, debido a que la exposición repetida al agua caliente puede aumentar el riesgo de dermatitis.

- C. Cuando se lavan las manos con agua y jabón, éste se puede utilizar en forma líquida o en polvo. No se recomienda usar jabón en barra, si en caso excepcional se utiliza, se debe tener en cuenta que la jabonera facilite el drenaje y se deben usar barras pequeñas.

- D. No se recomiendan las toallas de tela de uso múltiple o las de tipo de rollo.

ANEXO 6

3. Lavado y desinfección de manos quirúrgico

- A. Quitar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar el lavado.
- B. Retirar los restos de debajo de las uñas utilizando un cepillo de uñas y agua corriente.
- C. Cuando se va a realizar un procedimiento quirúrgico se recomienda la antisepsia de las manos con jabón antiséptico.
- D. Cuando se va a realizar un procedimiento quirúrgico se deben frotar las manos y antebrazos con jabón antiséptico durante el tiempo recomendado por el fabricante, generalmente entre 2 y 6 minutos. Mayor tiempo de frotamiento (p.e.: 10 minutos) no es necesario.
- E. Cuando se use una solución de base alcohólica de actividad persistente, se deben seguir las instrucciones del fabricante. Antes de aplicar la solución alcohólica, se deben lavar las manos y antebrazos con jabón y secarlos completamente. Tras la aplicación de la solución se debe esperar, antes de ponerse los guantes, a que las manos y antebrazos estén completamente secos
- F. Prestar atención especial a la desinfección de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales.

4. Selección de productos para la higiene de las manos

- A. Se deben suministrar al personal productos eficaces y que tengan escaso poder de irritación, sobre todo si son productos que se usan muchas veces por turno.
- B. Para aumentar la aceptación de los productos por parte de los profesionales sanitarios, se les debe consultar acerca del tacto, la fragancia y la tolerancia de la piel de los productos que se estén valorando.
- C. Cuando se seleccionen jabones, jabones antisépticos o soluciones alcohólicas, se debe solicitar información a los fabricantes acerca de las interacciones conocidas entre los productos utilizados para la desin-

fección de manos, los productos para el cuidado de la piel y el tipo de guantes utilizados en el establecimiento sanitario.

- D. Antes de tomar decisiones de compra, se deben valorar los sistemas de dispensación de varios fabricantes o distribuidores para asegurarse de que el dispensador funciona correctamente y que suministra el volumen adecuado de producto.
- E. No añadir jabón en un dispensador parcialmente vacío. Esta práctica del “relleno” puede provocar la contaminación bacteriana del jabón.

5. Cuidados de la piel

- A. Suministrar a los profesionales sanitarios lociones o cremas para disminuir la aparición de dermatitis irritativa de contacto asociada con el lavado o la antisepsia de las manos.
- B. Solicitar información de los fabricantes acerca de los efectos que las lociones, cremas o antisépticos de base alcohólica, pueden tener sobre la persistencia de la acción del jabón antiséptico utilizado en el establecimiento.

6. Otros aspectos de la higiene de las manos y recomendaciones para el uso correcto de guantes.

- A. No llevar uñas artificiales, ni largas, cuando se tiene contacto directo con pacientes de alto riesgo (p.e.: UCI o quirófanos).
- B. Mantener el borde natural de las uñas por debajo de 6 mm de longitud.
- C. Llevar guantes cuando se pueda contactar con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, membranas mucosas o piel no intacta.
- D. Quitarse los guantes tras atender a un paciente. No usar el mismo par de guantes para atender a más de un paciente y no lavar los guantes entre paciente y paciente.
- E. Cambiar los guantes durante el cuidado de un paciente si se va a pasar de tocar un sitio contaminado a tocar uno limpio.
- F. Prestar especial atención y cubrir las manos cuando se padezca alguna enfermedad exfoliativa, heridas o dermatitis en ellas.

7. Programas educativos y de motivación para los profesionales sanitarios

- A. Como parte de un programa para mejorar las prácticas de higiene de las manos de los profesionales sanitarios, educar al personal acerca de qué tipos de actividades pueden ocasionar una contaminación de las manos, así como las ventajas e inconvenientes de los distintos métodos usados para limpiar sus manos.
- B. Monitorizar la adhesión de los profesionales sanitarios a las recomendaciones y suministrar al personal información sobre los resultados.

8. Medidas administrativas

- A. Hacer de la adhesión a la mejora de la higiene de las manos una prioridad institucional y disponer el soporte administrativo y financiero necesario.
- B. Implementar un programa multidisciplinar diseñado para mejorar la adhesión de los profesionales sanitarios a las recomendaciones sobre prácticas de higiene de las manos.
- C. Como parte de un programa multidisciplinar diseñado para mejorar la adhesión de los profesionales sanitarios a las recomendaciones sobre prácticas de higiene de las manos, suministrar a los profesionales un producto de base alcohólica para el frotamiento de las manos que sea fácilmente accesible.
- D. Para mejorar la adhesión del personal que trabaja en áreas con una gran carga de trabajo y numerosos cuidados a los pacientes, poner una solución alcohólica para frotarse las manos a la entrada de la habitación o junto a la cama y en otros puntos que se consideren convenientes, así como en contenedores individuales de bolsillo para ser llevados consigo por los profesionales sanitarios.
- E. Almacenar la solución alcohólica en lugares que cumplan los requisitos exigidos para guardar materiales inflamables.

6.3 Recomendaciones para el uso correcto de guantes

Aunque en los párrafos anteriores se especifican algunas medidas para el uso correcto de guantes, dada su importancia, ampliamos brevemente los aspectos fundamentales. Estas medidas son tan importantes como la adecuada descontaminación de manos.

- Deben utilizarse guantes cuando pueda existir contacto con sangre, secreciones, fluidos corporales, piel no intacta o mucosas de un paciente.
- Debe evitarse el uso de guantes en situaciones no recomendadas, debido a que puede olvidarse cambiarlos entre pacientes. Específicamente, debe evitarse circular con guantes.
- Deben retirarse los guantes después del contacto con el paciente y desecharlos (no lavarlos entre pacientes).
- Cuando es necesario utilizarlos, los guantes deben cambiarse siempre entre pacientes, y entre áreas “contaminadas” y “no contaminadas” del mismo paciente.
- El uso de guantes no evita en ningún caso la necesidad de descontaminación de manos. Por tanto, aunque se hayan utilizado, debe realizarse descontaminación de manos entre pacientes al retirarse éstos.

6.4 Aspectos a considerar para la implantación de soluciones alcohólicas en nuestro entorno

- Las soluciones alcohólicas están disponibles en forma de dispensadores de dos tamaños: uno mayor para ser colocados en la pared y otro menor para uso individual. Ambas presentaciones tienen su utilidad dependiendo de las circunstancias.
- La implantación del uso de soluciones alcohólicas, en caso de tenerse que hacer de forma progresiva, debe realizarse de forma prioritaria en las siguientes unidades asistenciales:
 - Unidades de cuidados intensivos.
 - Unidades neonatales.
 - Unidades de quemados.
 - Unidades donde se atiende a pacientes severamente inmunodeprimidos (Hematología, unidades de pacientes transplantados).
 - Unidades con elevada presión asistencial y déficit de puntos de lavado de manos.

- Aquellas otras que por sus características sean consideradas prioritarias por los responsables del control de infecciones del centro.
- Para la elección de los lugares en los que colocar los dispensadores de solución alcohólica debe seguirse la recomendación.

6.5 Evaluación de actividades de mejora de la frecuencia . Lavado e higiene de manos

- A. Monitorizar y recoger periódicamente la adhesión como el número de episodios de higiene de las manos llevadas a cabo por el personal/ número de oportunidades de practicar la higiene de las manos por plantas o por Servicios.
- B. Monitorizar el volumen de solución alcohólica (o producto usado para el lavado de manos o la antisepsia de las manos) por 1.000 estancias.
- C. Monitorizar la adhesión a las normas que tienen que ver con las uñas artificiales.
- D. Valorar la suficiencia o no de la higiene de las manos de los profesionales sanitarios cuando tenga lugar un brote de infecciones.

Propuestas y opciones de evaluación

Esta Comisión quiere hacer énfasis en la importancia que tiene, a nivel de cada hospital, la evaluación periódica de todas las actividades dirigidas a la mejora continua de la higiene de las manos.

El último paso necesario en el diseño de una estrategia para incrementar la adhesión a estas recomendaciones es la elaboración de un sistema de indicadores que facilite la evaluación y control de las actividades propuestas.

La evaluación de la calidad consiste en la comparación entre situaciones definidas como deseables (estándares) y la realidad, analizando las discrepancias y aportando sugerencias para la mejora.

Las experiencias de evaluaciones de higiene de manos son escasas y realizadas de forma puntual, por lo que no existen indicadores establecidos y por tanto no disponemos de estándares de referencia.

Esta Comisión realiza una propuesta de diversos tipos de indicadores, siendo una propuesta abierta y mejorable, que debe entenderse como opciones entre las que se puede elegir, destinadas a aquellos hospitales que implanten

programas y actividades de mejora de la higiene de las manos. La elección de los indicadores que se utilicen para evaluar, la creación de nuevos indicadores según las distintas necesidades, la periodicidad de la evaluación y la elección de estándares de referencia serán cuestiones que se orienten a través de la Comisión de Infecciones de cada hospital:

a) Indicadores de estructura:

Miden la existencia de medios físicos necesarios para realizar una actividad. En este caso los indicadores que seleccionemos nos deben dar una idea de la infraestructura disponible para realizar una correcta higiene de manos (lavado y descontaminación de manos). Se proponen algunos indicadores para este fin:

- Número de lavabos disponibles por planta y paciente: número de lavabos para el personal en cada planta/ número de camas disponibles en dicha planta.
- Número de dispensadores de soluciones alcohólicas por planta y paciente: número de dispensadores de soluciones alcohólicas en cada planta/ número de camas disponibles en dicha planta.
- Número de dispensadores de jabones antisépticos por planta y paciente: número de dispensadores de jabones antisépticos en cada planta/número de camas disponibles en dicha planta.

También se pueden crear indicadores relacionados con la localización de lavabos, dispensadores de jabones antisépticos, dispensadores de soluciones alcohólicas por planta, e incluso con la distribución de dispensadores de soluciones alcohólicas individuales.

b) Indicadores de proceso:

Se utilizan para medir el funcionamiento de alguna actividad o aspecto interno del proceso. En nuestro caso debería hacer referencia a la adhesión a las normas definidas en esta guía tanto en relación la técnica empleada de descontaminación de manos como a la frecuencia de realización.

Se recomiendan la monitorización de manera periódica (puntual y repetida) de la adhesión y el número de episodios de higiene de manos llevados a cabo por el personal en relación con el número de oportunidades de realizar higiene de manos. También proponen monitorizar la adhesión a las normas que tiene que ver con las uñas artificiales. Algunos indicadores que podrían utilizarse son:

- Indicador de frecuencia de lavado de manos: número de episodios de lavado de manos en el periodo de estudio por persona o grupo de ellas/ número de oportunidades de higiene de mano que ha tenido esa persona o grupo en el periodo de estudio.
- Indicador de frecuencia de descontaminación de manos: número de episodios de descontaminación de manos en el periodo de estudio por persona o grupo/número de oportunidades de higiene de mano que ha tenido esa persona o grupo en el periodo de estudio.
- Indicador de eficacia del acto de descontaminación: número de cultivos positivos de impronta de manos tomadas tras el episodio de descontaminación de mano/ número de cultivos de impronta de manos realizados.

c) Indicadores de resultados

Miden la efectividad y/o eficiencia del proceso. Los resultados en la higiene de manos pueden ser principalmente de dos tipos:

- 1.- Clínicos: centrados en la transmisión cruzada y desarrollo de Infecciones Nosocomiales. En este sentido se pueden introducir los indicadores y estándares utilizados en el Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales.
2. Económicos: hacen referencia a la utilización de recursos sanitarios y el coste de esos servicios, o a la relación entre impacto económico y efectividad (estudios de coste-beneficio, coste efectividad, coste-utilidad). Se podría estudiar el volumen de solución alcohólica o de jabón antiséptico utilizado para la higiene de manos en relación a los logros o resultados conseguidos. Este seguimiento puede presentar riesgos de mal uso de recursos, a sabiendas de que está siendo evaluado con un sentido positivo mientras mayor sea el consumo, debiéndose evitar esta posibilidad.

Como ya se ha dicho, los CDC proponen un indicador de este tipo mediante la monitorización del volumen de solución alcohólica (o detergente utilizado para el lavado o para la antisepsia de manos) por 1.000 pacientes-día o 1.000 estancias. También se puede contabilizar el gasto económico que supone el consumo de dichos productos por 1.000 pacientes-día.

d) Indicador de suceso centinela:

Mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable. En el caso de la higiene de manos podemos considerar como suceso centinela la ocurrencia de brotes de infección nosocomial.

El indicador utilizado:

- Número de brotes de infección nosocomial (IN).

Se define brote de IN como el incremento significativo en la incidencia de una IN determinada, en relación a los valores habituales de incidencia, y que normalmente se caracteriza, además porque:

- Se trata de una infección adquirida en el hospital durante su estancia y que no estaba presente ni siquiera en periodo de incubación, en el momento del ingreso (definición de Infección Nosocomial)
- Presenta etiología común en todos los afectados aunque sean microorganismos habituales en la flora del hospital, o un caso de IN con etiología por microorganismo raro o no frecuente en la flora hospitalaria.
- O se trata de una IN de localización determinada (bacteriemias, de herida quirúrgica, respiratoria...).
- Se suele limitar a pacientes de una unidad, servicio o planta.

La ocurrencia de un brote de IN puede hacer deseable la introducción de evaluación exhaustiva de la adhesión a las recomendaciones dadas por esta guía, desde el momento de detección del brote hasta su finalización (cuando se produzca la normalización de las tasas de incidencia y/o no se produzca ningún caso más relacionado con el brote), siendo recomendable mantener la evaluación en el mes siguiente al cierre del brote. No menos importante que la evaluación es la adecuada retroalimentación a los profesionales implicados. Es fundamental para ello, diseñar estrategias adecuadas de análisis y difusión de los resultados, pudiéndose contar siempre con el asesoramiento de la Comisión de Infecciones de cada hospital.

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Autora:

YOLANDA GÓMEZ NARVÁEZ

Tema 7

CALIDAD DE LA ATENCIÓN: SEGURIDAD DEL PACIENTE

- 7.1. Introducción
- 7.2. Magnitud de los eventos adversos
 - 7.2.1. Dónde y por qué se producen eventos adversos
- 7.3. Insuficiencia de los esfuerzos actuales
- 7.4. Qué se debe hacer

Anexos

Bibliografía

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.

CALIDAD DE LA ATENCION: SEGURIDAD DEL PACIENTE

7.1 Introducción

Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia.

El problema de los eventos adversos en la atención sanitaria no es nuevo. Ya en los decenios de 1950 y 1960 algunos estudios¹ dieron cuenta de eventos adversos, pero casi no se prestó atención a este tema. A principios del decenio de 1990 empezó a disponerse de pruebas científicas en ese sentido, con la publicación de los resultados del Harvard Medical Practice Study en 1991. Investigaciones posteriores en Australia, los Estados Unidos de América y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, en particular la publicación en 1999 de *To err is human: building a safer health system* por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, aportaron más datos y colocaron el tema en la cabecera de los programas políticos y en el centro del debate público en todo el mundo. Hoy, otros países, como el Canadá, Dinamarca, los Países Bajos, Suecia y más países miembros de la OCDE estudian seriamente el problema. Nueva Zelanda ha hecho un estudio de viabilidad sobre la investigación de los eventos adversos en los hospitales públicos.

7.2 Magnitud de los eventos adversos

Varios estudios han investigado la magnitud de los eventos adversos. El estudio de Harvard concluyó que un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; el 70% de los eventos adversos provoca una incapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes son mortales.

El informe del Instituto de Medicina estimó que los «errores médicos» causan entre 44000 y 98 000 defunciones cada año en los hospitales de los Estados Unidos de América, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el SIDA. El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe de 2000, *An organization with a memory*, estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalaciones, o alrededor de 850 000 eventos adversos al año. El Quality in Australian Health Care Study (QAHCS) publicado en 1995 halló una tasa de eventos adversos del 16,6% entre los pacientes de los hospitales. El Grupo de Trabajo sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria de Hospitales para Europa en 2000 estimó que uno de cada diez pacientes de los hospitales europeos sufre daños que se pueden evitar y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos. Los eventos adversos se cobran además un alto tributo en concepto de pérdidas financieras.

En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, las estancias hospitalarias que provocan cuestan por sí solas cerca de □2000 millones al año, y el pago de indemnizaciones cuesta al Servicio Nacional de Salud en torno a los □400 millones al año, además de una posible responsabilidad estimada en □2400 millones correspondiente a reclamaciones presentadas o previstas, mientras que se estima que las infecciones hospitalarias, de las que un 15% son evitables, cuestan cerca de □1000 millones al año. El costo nacional total de los eventos médicos adversos evitables en los Estados Unidos de América, incluidos el lucro cesante, la discapacidad y los actos médicos, se estima entre US\$ 17 000 millones y US\$ 29 000 millones al año. A estos costes hay que añadir la erosión de la confianza, de la seguridad y de la satisfacción del público y de los proveedores de atención sanitaria. La situación en los países en desarrollo y en los países con economías en transición merece una atención particular. El mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión de desechos y en la lucha contra las infecciones, una actuación deficiente del personal, por falta de motivación o insuficiencia de sus conocimientos técnicos, y la grave escasez de recursos para financiar los costos de funcionamiento esenciales de los servicios de salud hacen que la probabilidad de que se produzcan eventos adversos sea mucho más alta que en las naciones industrializadas. Las cifras de la OMS indican que cerca del 77% de todos los casos notificados de falsificación de medicamentos o de calidad inferior a la norma corresponden a los países en desarrollo. También se informa de que, en la mayoría de esos países, en todo momento, al menos el 50% de todo el equipo médico está inutilizable o sólo se puede utilizar en parte, lo que hace que se descuide a los pacientes o que aumente el riesgo de causarles daño, a ellos y al personal sanitario. En los nuevos Estados independientes, cerca del 40% de las camas de hospital se encuentran en construcciones originalmente destinadas a otros fines. Ello dificulta enormemente la incorporación de instalaciones de protección contra las radiaciones y

de lucha contra las infecciones, de ahí que con frecuencia se carezca de esas instalaciones o éstas no se ajusten a las normas.

7.2.1 Dónde y por qué se producen eventos adversos

- La mayoría de las pruebas disponibles sobre los eventos adversos proceden de los hospitales, porque los riesgos asociados con la atención hospitalaria son altos y las estrategias de mejora están mejor documentadas, y por la enorme importancia que tiene la confianza del paciente. Pero muchos eventos adversos se producen en otros servicios de atención de salud, como las consultas de los médicos, las clínicas privadas, las farmacias y los hogares de los pacientes. En publicaciones recientes se destacan también los problemas relacionados con los pacientes ambulatorios, pero los datos sobre la magnitud del problema fuera del ámbito hospitalario son muy escasos.
- Cada etapa del proceso de atención sanitaria presenta cierto grado de inseguridad intrínseca: los efectos secundarios de los medicamentos o de las combinaciones de medicamentos, el riesgo asociado a un determinado instrumento médico, la presencia en el servicio de salud de productos no acordes a las normas o defectuosos, los fallos humanos o las deficiencias (latentes) del sistema. En consecuencia, los eventos adversos pueden deberse a problemas en las prácticas, los productos, los procedimientos o los sistemas. La inmunización, que se practica en individuos sanos, plantea un reto particular. Al disminuir la prevalencia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la preocupación por los posibles eventos adversos consecutivos a la inmunización puede afectar negativamente a los programas nacionales de inmunización y a la sanidad preventiva en general.
- La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño, de la organización y del funcionamiento del sistema en vez de a los proveedores o a los productos individuales. Los eventos adversos causados por medicamentos registrados en el Utah-Colorado Study en los Estados Unidos de América ofrecen un ejemplo espectacular, pues en un 75% pueden atribuirse a deficiencias del sistema. De manera similar, la mayoría de los eventos adversos no se deben a negligencias o a falta de formación sino que se producen más bien debido a causas latentes en los propios sistemas.
- Para quienes se ocupan de los sistemas, lo que determina y provoca los eventos adversos son los factores sistémicos «originarios», a saber,

la estrategia de una determinada organización, su cultura, su planteamiento de la gestión de la calidad y de la prevención de riesgos, y su capacidad de aprender de los errores. Así pues, las medidas correctivas que conllevan un cambio del sistema son más productivas que las que apuntan a prácticas o productos concretos.

- La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, incluidos la lucha contra las infecciones, el uso inocuo de medicamentos, la seguridad del equipo, las prácticas clínicas seguras y un entorno de cuidados sano. Abarca casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria y, por tanto, requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio, y para encontrar soluciones generales a largo plazo para el conjunto del sistema.
- Pensar en términos de sistema es el mejor modo de adoptar soluciones definitivas para reducir riesgos, que hagan hincapié correctamente en cada componente de la seguridad del paciente, por oposición a las soluciones elaboradas a partir de aspectos más limitados y más específicos del problema, que tienden a subestimar la importancia de las demás perspectivas.
- Para aumentar la seguridad del paciente hay que emprender tres acciones complementarias: prevenir los eventos adversos; sacarlos a la luz; y mitigar sus efectos cuando se producen. Ello requiere:
 - a) más capacidad para aprender de los errores, que se adquiere mejorando los sistemas de notificación, y realizando una investigación competente de los incidentes y un intercambio responsable de datos;
 - b) más capacidad para anticipar los errores y rastrear las debilidades del sistema que pueden dar lugar a un evento adverso;
 - c) la identificación de las fuentes de conocimiento existentes, dentro y fuera del sector de la salud;
 - d) la introducción de mejoras en el propio sistema de prestación de atención sanitaria, para que se reconfiguren las estructuras, se reajusten los incentivos y la calidad ocupe un lugar central en el sistema. En general, los programas nacionales se articulan en torno a esos principios.

7.2 Insuficiencia de los esfuerzos actuales

- A pesar del creciente interés por la seguridad del paciente, todavía es general la falta de sensibilización respecto del problema de los eventos adversos. La capacidad de notificar, analizar y aprender de la experiencia sigue gravemente mermada porque falta uniformidad en los métodos de identificación y medida, los planes de notificación de los eventos adversos son inadecuados, preocupa innecesariamente la violación del carácter confidencial de los datos, se teme la exigencia de responsabilidades profesionales, y los sistemas de información son precarios. Siguen siendo limitados la comprensión y el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos, de la frecuencia con que ocurren, de las causas, los determinantes y las repercusiones en la evolución de los pacientes y de los métodos efectivos para prevenirlos. Aunque hay ejemplos de iniciativas que han logrado reducir la incidencia de los eventos adversos, ninguna se ha amplificado hasta abarcar todo un sistema de salud.
- Las prácticas relativas a la gestión de la calidad en la atención de salud difieren entre países y entre culturas. Hace falta una normalización internacional de la terminología en cuanto a definiciones, métodos comunes de medida y sistemas compatibles de notificación de los eventos adversos.

Esto puede lograrse aprovechando la experiencia de la OMS en la metodología de las comparaciones entre los países.

- Las preguntas fundamentales a las que se debe dar respuesta a nivel internacional, de manera que se puedan establecer las prácticas idóneas para que los decisores dispongan de opciones al forjar sus estrategias, son las siguientes:
 - ¿Qué pueden hacer las políticas y las reglamentaciones que rigen el sistema de atención de salud para mejorar la seguridad de la atención?
 - ¿Cuál es la mejor manera de fomentar el liderazgo, emprender investigaciones y desarrollar instrumentos para mejorar los conocimientos acerca de la seguridad?
 - ¿Cuál es la mejor manera de identificar los eventos adversos, y aprender de ellos, sirviéndose de sistemas de notificación obligatorios y voluntarios?
 - ¿Cuáles son los mecanismos idóneos para que aumenten los niveles de seguridad y las expectativas de su mejora mediante intervenciones

de los órganos de vigilancia, las agrupaciones de compradores y las asociaciones profesionales?

- ¿Cuál es la mejor manera de ocuparnos de las cuestiones relacionadas con el costo de las medidas de seguridad y de las posibles variaciones de los niveles aceptables de riesgo, especialmente en los entornos escasos de recursos?
- ¿Cuáles son los mejores paradigmas de aplicación de prácticas seguras a nivel de prestación de atención sanitaria?

7.3 Qué se debe hacer

- La reducción eficaz de los desenlaces adversos para los pacientes exige un esfuerzo internacional concertado, con la OMS en un papel de liderazgo proactivo, particularmente en el marco de la especial atención que presta a la mejora del funcionamiento de los sistemas de salud. La experiencia de los países que despliegan grandes esfuerzos a nivel nacional demuestra claramente que, si bien los sistemas de atención de salud difieren de un país a otro, muchas amenazas a la seguridad del paciente tienen causas, y a menudo soluciones, similares. Existe mucho espacio para la colaboración en el diseño y la aplicación de sistemas para la seguridad de los pacientes.
- La OMS ha asumido el liderazgo en la resolución de algunos aspectos específicos del problema. Su Programa Internacional de Vigilancia Farmacéutica, desarrollado con su centro colaborador de Suecia, ha instituido un programa de acción coherente que comprende la vigilancia farmacológica, la armonización de las reglamentaciones en materia de medicamentos, la vigilancia de la seguridad de los medicamentos, el acercamiento entre la industria y las autoridades reguladoras y otras acciones importantes. Su Proyecto para la prioridad de la inocuidad de la inmunización tiene por objeto establecer un sistema general que asegure la inocuidad de todas las inmunizaciones. Además, se ha establecido el Comité Consultivo Mundial sobre Inocuidad de las Vacunas, para que aporte una evaluación científica independiente de los aspectos relacionados con la inocuidad de las vacunas. Se despliegan asimismo esfuerzos importantes en relación con la seguridad de las inyecciones, ámbito en que la OMS coordina la Red mundial en pro de la seguridad de las inyecciones. Se ampliarán las actividades en curso, y se llevarán a cabo acciones de promoción de la seguridad ambiental, la inocuidad de los productos sanguíneos, las prácticas de laboratorio inocuas y el uso inocuo de los instrumentos médicos y los procedimientos clínicos.

- También es necesario intervenir a otro nivel, desde una perspectiva más amplia del sistema, considerando la seguridad de los pacientes como un elemento importante para aumentar la calidad de la atención y mejorar el desempeño de los dispensadores de atención de salud. Otras actividades urgentes son:
 - formular definiciones comunes de la seguridad de los pacientes, de los eventos adversos y de los términos conexos;
 - destacar la seguridad de los pacientes como una cuestión primordial en el funcionamiento del desempeño de los sistemas de salud y de la gestión de la calidad;
 - investigar la manera en que los países y las organizaciones clasifican, miden, notifican y tratan de prevenir los eventos adversos, y establecer una base de pruebas científicas sobre esas prácticas;
 - redactar un marco para la ayuda que la OMS presta a los países en actividades tales como:
 - a) clasificar, medir, notificar y prevenir los eventos adversos, establecer una base de pruebas científicas exhaustiva sobre la epidemiología de los eventos adversos y un patrón común de medidas e identificar las prácticas idóneas; b) promover las expectativas de seguridad y desarrollar normas sobre el desempeño de los servicios de salud; c) identificar y aplicar estrategias y mecanismos para los sistemas de seguridad de las organizaciones de atención de salud;
 - d) desarrollar y aplicar marcos regulatorios de prevención, vigilancia y notificación de los eventos adversos
 - e) facilitar el intercambio de información y de datos;
 - establecer una red de instituciones colaboradoras como centros modelo en los Estados Miembros para apoyar la investigación y la aplicación de las conclusiones de las investigaciones;
 - promover las alianzas entre el sector público y el privado para preparar respuestas adecuadas al problema de los eventos adversos en la atención de salud.

ANEXOS

ANEXO 1

Examinemos una conversación y veamos algunas indicaciones para la relación.

A.30: De nada María. Hasta luego. (Su conversación estaba llena de contradicciones, en realidad no sabía lo que quería. En muchas ocasiones sus "Sí" no eran afirmaciones y sus "No" no eran negaciones. Ante la misma pregunta lo mismo te podía decir que sí que te podía decir que no.)

A primera vista, la conversación que transcribió el agente de salud, está impregnada de ternura y resulta entrañable. Sin embargo, si leemos las indicaciones siguientes a propósito de la comunicación con los enfermos de Alzheimer, nos daremos cuenta de la inoportunidad de este estilo relacional donde las preguntas son abiertas, en lugar de orientar a la realidad al paciente con información.

ANEXO 2.

Quiero traer aquí las palabras de un esposo que cuida a su mujer, enferma de Alzheimer y que escribe su experiencia y, escuchándola, puede que nos acerquemos a la realidad de la mano de los que directamente están afectados:

“Isabel... ya he conseguido darte de comer con esa jeringuilla... no sufras más. Tranquilízate, que ahora te sentaré y pasaremos la tarde juntos. Hace ya tres años que no puedes hablar, ni moverte. Últimamente te siento lejos... Por eso continúo hablándote, aunque nunca sepa hasta qué punto me entiendes...

Ahora ya no están todos los proyectos de futuro que compartimos, ese universo propio que nos mantenía

unidos. Estás conmigo, pero a veces me siento perdido: eras mi confidente, mi apoyo, el motor de mis

ilusiones. Sí... aquel día de enero -hace ya tres años y medio- en que me preguntaste quién era yo, ese universo nuestro estalló en mil añicos. Tú sabes que nunca he sido un hombre débil, pero lloré. Ese día comprendí que no podía dejar que te fueras poco a poco...

Todo empezó aquel mes de mayo de 1990 en que estabas tan rara, ¿te acuerdas? Se te olvidaban los

recados, te perdías en la calle, no traías las vueltas de la compra, cruzabas los semáforos en rojo... Estabas muy nerviosa, pero hacías esfuerzos por ocultarnos todos estos despistes que te humillaban. ¡Claro! A tus 55 años eras una de las secretarias mejor consideradas de aquella multinacional alemana. Una mujer inteligente, con carácter, siempre perfectamente arreglada desde las ocho de la mañana, con esos tacones que a mí me parecían altísimos para ir a trabajar. Nuestros hijos, Alvaro y Manuel, me decían que podrías tener alguna carencia vitamínica, o la menopausia, o algo así. Estábamos un poco preocupados, pero se acercaba el verano, y queríamos comprar aquella casita en la playa. ¡Tenías tanta ilusión! Por las noches, cuando nos metíamos en la cama, me decías que querías soñar que paseábamos los dos, cogidos de la mano, playa arriba, playa abajo... (...)

En septiembre todo se precipitó: había que renovar tu carnet de conducir y no querías ir. Te resistías como gato panza arriba. Al final, te llevamos casi arrastras, y cuando tocó firmar, con la mano temblorosa, no podías apenas cerrar un círculo. Me miraste asustada... Tú lo sabías. Por eso no querías ir a la comisaría. No querías que lo notáramos. (...)

Recuerdo -como si fuera ayer- que la segunda vez que te llevamos al scanner dijiste con voz triste: “¿Y para qué? Yo sé que cada día estoy peor. Me doy cuenta de que no me han dado tratamiento ni medicación.

Sé que sufrías y te humillaba que tus amigas te vieran en ese estado, en silla de ruedas. Llegó el momento en que no querías salir a la calle porque sentías vergüenza de que te vieran así. ¡Siempre has sido tan presumida!”

Fue aquella semana de noviembre cuando mis oídos registraban por primera vez la palabra alzheimer y el mundo se me venía encima. No quise decírtelo para no preocuparte, pero me hundí. El médico no me dio ninguna solución, ningún tratamiento, sólo me dijo una palabra: paciencia, hijo. (...) Era como si los médicos me dieran el pésame. (...)

Desde muy al principio tuve que dedicarme a las tareas del hogar. No podía hacer un huevo frito sin que se rompiera, ni sabía planchar y me daba vergüenza tender la ropa: lo hacía a las cuatro de la mañana para que no me vieran los vecinos... ¡Qué estúpido! Las vecinas me decían que tenía que tender las camisas por el bajo y yo hacía como si no fuera conmigo. Y todo eso además de bañarte, peinarte y vestirme. Aquello era mucho para mí e intenté contratar a una enfermera, pero era más de la mitad de mi sueldo y ni siquiera te trataban bien. Entonces comprendí que con nadie estarías mejor que conmigo y con tu hijo Alvaro, porque el mayor estaba destinado en Canarias. (...)

Isabel, perdona porque no consigo meter en cintura esta casa, que las labores del hogar me superan.

Pero los besos, los abrazos y las caricias que yo te doy no te los va a dar nadie. La única idea que me atormenta es que estés sufriendo. Tus gemidos de dolor, o de nerviosismo, me atormentan y se me clavan en el corazón.

Esta mañana me he dado cuenta de que llevo tres días sin salir de casa y de que nadie me ha visitado. Te sigo teniendo, pero esta enfermedad tan terrible que atrapó tu cerebro desintegrándolo ha hecho que perdiéramos muchos amigos, una gran parte de la familia, las diversiones, las ilusiones... A veces me cuesta. Sé que tienes la capacidad de recibir la ternura que Alvaro y yo te damos.

Quizás estés haciendo acopio de ese cariño, para cuando sufres más. (...)

Hay quien me dice que tengo que vivir mi vida, pero después de pensarlo mucho, siempre llego a la misma conclusión: mi vida está aquí contigo. Los dos, de la mano, todas las tardes. Los dos, juntos por las noches. Mi vida eres tú, estés como estés. Lo único que quiero hacer es estar aquí contigo y pasar las tardes juntos cogidos de la mano. (...)

Lo único que pido a Dios es que me deje morir después de ti. No quiero dejarte sola en este mundo sin ayuda, sin ternura. Nuestro hijo no aguantaría este peso solo. Así que hazme un sitio cuando llegues al cielo. ¡Tengo tantas cosas que contarte!”.

¡Ojalá cuantos estamos aquí presentes descubramos en la relación con los enfermos de Alzheimer las ramas verdes que salen bajo forma de sonrisa fruto de la lluvia fresca de abril y el sol de mayo traducidos en cuidados impregnados de ternura y competencia! ¡Ojalá nuestro corazón siga esperando el milagro permanente de la primavera que se produce también cuando el amor colorea cada una de las relaciones, especialmente con los más débiles!

ANEXO 3

COMO SABER SI SOY UN CUIDADOR SOBRECARGADO

(Anotar **Sí** o **No**) (Sí: **1 punto**. No: **0 puntos**.)

ÍNDICE DEL ESFUERZO DEL CUIDADOR	SÍ	NO
1 Tiene trastornos del sueño (por ejemplo, porque el enfermo se levanta o se acuesta por la noche).		
2 El cuidado de su paciente es poco práctico (porque la ayuda le consume mucho tiempo y tarda en proporcionarse).		
3 Esta situación le representa un esfuerzo físico (por ejemplo, por que hay que sentarlo y levantarlo de la silla).		
4 Le supone una restricción a su vida anterior (por ejemplo, por que ayudar le limita el tiempo libre y no puede hacer visitas) .		
5 Ha habido modificaciones en su familia (por ejemplo, la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad).		
6 Ha habido cambios en los planes personales (por ejemplo, tuvo que rechazar un trabajo o no pudo ir de vacaciones).		
7 Ha habido otras exigencias de tiempo (por parte de otros miembros de la familia).		
8 Ha habido cambios emocionales (por ejemplo, por discusiones).		
9 Algunos comportamientos del paciente le resultan molestos (por ejemplo, incontinencia, acusa de que le quitan cosas).		
10 Le duele darse cuenta de lo mucho que ha cambiado el enfermocomparado a cómo era antes.		
11 Ha habido modificaciones en su trabajo.		

12 El enfermo es una carga económica.

13 La situación se ha desbordado totalmente.

Puntos:

Fíjese metas realistas, usted existe y él le necesita para algo más que para hacer cosas. Comparta las obligaciones, delegue responsabilidades y emplee tiempo en estar y acompañar a su mayor.

- **RECUERDE**
- **Si su puntuación es superior a 7 ¡cuidado!, está poniendo en riesgo su SALUD.**
- **Aprender a cuidarse**

ANEXO 4

Carmen es una señora de 87 años, que padece la enfermedad de Paget, una patología de los huesos, degenerativa, que le produce unos dolores tremendos en la espalda. Lleva mucho tiempo sin poder moverse de la cama debido a esos dolores.

- E.1 ¡Hola, Carmen! ¿Cómo estás hoy?
- C.1 Mal. Muy mal. No soporto más los dolores. No puedo más.
- E.2 Carmen, te voy a sacar sangre para unos análisis.
- C.2 Por favor te lo pido: no me hagáis más perrerías. Estoy muy cansada. Dejarme morir en paz.
- E.3 Carmen, es por tu bien...
- C.3 No quiero más sufrimiento. ¿Te parece poco lo que llevo pasado?
- E.4 Los médicos creen que hay que hacértelos.
- C.4 No, por favor. No me hagas más. Tú precisamente, que me conoces... Sabes lo que he sufrido durante estos años. Déjame ya...
- E.5 (No podía casi hablar, el nudo que tenía en la garganta impedía expresarme. Le saqué sangre y salí de la habitación. Al rato volví para ponerle una sonda nasogástrica. Los médicos lo habían ordenado.)

Carmen, tengo que ponerte una sonda. Me cuesta hacerlo. Lo siento, pero la necesitas y tengo que hacerlo. (Mientras se la ponía, intenté contener mis sentimientos, pero mis ojos se humedecieron. Con mis palabras intentaba animarla diciendo que ella lo estaba haciendo muy bien y que a mí me estaba resultando muy fácil).

- C.5 Me estoy muriendo. ¿Por qué no me dejáis? Estoy preparada.
- E.6 No digas eso. Nadie sabe el tiempo que te queda.
- C.6 Sí lo sabéis. No me engañes. Sabes que no puedo aguantar días...
- E.7 Las dos sabemos cuántas situaciones difíciles has superado: un infarto, una pancreatitis aguda, neumonías...

- C.7 Sí, es verdad, pero antes tenía fuerzas. Ya no me quedan.
- E.8 (Se me empañaron de nuevo los ojos. Ella lo percibió.)
- C.8 (Cogiéndome la mano) La única satisfacción que tengo es teneros a vosotras...
- E.9 Tienes mucho dolor, ¿verdad?
- C.9 Sí, quitarme estos dolores y dejarme. Quiero morir ya.
- E.10 Voy a ponerte un calmante y ya verás cómo descansas.
- C.10 Yo quiero otro descanso. Es el único descanso que deseo.
- E.11 Ahora vengo... (Voy a por el calmante. A la vuelta me dice:)
- C.11 Ana, cuida mucho a tus hijos. Quiero que los veas crecer, que seáis muy felices y cuida mucho tu espalda, que no tengas que pasar este sufrimiento que estoy pasando yo.
- E.12 Lo haré, de verdad.

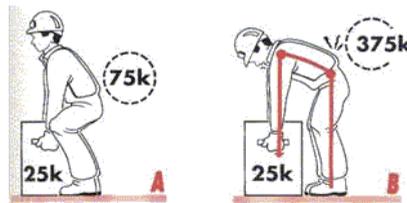
(Carmen murió esa misma tarde)

ANEXO 5

GUÍA DE MOVILIZACIÓN MANUAL DE PACIENTES GERIÁTRICOS

PRINCIPIOS BÁSICOS

Los principios básicos para la realización de una correcta MMP son:



– Mantener la espalda recta.

El mantenimiento de la espalda recta permite que las cargas que actúan sobre la espalda lo hagan de manera vertical, de manera que se permite que entren en juego los mecanismos amortiguadores del disco intervertebral.

Este principio es uno de los más importantes, ya que el mantenimiento escrupuloso del mismo como norma, evitará el deterioro del anillo fibroso y por ello reduce el riesgo de padecer hernia discal.

Además de reducir el riesgo de padecer una hernia discal y el deterioro del disco, mantener la espalda recta impide que se produzcan contracturas musculares, debido a que la musculatura paravertebral, tanto profunda como superficial, sólo actúa como estabilizadora, sin tener que hacer ningún esfuerzo excesivo para mantener las vértebras alineadas.

Si se inclina o rota la espalda, se pierde la verticalidad y los músculos se tienen que poner a trabajar en unas condiciones de sobrecarga para mantener la cohesión vertebral y que se mantenga la movilidad. Esto es un factor de riesgo para la musculatura muy grande.

– Flexionar las rodillas.

El mantener las rodillas flexionadas permite trabajar como principal motor del movimiento al Cuádriceps Femoral, el potente extensor de la rodilla, y a los músculos Glúteos, principalmente el mediano y mayor, como retroversores del muslo.

La flexión o extensión relativa de la cadera se realiza por el Psoas Iliaco y por el Recto Anterior, que flexiona el fémur sobre la cadera o produce la anteversión de la cadera cuando el fémur es el punto fijo.

Aunque en realidad participan muchísimos músculos más: Gemelos, Sóleo, Piramidal de la Pelvis, Géminos, Obturadores, Cuadrado Crural, etc.

Mantener las rodillas flexionadas hace que tengamos mayor base de sustentación y por ello mejor equilibrio, además de permitir que sea la musculatura fuerte de las piernas la que cargue del peso.

– Sujetar a la persona próxima al cuerpo.

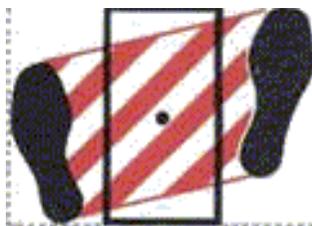
Con esta maniobra reducimos el momento de acción de la fuerza realizada para manejar la carga.

El momento de una fuerza es igual al producto de la fuerza aplicada por la distancia al punto donde se origina la fuerza. A mayor distancia, mayor momento y, por ende, mayor fuerza hay que aplicar para superar la resistencia.

Es por ello que manteniendo al paciente cerca reducimos la fuerza que hay que aplicar para movilizarle adecuadamente, reduciendo con ello la tensión producida en las estructuras que ejecutan la fuerza y en las que actúan de soporte.

CENTRO DE GRAVEDAD

El centro de gravedad en el ser humano en bipedestación se establece aproximadamente a nivel de la 3ª vértebra lumbar (L3) Este centro de gravedad es el que controla el equilibrio del cuerpo.



Cuando este centro de gravedad está comprendido en el polígono formado por el contorno de los pies, denominado polígono de sustentación, se considera que el cuerpo está en equilibrio. Si el centro de gravedad se “sale” de ese polígono. Si esta situación se corrige mediante un movimiento, no pasa nada, si no se puede corregir, la persona se caerá al suelo, lo que constituye un importante factor de riesgo sanitario para los pacientes y para el personal que al intentar ayudar, se pueden lesionar.

AGARRE

De nada sirve intentar una manipulación si falla lo más importante, la zona de contacto con el paciente.

Es importante conocer para cada técnica de movilización el mejor agarre posible y alguna variante por si fuera necesario.

ESTABILIDAD Y BASE DE APOYO

Estabilidad quiere decir seguridad y base de apoyo quiere decir poder. Con una postura estable moveremos sin problemas al residente, y con una buena base de apoyo seremos capaces de evitar lesiones porque aprovecharemos el impulso mecánico producido en la movilización del residente.

La postura estable no implica que sea estática, yo puedo estar moviéndome ayudando a un residente y estar en una postura estable que me permita controlar un posible desequilibrio gracias al mantenimiento de una correcta base de apoyo.

Más adelante se tratarán ambos conceptos con ejemplos prácticos.

LÓGICA Y PLANIFICACIÓN

Toda MMP debe ser planificada correctamente, de manera que uno sepa la técnica más adecuada a aplicar en cada momento.

La lógica debe indicarnos el momento en que es mejor utilizar una ayuda mecánica o bien solicitar ayuda de los compañeros.

Las técnicas de MMP se basan en el estudio lógico de las reacciones del cuerpo humano al realizar una movilización, de manera que permiten entender qué se está produciendo y qué se pretende producir, por lo que son de gran ayuda, tanto para la persona que las recibe como para la que las aplica.

PUNTOS CLAVE DEL CUERPO HUMANO PARA REALIZAR UNA MANIPULACIÓN

El concepto de puntos clave deriva de las técnicas terapéuticas utilizadas en clínica para la rehabilitación de trastornos del sistema nervioso central, especialmente del método Bobath, aunque hay algunos principios comentados en estas técnicas que derivan de los métodos siguientes:

- Método Kabat: Facilitación Neuromuscular Propioceptiva.

- Método Brunnstom: Terapia por el movimiento.
- Método Vöjta: Terapia de la Locomoción Refleja.

Los puntos clave permiten realizar la manipulación de una persona con problemas de movilidad con relativo poco esfuerzo, permiten controlar grandes segmentos corporales y facilitan patrones de movimiento normales en la persona.

En todo momento se ha tratado de aunar los criterios básicos que comparten estos métodos para integrarlos en una serie de movilizaciones sencillas, prácticas y eficaces con las que poder realizar una asistencia de calidad, tanto para el paciente, como para el personal sanitario que las aplica.

Los puntos claves del cuerpo humano implicados en las siguientes técnicas de movilización se referencian desde dos planos de referencia: plano frontal y plano sagital. Aunque se hable de dos planos de referencia para situar los puntos clave, lo cierto es que los puntos clave están contenidos en las tres dimensiones del espacio, por lo que se consideran en cualquier posición del espacio al hablar de un estudio dinámico.

Hay que considerar que el polígono de sustentación compone una figura tridimensional, de manera que los puntos clave deben estar contenidos en el mismo.

Puntos clave en el plano frontal

Los puntos clave del plano frontal son:

- Cabeza
- Cintura Escapular - Hombros.
- Codos.
- Muñecas.
- Cintura Pélvica - Caderas.
- Rodillas.
- Tobillos.

Los puntos clave en el plano frontal nos ofrecen la posibilidad de estudiar las acciones y movimientos, tanto activos como pasivos, desarrollados con referencia a la línea media.

Permiten estudiar la manera en que la persona manipula objetos, si es capaz de cruzar la línea media.

En el plano frontal se distinguen dos cadenas musculares, en las que las cadenas de la mitad superior del cuerpo se continúan en la mitad inferior en el lado contrario, estableciéndose así una especie de “X” que permite que fuerzas de un hemicuerpo se compensen en el lado contrario y en la altura contraria. P.Ej.: paso de la marcha normal: se adelanta el pie derecho y se equilibra con el brazo derecho que se retrasa.

EL cruce de las cadenas musculares se produce a nivel de L3-L4 y Pubis.

Los puntos clave del plano frontal pueden manipularse de dos maneras:

- Dentro del mismo hemicuerpo

Se manipulan generalmente puntos clave de una mitad corporal hacia la otra, es decir, puntos clave de miembros inferiores hacia los superiores y vice-versa.

Son movilizaciones que proporcionan menos asistencia, por lo que deben ser aplicadas en personas con un control motor suficiente.

- Hacia el hemicuerpo contrario

Se manipulan los puntos clave de un lado hacia puntos clave del otro lado del cuerpo, generalmente a una altura diferente. P.ej.: se tira de la muñeca izquierda hacia el tobillo izquierdo para facilitar el volteo de supino a prono en un paciente con lesión medular.



Puntos clave en el Plano Sagital

Los puntos clave sagitales permiten estudiar si la postura es flexora o extensora, al considerarse respecto de la línea de gravedad del cuerpo humano, que cruza las siguientes estructuras:

- Por delante de los Cóndilos Occipitales.
- Por delante de la columna cervical.
- Por delante de la columna dorsal.
- Atraviesa L2.
- Pasa por detrás de L4-L5
- Pasa por delante del Sacro.
- Pasa por detrás de las cavidades cotiloideas del iliaco.
- Alineado con el gran eje femoral.
- Alineado con los maléolos.

En el plano sagital se puede hablar de dos cadenas musculares: anterior y posterior.

Los puntos clave considerados en el plano sagital son:

- Punto clave escapular. En la línea media de los planos formados por la proyección de las manos sobre la escápula y la clavícula.

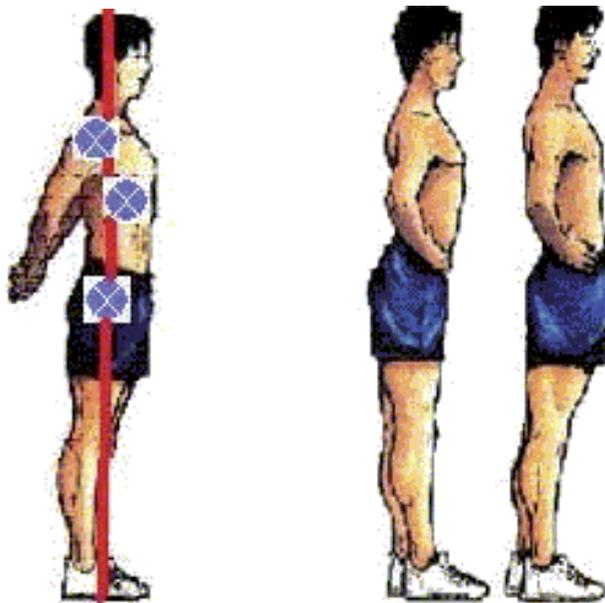
Este punto acompaña al movimiento del punto clave central.

- Punto clave central. En la línea media de la proyección del Apéndice Xifoides y L4-L5.

Es el iniciador de los movimientos del tronco, el verdadero motor de las sinergias del tronco

- Punto clave pélvico. En la línea media de la proyección de Ala Iliaca y Sacro.

Estos puntos se referencian siempre al eje de gravedad, estableciéndose así el tipo de postura de la persona: normal, flexora, extensora. Con el tipo de postura de la persona, se puede prever el tipo de desequilibrio que puede producirse, si es flexora, puede caer hacia delante y si es extensora, hacia atrás.



TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN MANUAL DE PERSONAS

ASISTENCIA DE SUPINO A SENTADO CON MOVILIZACIÓN A TRAVÉS DEL HOMBRO

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

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

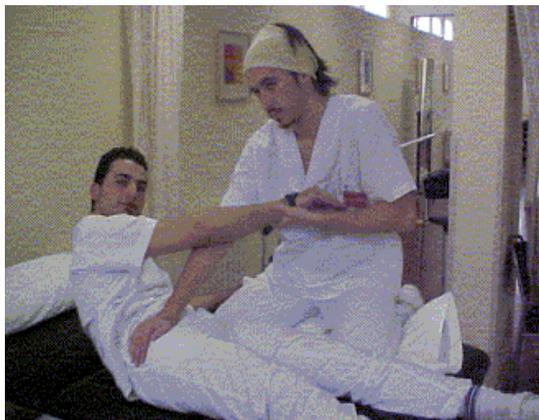
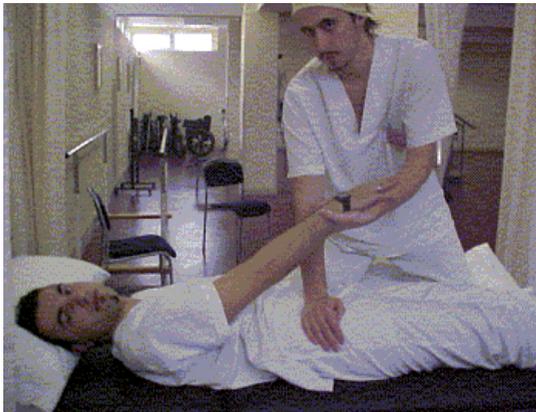


ASISTENCIA DESDE SUPINO A SENTADO DISOCIANDO HOMBROS Y CADERA

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

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

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





DESPLAZAMIENTO LATERAL EN LA CAMA POR SEGMENTOS

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

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



VOLTEO DESDE DECÚBITO SUPINO A DECUBITO PRONO A TRAVÉS DE RODILLA O TOBILLO

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

Hay dos posibilidades,

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

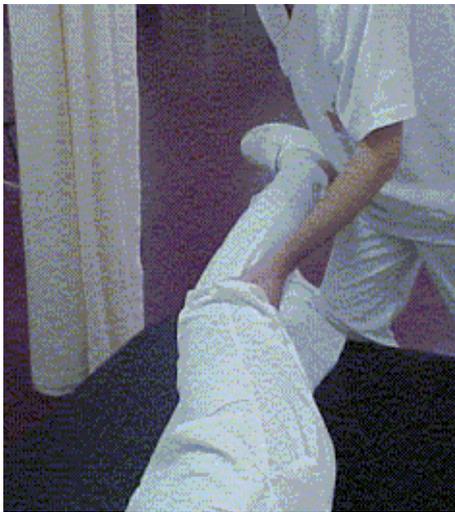
Sea cual sea el método, el asistente acompaña el giro con el movimiento del cuerpo.

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

Es importante señalar que requiere de la colaboración del paciente para dejarse llevar, ya que ésta es una técnica de facilitación, no de movilización en el sentido estricto del término. Por ello, el paciente al menos debe dejarse hacer.

Al finalizar la facilitación se cuenta con un buen control del cuerpo.

Es importante instruir al personal auxiliar acerca de las posibles aplicaciones de esta técnica, debido a que sólo debería realizarse en personas que tengan una buena integridad articular en las articulaciones del miembro inferior para evitar problemas de esguinces, luxaciones, etc. Es recomendable que el equipo interdisciplinar, y especialmente el médico, determinen en qué pacientes puede aplicarse esta técnica.



VOLTEO DESDE DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO PRONO CON MANO DEBAJO DE LA RODILLA

El asistente pasa una mano entre la pierna más cercana del paciente y coge la rodilla más alejada por encima. La otra mano cruza el brazo próximo del paciente y lo sujeta por el tercio proximal del Húmero. Se empuja con la mano el brazo del paciente y se levanta el codo del brazo que sujeta la rodilla. Se controla al paciente en decúbito lateral o en decúbito prono.

Es una manipulación que permite controlar el cuerpo del paciente tras la misma de manera segura por medio del agarre del Húmero o sujetando la cadera tras finalizar la técnica.

No es precisa la colaboración del paciente, entendida como que se puede realizar en una persona impedida para todo movimiento.

Es la manipulación ideal para cambiar la ropa de cama en una persona encamada.

Se puede efectuar la movilización de manera inversa, realizando el mismo movimiento pero a la inversa: ahora es la mano la que tracciona del Húmero, que debe permanecer perpendicular al tronco en flexión de 90° para permitir que la fuerza se aplique directamente en la cavidad glenoidea de la escápula y de ahí al tronco, produciéndose la rotación.





TRANSFERENCIA SILLA A SILLA LATERAL CON AGARRE POSTERIOR

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

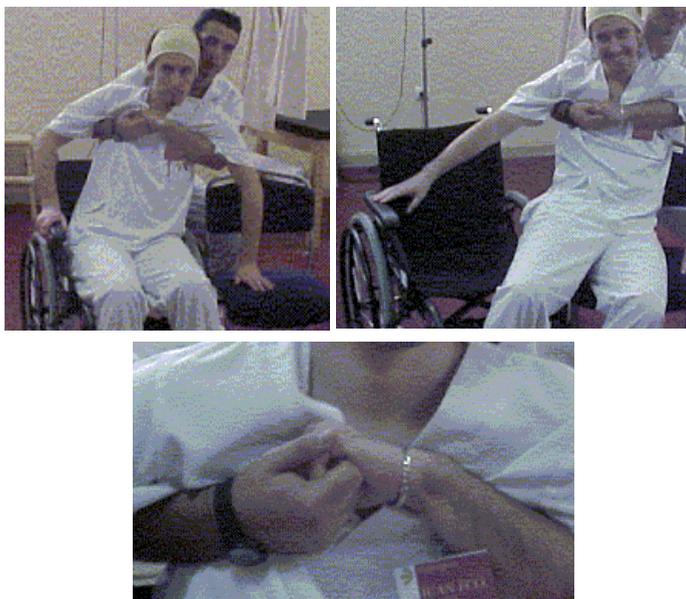
Permite un buen equilibrio y descanso porque el brazo de palanca es muy corto al estar el paciente en estrecho contacto con el asistente, lo que hace que el momento de fuerza, y por lo tanto la fuerza, sean menores.

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

Es una mala manipulación si no se realiza correctamente.

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

Para lograr esta carga, se debe sacar la cadera y flexionar las piernas, de manera que sea la parte alta del muslo la que soporte la carga. En caso de cansancio del asistente, con flexionar la cadera y la rodilla se hace una especie de "silla" con la pierna que permite descansar el peso sin riesgo, o incluso depositar al paciente en el suelo sin riesgo si fuera necesario (desmayo, tropiezo, etc)



TRANSFERENCIA SILLA A SILLA CON DOBLE AGARRE FRONTAL

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

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

Se realiza el movimiento en diagonal hacia atrás y con la espalda recta.





ANEXO 6

Técnica para lavado con AGUA Y JABÓN



Mójate las manos con agua



Deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de la mano



Frótate las palmas de las manos entre sí



Frótate la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa

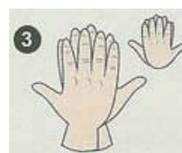
Técnica para lavado con PREPARACIÓN ALCOHÓLICA



Deposita en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar



Frótate las palmas de las manos entre sí



Frótate la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa



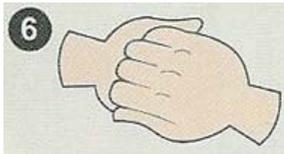
Frótate las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados



Frótate las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados



Frótate el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándote los dedos



Frótate el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándote los dedos



Frótate con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa



Frótate con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa



Frótate la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa



Frótate la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa



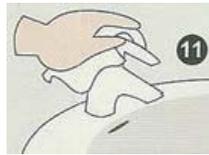
...una vez secas, tus manos son seguras



Enjuágate las manos con agua



Sécatelas con una toalla de un solo uso



Usa la toalla para cerrar el grifo



...y tus manos son seguras

RECUERDA...

**LOS GUANTES
NUNCA
SUSTITUYEN
A LAS MEDIDAS
DE HIGIENE
DE LAS MANOS**

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Activemos la mente. Fundación La Caixa. Barcelona 2010. Disponible en: http://multimedia.lacaixa.es/lacaixa/ondemand/obrasocial/pdf/actualamente/Vive_el_envejecimiento.pdf

Azkoaga Etxebarria A. Cuidar al que cuida. Manual de apoyo a cuidadores de pacientes. Disponible en: <http://andarrat.free.fr/>

Bermejo JC. Cuidar a las personas mayores dependientes. Sal Terrae. Santander 2002.

Bermejo JC. El Alzheimer. Comunicación en Jornadas sobre la ancianidad. Palencia 1999

Calidad en la atención: La seguridad del paciente. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>

Consultado el 8/3/11

Consejos para cuidadores: Vagabundeo. Disponible en:

<http://es-la.facebook.com/topic.php?uid=121059957932801&topic=102> Fecha de consulta: 22/1/ 2011

Crespo Santiago D. Demencias en Geriátría. SEGG. Madrid 2008. Disponible en: http://www.segg.es/sites/default/files/documento/Tripa_Demencias_%20en_%20geriatria.pdf

Cuidados del cuidador del paciente con Demencia. Disponible en : <http://www.fisterra.com/guias2/cuidador.asp> Fecha de consulta: 3/2/2011

De la Cuesta C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Invest Educ Enferm. 2007; (25)1: 106-112

Díaz M. En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. Fundación AlzheimerUr. AFAB Bizcaia 1995.

Domingo Ruiz de Mier MJ. La comunicación con el enfermo de Alzheimer. CEAFA. Edita Obra Social de Caja Madrid. Madrid 2004

El proceso de envejecer: Cambios físicos, cambios psíquicos, cambios sociales. Disponible en:<http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/libros/pdflibro/Cap2.pdf>

Esquema protocolo lavado de manos. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_lavado_manos.htm. Consultado el 2/3/2011

Guía de atención al cuidador. Fundació Hospital St.Jaume i Sta. Magdalena. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/vida-sana/salud-y-deporte/el-ejercicio-fisico->

Guía de movilización manual del paciente geriátrico. Disponible en <http://www.elergonomista.com/aitor10.htm>. Consultado el 8/3/2011

Guía para Familiares de Enfermos de Alzheimer: “Querer cuidar, saber hacerlo”

Disponible en: <http://www.madrid.es/unidadesdescentralizadas/servalaciudadania/ssociales/publicaciones/guiafamiliaresalzheimer/guiaalzheimer.pdf>
Fecha de consulta: 25/1/2011.

Guilló Martín P. Comprender el Alzheimer. Generalitat Valenciana. 2002. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/guillo-alzheimer-01.pdf>

Intervención en la atención sociosanitaria en instituciones. Disponible en: <http://www.google.es/search?hl=es&source=hp&q=tecnicas+movilizaciones+pacientes+dependientes+pdf&meta=&aq=f&aqi=&aql=&oq=>. Fecha de consulta: 23/2/2011

Izquierdo Carrasco JM, Boatella Cumpián L. Guía para realizar talleres con personas cuidadoras. ASANEC (Asociación Andaluza De Enfermería Comunitaria); Distrito Sanitario “Valle del Guadalhorce”. FAECAP (Federation de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud .2010

Junqué C, Barroso J. Neuropsicología. Editorial Síntesis S.A. Disponible en: <http://www.psiiothema.com/pdf/969.pdf>

La Enfermedad de Alzheimer y Trastornos relacionados .Guía para cuidadores. Washington State Department of Social and Health Services.

Mantener la autonomía de los enfermos de Alzheimer. Guía de consejos prácticos para vivir el día a día. Fundación La Caixa. Barcelona. 1999. Disponible en: http://segundafamilia.es/app/download/3653825302/Autonomia_enf_alzheimer.pdf

Manual del cuidador. Aging and Adult Service Administration. Washington State Department of Social and Health Services.

Matías-Guiu Guía J. Convivir con el Alzheimer. Edit Médica Panamericana. Madrid 2004.

Mejora de la adhesión al lavado de manos- Seguridad del paciente. Disponible en: http://www.observatorioseguridaddelpaciente.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/Recomendaciones_sobre_higiene_de_manos_xServicio_Andaluz_de_Saludx.pdf

Selmes MA, Selmes J. Vivir con la enfermedad de Alzheimer (U otra demencia). Meditor. Madrid 2003

Técnicas de movilizaciones de pacientes, Disponible en: <http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm#marc01> Fecha de consulta: 23/2/2011

Un cuidador. Dos vidas. Programa de atención a la dependencia. Apoyo al cuidador familiar. Fundación La Caixa 2008.

Vera Vera J. ABC de los problemas de pérdida de memoria, demencia y enfermedad de Alzheimer. Edit. Sánchez Dube S.L. Sevilla 2000

UNIDAD DIDÁCTICA 3

AUTORA:

CRISTINA SANTA CRUZ BELLET

3.1.a INTRODUCCION

El eje central de la educación y del soporte: paciente y familia

El cuidador/a y el equipo multidisciplinar

Experiencias

Evidencia científica en cuidadoras

Criterios de inclusión

3.1.b IMPORTANCIA DE LA REALIZACION DE TALLERES PARA CUIDADORES

Cuidadores de personas con Alzheimer y otras demencias.

Evaluación del taller

3.1.c MANEJO DE LA ANSIEDAD

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno por ansiedad generalizada.

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de ansiedad generalizada

Técnicas para bajar el nivel general de ansiedad

3.1.d MANEJO DEL ESTRÉS

Causas del estrés

Fases del estrés

Signos de advertencia

3.1.e IMPORTANCIA DE LA RELAJACION

Conceptos previos a la relajación

Objetivos de la relajación

Ejemplos

3.1.f TECNICAS DE RELAJACION

Contenidos

Diferentes modelos propuestos

3.1.g TRABAJAR LA AUTOESTIMA

Origen

Niveles

Autoestima elevada

Autoestima baja

Consejos para mejorar una baja autoestima

Consideraciones

3.1.h TRABAJAR LA ASERTIVIDAD

Dos sub fases

Fase de preparación personal

Preparación del diálogo

3.1.i TRABAJAR EN DETENCION DEL PENSAMIENTO

Pasos a seguir

Técnica de detención del pensamiento

Fundamentos de la Técnica de Detención del Pensamiento

Forma de proceder.

3.1.j TRABAJAR RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Pasos a seguir

Análisis y resolución de conflictos desde una dimensión psicosocial

Qué es el conflicto

Teorías y elementos estructurales del conflicto

Ciclo del conflicto

Propuesta para solución de conflictos

3.1.l REPARTO DE LA CARGA: RECURSOS Y GENERO EN LOS CUIDADOS

Recursos sociosanitarios

Género en los cuidados

ANEXOS

Bibliografía

3.1.a INTRODUCCION

Los cuidados generados por el incremento del índice de envejecimiento poblacional, la modificación de los patrones epidemiológicos, como la cronicidad de procesos, el incremento de la discapacidad, más los cuidados de procesos leves y agudos, son prestados en la mayoría de ellos por los familiares y allegados, a pesar de los cambios que se han producido en la unidad familiar tales como familias pequeñas, (familia nuclear), mayor presencia de mujeres en el mundo laboral, creciente tasa de separaciones/divorcios, madres solteras y movilidad familiar.

Todos estos cuidados conforman el 88% del tiempo total dedicado a la salud en el ámbito doméstico (o sistema informal de cuidados) pasando a formar parte de la normalidad de la vida cotidiana, cubriendo el sistema sanitario el 12% del tiempo restante de los cuidados requeridos por la población, siendo para algunos autores este cuidado prestado por el Sistema Sanitario, tanto público como privado, la punta del iceberg en el que el SIC constituiría un verdadero sistema invisible de atención a la salud.

El soporte en el que descansa el bienestar colectivo es el tiempo que cada una de las personas dedica al cuidado propio y ajeno y del cual depende el éxito de los planes y programas de salud promovidos por el sistema sanitario.

Son los miembros de la familia los que ayudan a la persona dependiente, pero por lo general, es el cónyuge o el familiar femenino más cercano, el que se convierte en el cuidador principal.

Twigg en 1993 planteó tres concepciones sobre el rol de las cuidadoras, las cuales nos pueden servir de guía para establecer la relación enfermera/o-cuidadora:

- La cuidadora como recurso o cuidador: es el proveedor de la ayuda.
- La cuidadora como co-trabajadora: ya que presta los cuidados que necesita la persona enferma.
- La cuidadora como co-usuaria: persona que requiere apoyo y ayuda para que pueda desempeñar los roles anteriores sin que repercuta en su calidad de vida o modular, desde los cuidados prestados por enfermería y el resto del equipo, las consecuencias que los mismos pueden generar ya que no podemos olvidar las repercusiones que tiene en su calidad de vida y en la de la persona que cuida.

El eje central de la educación y del soporte: paciente y familia

La familia se constituye en el soporte fundamental del sujeto, tanto en el cuidado físico como en el apoyo emocional y espiritual. Es al mismo tiempo, receptora del sufrimiento del enfermo y por ende de su propio sufrimiento.

La familia de una persona con discapacidad/dependiente se encuentra en un alto porcentaje, afectada por el sufrimiento de su ser querido, la sobrecarga física de su cuidado, la sobrecarga afectiva en la toma de decisiones difíciles, la incertidumbre sobre el futuro de su familiar y los miedos culturales y propios hacia la muerte. La aparición de la enfermedad en uno de los miembros es una situación aversiva que produce un desequilibrio en el sistema que constituye la familia.

Esta nueva situación, supone una fuente de estrés y exige a todos sus miembros grandes esfuerzos para adaptarse y realizar los reajustes necesarios en busca de un nuevo equilibrio.

Por lo descrito hasta ahora, apreciamos cómo los cuidadores familiares ocupan un lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados.

Parece claro por tanto, la importancia capital de la figura del cuidador principal como figura que asume el papel preponderante no sólo en la continuación de la atención médica y de cuidados, sino también como figura intermedia en la relación social entre el equipo médico y el paciente y entre este y su entorno (resto de la familia y el entorno social).

De hecho, sin cuidador principal, la atención domiciliaria de estos pacientes sería bastante precaria, e incluso su presencia o no es factor determinante para incluir o excluir, respectivamente a un determinado paciente en este tipo de programa.

Sin embargo, paradójicamente las publicaciones centradas en esta figura no son muy numerosas, aunque han ido aumentando en los últimos años y así se describe en la literatura el síndrome del cuidador principal, relacionado directamente con el término de sobrecarga tanto a nivel físico como emocional. Se insiste por ello en la necesidad de cuidar al cuidador para que este pueda soportar el sobreesfuerzo que tiene realizar durante un tiempo prolongado en el cuidado diario y constante del enfermo terminal, ya que existe el riesgo de que este cuidador se convierta en un enfermo secundario.

Los pocos estudios que existen determinan el perfil del paciente, del cuidador principal, y del tiempo medio de cuidados.

El perfil del cuidador principal es el de una mujer, casada, con una edad media de 56,67 años. El parentesco con el paciente más frecuente es de cónyuge (59,18%) e hijo/a (24,49%). Las patologías osteoarticulares fueron las más prevalentes entre los cuidadores en los tres últimos meses seguidas de insomnio, dolores de cabeza, jaquecas o migrañas y dolencias de estómago y el tiempo medio que llevaban prestando atenciones o cuidados al enfermo era de 10,75 meses y no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

Por otra parte, las relaciones entre estos estados emocionales, ansiedad y depresión, el deterioro funcional del enfermo y el tiempo que el cuidador lleva prestando cuidados son altamente significativos.

El cuidador/a y el equipo multidisciplinar

El cuidador/a principal se ve afectado/a a nivel personal (sometidos a una gran presión psíquica y física, abandono de sí mismo), a nivel emocional (emociones de difícil manejo que pudieran desembocar en patología), a nivel social (pérdida o dificultades en el trabajo, pérdida de red de apoyo social, aislamiento social) y a nivel familiar (cambio de roles, deterioro de la relación conyugal o con otros miembros de la familia).

Las principales alteraciones que pueden presentar los miembros de un sistema familiar, especialmente el cuidador principal son: agotamiento físico y mental, labilidad emocional, depresión, trastornos de ansiedad, miedos, problemas de conductas de consumo abusivas, trastornos del sueño, alteraciones del apetito y del peso, síntomas hipocondríacos, reacciones fóbicas, conducta dependiente, problemas laborales, y en niños regresión conductual y problemas de aprendizaje, concentración, escolaridad y conducta.

Las emociones más frecuentes son la tristeza y el miedo. Miedo a no saber cuidar al enfermo, a hacerle daño, a la muerte. La rabia, el enfado y el nerviosismo, el sentimiento de inutilidad y culpa, etc. También son manifestadas con frecuencia por los familiares.

Cuando no son atendidos los factores de sobrecarga de los cuidadores, pueden dar lugar a necesidades de tiempo, de toma de decisiones, de organización (nuevos roles, redistribución de funciones, adaptarse a los frecuentes cambios), de información, de comunicación con el enfermo, intrafamiliar y con el equipo asistencial, de control de la situación (temores, miedos, futuro), de relevo en los cuidados, de aprendizaje de cuidados y de administración de fármacos, de asumir las pérdidas, de relaciones y de apoyo social, etc.

El desarrollo de estrategias específicas de apoyo a los cuidadores puede aliviar los desafíos a los que se enfrentan diariamente los familiares de los pacientes atendidos en sus domicilios.

Existen múltiples experiencias de apoyo a familiares. De gran efectividad por tratarse de una atención más amplia es la creación de grupos de intervención con familiares.

En un estudio sobre las necesidades de las familias se demostró que un grupo con una frecuencia semanal durante 6 semanas y una duración de 90 minutos, ayudó a reducir la vulnerabilidad.

Entre los factores beneficiosos recibidos del grupo, destacaban: la identificación con otros cuidadores, la reducción de sentimientos de aislamiento y soledad, la validación y legitimación de sentimientos, el preguntar a los profesionales y recibir información, el compartir consejos prácticos, el apoyo y soporte recíproco entre los cuidadores, el valor terapéutico del hablar y ser escuchado y el descanso en el cuidado del enfermo durante el tiempo del grupo.

El proporcionar a la familia un adecuado servicio de soporte es un principio fundamental de los cuidados y una responsabilidad de todos los profesionales del equipo, detectando necesidades y tratando de paliarlas.

Entre los factores que reducen la vulnerabilidad de los cuidadores encontraríamos la capacidad para dar continuidad a las actividades previas, mantenimiento de la esperanza, buen control sintomático del paciente, la satisfacción en el rol del cuidador, un buen apoyo emocional y práctico y la comunicación e información fluida y continuada con los profesionales sanitarios.

La alta incidencia de estos factores de sobrecarga sobre los cuidadores puede llevar a las familias a comprometer los cuidados prácticos del enfermo y la claudicación, lo que se transformará en una mayor demanda a los servicios sanitarios y una peor atención de calidad hacia los pacientes.

Existen diversos tipos de actuaciones, desde los diferentes recursos encaminados a este fin, desde Programas para cuidadoras de grandes discapacitados, talleres para cuidadoras, etc.

Su objetivo general es el de ofrecer un servicio de soporte a la familia que contribuya a reducir la vulnerabilidad del cuidador, poniendo especial énfasis en los recursos personales de autocuidados, para sí aumentar la salud y el equilibrio emocional de los cuidadores y facilitar unos cuidados de calidad a los enfermos.

El cuidar, como el ser, parafraseando a Aristóteles, se dice de muchas maneras, pero el cuidar excelente, que es el que aquí nos ocupa, requiere un profundo conocimiento del destinatario de los cuidados, es decir, el ser humano. El cuidar debe ser individualizado y personalizado.

Los grupos psicoeducativos son un tipo de intervención que se ajusta a las necesidades de las familias de personas dependientes y/o enfermos oncológicos en situación avanzada. Desde estos se considera a la familia como un agente terapéutico activo, se reconoce explícitamente los recursos personales a la hora de afrontar las dificultades, la metodología es instruccional y se usan técnicas y métodos educativos destinados a incrementar las habilidades de la persona para afrontar los problemas emocionales derivados de la enfermedad. Este tipo de grupo es válido para ser aplicado desde una intervención tanto preventiva o rehabilitadora como interventiva o de tratamiento.

El uso de técnicas de enseñanza permite dar información, recursos que aumenten las habilidades, proporciona experiencias afectivas significativas para el cambio de actitudes y el afrontamiento y ofrece un soporte socioafectivo. Todo esto contribuye a reducir los factores de sobrecarga, potenciando los recursos de afrontamiento.

De esta manera pretendemos mediante el trabajo interdisciplinar de equipo y coordinados con el resto de los recursos implicados en la atención a la persona dependiente y su familia, contribuir al objetivo último de los cuidados: ofrecer una atención de calidad al enfermo y su familia, procurando el mayor bienestar y confort al paciente hasta el final de la vida.

Experiencias

Los cuidadores de las personas dependientes y/o en fase terminal reclaman:

- 1) Necesidad de un equipo de referencia único que centralice y coordine todas las actuaciones y seguimiento del enfermo y familia.
- 2) Un mayor seguimiento y continuidad asistencial que incluya el proceso de información - comunicación tanto a nivel cualitativo como cuantitativo al paciente y a la familia (teniendo siempre presente que el protagonista es el paciente) considerando que es necesario hablar con la familia en un lenguaje comprensible y prepararla para acompañar al paciente.
- 3) Mejorar la colaboración y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales

- 4) Disminuir los tiempos de espera para las pruebas y tratamientos.
- 5) Atención más humanizada y respeto para conseguir una muerte digna (autonomía del paciente y consideración como persona)
- 6) Mejor control de síntomas por parte de los equipos de atención primaria y especializada.
- 7) Mejor accesibilidad a determinados fármacos (estupefacientes) y al material ortoprotésico.
- 8) Mayor formación de los equipos asistenciales en cuidados paliativos, a nivel de control de síntomas (especialmente dolor, agitación, disnea, etc), manejo de medicación, técnicas especiales o aparataje complejo, habilidades de comunicación, atención a la situación de últimos días, atención al duelo, etc.
- 9) De todo esto se deduce la alta frecuentación de estos pacientes en los servicios de urgencias, según cuentan las cuidadoras y unas enormes dificultades para conseguir un ingreso hospitalario, así como la observación de que existe y una falta de recursos materiales y humanos.

Las cuidadoras/cuidadores de estos pacientes son los grandes olvidados de nuestro sistema y sin ellos nuestra labor no sería posible. Como ya se ha dicho anteriormente, la experiencia de la enfermedad de miembros de la familia puede constituir una herida más para todos o ser una ocasión para crecer en unidad y desarrollo personal.

El equipo de profesionales que entran en contacto con el paciente y su cuidador/a puede ayudar a que esa experiencia de enfermar se convierta en una experiencia en la que el contacto con la vulnerable realidad humana no trunca, sino que posibilita la expresión genuina de la persona. Con miras a este objetivo profesional, recordaremos que la persona enferma tiene una dimensión social que se expresa, en primer lugar, en las relaciones con sus familiares. Por eso, sin su familia, sin su cuidadora, el paciente no puede ser ni bien entendido ni bien atendido.

Podemos decir, por consiguiente, dos cosas: que los cuidadores tienen un papel tanto en el motivo como en el objetivo de nuestra profesión, y que la calidad de nuestra asistencia profesional depende también de la calidad de nuestro encuentro con la familia cuidadora del paciente.

Una clasificación utilizada por la sociología es la que divide a las personas en cuatro clases: los excuidadores, los cuidadores, los futuros cuidadores y los

que van a necesitar que los cuiden. Es por lo tanto este tema del cuidar una cuestión que nos afecta a todos.

La tarea de cuidar exige de la persona cuidadora un esfuerzo físico, mental y emocional que acaba alterando su vida:

- A nivel familiar: conflicto de roles y discriminación de género.
- A nivel laboral: bajo rendimiento, bajas, desempleo, aumento de gastos, etc.
- A nivel social: asilamiento, ausencia de tiempo para actividades de ocio y autorrealización.
- A nivel personal: aturdimiento, confusión, rabia, tristeza, irritabilidad, miedos, inseguridad, impotencia, culpa, baja autoestima, incomprensión, etc.
- A nivel de salud: depresión, ansiedad, dolor crónico, cansancio, etc.

Según un estudio prospectivo realizado en Estados Unidos sobre cuidadores mayores de 65 años que experimentaban sobrecarga mostraron un riesgo de mortalidad de un 63% más elevado que los que no cuidaban. En otros estudios realizados en diferentes Distritos Sanitarios, comparando dos cohortes de mujeres cuidadoras con mujeres no cuidadoras constatamos que las cuidadoras tenían el “doble de riesgo” de padecer depresión, ansiedad o dolor.

Al conjunto de todos estos problemas que conlleva ejercer de cuidador informal se le ha llamado de diferentes maneras: “Síndrome del cuidador”, “Sobrecarga”, “Estrés”, “Cansancio del rol de cuidador”, “Abuela esclava”, etc. La consecuencia principal es que abandonan su propia vida para dedicarse a la persona dependiente y este abandono acaba afectando a su salud física, mental, emocional y social.

Para evitar llegar a esto planteamos el desarrollo de unos talleres con una máxima muy clara: “Si quieres cuidar de otra persona debes cuidar también de ti mismo”. Con esta intención hemos elaborado este tema. En él proponemos una serie de objetivos, contenidos y herramientas metodológicas que sirvan de apoyo a aquellos profesionales que se propongan realizar talleres con personas cuidadoras, a las que empezamos a ver, no sólo como recurso, sino como clientes del servicio sanitario y social.

Son ellas las protagonistas del taller, personas que por ofrecer unos cuidados de calidad a un familiar dependiente van perdiendo su propia calidad de

vida: calidad de cuidados a cambio de calidad de vida. Nuestro objetivo es que a través de los temas y dinámicas del taller las cuidadoras vayan recuperando aspectos de su vida descuidados.

Apoyarlas en el afrontamiento personal de su rol, mejorar su bienestar y satisfacción con el ejercicio de ese papel cuidador, ofrecerles un espacio donde reflexionar, donde se sientan escuchadas, donde apoyarse entre iguales, donde recibir formación en habilidades para el manejo de la sobrecarga física y emocional que han de afrontar, donde el rol cuidador no siempre vaya asociado a aspectos negativos, donde cuidar a un familiar se pueda vivir positivamente.

Para nosotros es importante centrarse en los aspectos positivos más que en los negativos, revisar estrategias positivas y recursos personales para afrontar la tarea. Es fundamental que la cuidadora salga de cada sesión animada y reforzada.

Entendemos que estos talleres no son una actividad aislada sino que forman parte de un conjunto de servicios de apoyo a las cuidadoras, potenciados desde la publicación de El Decreto de Apoyo a las familias, donde se recoge la necesidad de establecer medidas que faciliten el cuidado a la persona cuidadora. Estas medidas tendrán doble objetivo: dar apoyo y formación.

También nos parece importante señalar que, aunque el fin de los talleres es apoyar a las personas cuidadoras a afrontar su rol satisfactoriamente no se trata solo de hacerlas más competentes: son medidas imprescindibles encaminadas a repartir la carga de los cuidados. Aquí entraríamos en cuestiones de género, dotación de servicios sociosanitarios, cuidadores formales, etc.

Como intervención enfermera, usando la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC), los talleres pueden encuadrarse como Grupo de Apoyo (Nic 5430), Terapia de Grupo (Nic 5450) o Enseñanza Grupal (Nic 5604). Si bien dentro de los talleres realizamos otras muchas intervenciones enfermeras recogidas en dicha clasificación: apoyo emocional, entrenamiento de la asertividad, potenciar la autoestima, potenciación de la socialización, escucha activa, terapia de juegos, terapia de relajación, modificación de conducta, terapia musical, educación sanitaria, etc.

Por todo ello planteamos talleres como grupos psicoeducativos, dinámicos y participativos, donde el protagonismo lo tengan las cuidadoras; un espacio donde la cuidadora se sienta escuchada, reconocida y apoyada, donde pueda expresarse y reflexionar sobre su vida como cuidadora, para encontrar nuevas estrategias que le permitan afrontar los cuidados, no como un abandono de la propia vida sino como una vivencia positiva y compatible con las necesidades que como persona todos podamos tener.

Partiendo de una realidad difícil y exigente, impuesta o elegida, en los talleres buscamos encontrar formas distintas de enfrentar esas dificultades para poderlas vivir más saludablemente. Aprender dos palabras fundamentales a veces olvidadas por las cuidadoras: “YO” y “NO”. Desde un enfoque creativo y dinámico empezar a ver las cosas de otra forma, movilizandando recursos internos o de en su entorno.

Evidencia científica en cuidadoras

Son varias las Revisiones Sistemáticas y Ensayos Clínicos Aleatorios (ECA) que nos han aportando evidencia en los últimos años en el campo de las cuidadoras y los diferentes modalidades de trabajo que se pueden llevar a cabo con ellas (talleres, intervenciones psicoeducativas, cursos, sesiones educativas, intervenciones cognitivos conductuales, programas educativos).

Las conclusiones más destacadas son:

- Trabajar habilidades de afrontamiento en cuidadoras de pacientes terminales mejora el disconfort general (McMillan 2007)
- Varios estudios confirman que intervenciones combinadas mejora la sobrecarga, la depresión (Chang 1999) y el bienestar subjetivo (Mittelman 2007), la satisfacción la calidad de vida relacionada con la salud. (Sorensen 2002, WilzG 2007, Larson 2005)
- Otra revisión sistemática concluye que solo las intervenciones multicomponentes redujeron significativamente la sobrecarga (Acton 2007)
- El entrenamiento grupal mejora en la depresión, autoestima, afrontamiento en mujeres. Un metanálisis confirma que la mejora es continuada (Barlow 2002).
- Existe evidencia de la información combinada con sesiones educativas mejoran el conocimiento y es más efectivo que la provisión aislada de la información (por si sola no tiene efecto en el estado emocional, salud percibida, calidad de vida de pacientes o cuidadores) (Forster 2008).

Criterios de inclusión

Consideraremos cuidador familiar aquella persona que presta cuidados a personas dependientes sin recibir retribución económica por la ayuda que ofrecen; y cuidador principal o primario a la persona que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados, proporcionando la mayor parte de los cuidados y permitiendo a la persona cuidada seguir viviendo en su entorno.

Cualquier cuidadora de pacientes incluidos en el programa de Atención Domiciliaria podría participar en los talleres, aunque tendrían preferencia aquéllas con:

Cansancio o Riesgo de cansancio del rol de cuidador.

Cuidadores de personas con grado de dependencia severa o total (Índice de Barthel menor de 40). **Ver Anexo 1**

3.1.b IMPORTANCIA DE LA REALIZACION DE TALLERES PARA CUIDADORES

Los talleres dirigidos a personas cuidadoras son una herramienta de trabajo útil para ayudar a los cuidadores a afrontar la cotidianidad de su salud, desde la sobrecarga física y emocional a la que están sometidos en la mayoría de los casos.

Como profesionales del cuidado se ha de valorar las repercusiones que tiene el mismo sobre la cuidadora, teniendo en cuenta la interacción de diferentes variables como son:

- a) las características del receptor de cuidados;
- b) los distintos tipos de tareas o cuidados a realizar;
- c) las características personales de la cuidadora como variables de la personalidad, habilidades para afrontar las tareas de cuidados, parentesco con la persona que requiere esos cuidados, proximidad física, etc.;
- d) los recursos de los que dispone la cuidadora, intrafamiliares y extrafamiliares, tanto formales como informales, (Sistema Sanitario, Servicios Sociales, y recursos comunitarios en general).

Todas estas variables junto con las condiciones en las que se proporciona los cuidados, la intensidad y la duración de los mismos, son los que van a condicionar o delimitar los efectos originados por el cuidado a personas dependientes.

Estas consecuencias pueden ser de muy diversa índole, afectando tanto a su funcionamiento personal (salud física, ansiedad, depresión, etc.) como social (relaciones familiares, sociales, actividad laboral, etc.).

Además se ha de tener en cuenta las condiciones en las que prestan los cuidados, siendo la mayoría de ellos en solitario, añadiendo a ello las respuestas

que tienen que dar ante las cambiantes y variadas, y en muchas ocasiones, imprevistas necesidades de las personas dependientes.

Todo ello puede generar determinadas situaciones con una prevalencia mayor de estrés y ansiedad que las personas no cuidadoras ya que no siempre disponen de los conocimientos necesarios que sustenten sus acciones.

Tienen que adaptarse a enfoques culturales diferentes al suyo, no podemos olvidar que la referencia para el cuidado se basa en los hábitos y costumbres de quien los recibe o necesita, siendo éstos muy diferentes dependiendo de la edad, sexo, cultura, filosofía de vida, papel en la familia y en la sociedad, estado de salud,...

A veces los recursos que tienen son insuficientes e inadecuados.

No siempre disponen del recurso tiempo para prestar los cuidados necesarios, ya que algunas cuidadoras tienen que compatibilizar su trabajo remunerado fuera del hogar, con tareas domésticas y el cuidado de la persona dependiente (con su rol de cuidadora), siendo la mayoría de las veces madres de familia o con otras responsabilidades en el núcleo familiar, generándoles todo ello ocasionalmente problemas laborales con una disminución de las expectativas profesionales y personales.

Como consecuencia de lo anterior tienen una menor disponibilidad de tiempo libre, disminuyendo su participación en actividades sociales. Presentan un deterioro de su salud, recogido en diferentes investigaciones, como mayor riesgo de morbilidad tanto física como psíquica en las cuidadoras que en no cuidadoras. Muchos de los problemas de salud son inespecíficos, no comprometen la vida de la misma pero sí repercuten en una mala calidad de vida y en un sentimiento de “salud pobre”, traduciéndose todo ello en la presencia de sentimientos de malestar, e insatisfacción personal, con el consiguiente resentimiento.

Este capítulo va más allá de lo que el título pudiera sugerir “Cuidarse para cuidar”: toma como punto de partida los diagnósticos enfermeros como criterio de inclusión a los talleres, recogiendo en los mismos, alguna de las intervenciones contempladas en la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) y a través de técnicas de dinámica de grupo, las cuidadoras adquieren no solo conocimientos de autocuidados sino también habilidades sociales, todo ello orientado a incrementar su calidad de vida, repercutiendo al mismo tiempo en la calidad de los cuidados prestados.

Estos talleres tienen un valor añadido, potencian las redes sociales de apoyo de la cuidadora, sirven para reducir su aislamiento y estrés, le proporcionan

apoyo práctico y moral, aportándole una mayor comprensión del proceso de la enfermedad y les ayuda a ser más conscientes de sus propias necesidades.

Además la sensación de alivio que experimentan es considerable al saber que los sentimientos propios son comprendidos, compartidos y aceptados como razonables por otros y que hay personas con las que pueden hablar sobre lo que sienten al cuidar a alguien sabiendo que van a estar disponibles cuando lo necesiten.

El incremento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades progresivas e incapacitantes es una realidad evidente en nuestra sociedad, debido principalmente y entre otros factores al fenómeno del envejecimiento de la población.

Estas patologías, ocupan un puesto destacado en cuanto a su alta prevalencia y su alta morbilidad, responsables de situaciones asociadas a un alto sufrimiento en el paciente y en sus familiares. Esta situación se verifica, especialmente, en la fase terminal de estas enfermedades de igual forma a lo que acontece en otras enfermedades de etiología y afección diversa.

Por otro lado, la adecuada evolución de los conocimientos bioéticos y científicos en la medicina, junto con los cambios de la sociedad en la que actualmente vivimos y que parecen orientarse hacia lo que se ha denominado sociedad-puzzle, de carácter multicultural, multiétnica, multisocial, multilingüística y multirreligiosa, hacen que se demande una mejora de los cuidados de las personas con discapacidad durante toda su vida.

Cuidadores de personas con Alzheimer y otras demencias.

Aunque éstos sean prioritarios, los diagnósticos enfermeros que nos pueden llevar a derivar a un cuidador a los talleres son muchos: desesperanza; aflicción crónica; ansiedad; temor; baja autoestima crónica, situacional o de riesgo; déficit de actividades recreativas; manejo inefectivo del régimen terapéutico; aislamiento social; deterioro de la interacción social; conocimientos deficientes; duelo anticipado o disfuncional; impotencia o riesgo de impotencia; conductas generadoras de salud; afrontamiento defensivo, inefectivo, incapacitante, comprometido o disposición a mejorarlo; deterioro de la adaptación; y cualquier otro para el que las actividades grupales desarrolladas en los talleres pudiera ser beneficioso.

Independientemente de los criterios de inclusión existen dos factores determinantes en la asistencia al taller que van a ser, por un lado, la disponibilidad y accesibilidad de la cuidadora al lugar y hora en que se realice el taller (lugar cercano, horario compatible, persona que le sustituya en casa, etc.); y por otro,

la capacidad del profesional para persuadir y convocar, convencer a una persona sobrecargada que haga un hueco para una actividad más.

Esto no es tarea fácil si no somos capaces de transmitir que en el taller va a encontrar parte del apoyo que necesita, un poco de aire fresco para su sobre-esfuerzo diario.

Bloques temáticos:

Los talleres se organizan en dos grupos de cuatro sesiones cada uno. El primero centrado en la autoestima, la asertividad y el afrontamiento y un segundo bloque adaptado a las necesidades y demandas específicas de cada grupo.

Sesión 1ª: Presentación / Relajación

Sesión 2ª: Autoestima / Relajación

Sesión 3ª: Asertividad / Relajación y/o visualización

Sesión 4ª: Repartir la carga: recursos y género en los cuidados /Relajación y/o visualización

Sesión 5ª: Cuidados básicos I / Relajación y/o visualización

Sesión 6ª: Cuidados básicos II / Relajación y/o visualización

Sesión 7ª: Movilizaciones / Relajación y/o visualización

Sesión 8ª: Ansiedad - Cuidados en las demencias - Duelos y pérdidas

Sexualidad / Relajación y/o visualización

Objetivos

Generales:

- Reducir los niveles de estrés y sobrecarga de las personas cuidadoras que acuden a los talleres.
- Reconocer la importancia de mejorar sus autocuidados y la necesidad de cuidarse para cuidar, mejorar su autoestima y con ella su salud física, mental, social y emocional.

- Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes que mejoren la calidad de los cuidados que aplican a las personas cuidadas y les hagan sentirse competentes y seguras para su rol cuidador. Facilitar su labor cuidadora.

Específicos:

- Desarrollar en los cuidadores estrategias de afrontamiento saludable mediante el aprendizaje de habilidades asertivas y emocionales.
- Facilitar la expresión de su situación, sentimientos y dificultades, creando un espacio para la puesta en común y desahogo de las tensiones que supone el cuidado.
- Fomentar las relaciones sociales y las actividades de ocio, descanso y autorrealización.
- Fomentar la ayuda entre iguales.
- Fomentar el conocimiento y uso adecuado de los recursos sociosanitarios de la zona.
- Aportar técnicas concretas de autocuidado y relajación.
- Concienciar sobre los aspectos de género que influyen en los cuidados.
- Informar y formar sobre aspectos concretos de los cuidados, partiendo de su experiencia diaria y sus necesidades concretas de conocimiento, habilidad o actitud sobre los cuidados básicos de la persona dependiente.

Organización

Grupos de 10-12 cuidadoras. Intentaremos buscar cierta homogeneidad entre los asistentes a cada grupo siempre que podamos, facilitando así la empatía y el apoyo entre iguales.

8 Sesiones de 90-120 minutos:

1ª parte: Con algún tema específico relacionado con los cuidados y la cuidadora.

2ª parte: Con alguna dinámica que fomente la comunicación, la relajación y el autocuidado.

Periodicidad: semanal, en horario de mañana o tarde según disponibilidad del grupo.

Local: cercano a los domicilios de las cuidadoras, que permita sentarse en círculo y hacer juegos, dinámicas grupales o relajación. Facilitar la asistencia buscando apoyos dentro y fuera del círculo familiar (voluntariado) para acompañar a los pacientes en el domicilio mientras acuden al taller.

Docentes: cualquier miembro del equipo interesado y competente, así como personas de interés para el grupo pertenecientes a otros niveles o sectores.

Es importante la figura del responsable del taller que coordinará todas las sesiones dándoles continuidad y coherencia.

Previo al taller: realizaremos una entrevista con cada cuidadora convocada.

Podemos utilizar los cuestionarios y valoraciones integrales que manejamos habitualmente: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, **Ver Anexo 2**, Índice de Esfuerzo del Cuidador **Anexo 3**, Apgar Familiar **Ver Anexo 4**, Cuestionario de apoyo social percibido Duke-Unc **Ver Anexo 5**, Escala de depresión de Goldberg **Ver Anexo 6**, Escala de depresión geriátrica de Yesavage **Ver Anexo 7**, Test de Autoestima de Coopersmith o el de Rosenberg **Ver Anexo 8**, Test de Asertividad de Rathus **Ver Anexo 9**.

También podemos utilizar la NOC “Bienestar del cuidador”. En esta entrevista hablaremos de su situación personal, de sus dificultades para asistir, de los temas de interés, expectativas, objetivos y organización del taller.

La entrevista la realizará preferentemente el responsable de coordinar el taller, a ser posible en el domicilio o donde pueda expresarse con comodidad.

Durante el taller: asumiremos el rol de docentes, moderadores y dinamizadores del grupo; sin olvidar que estamos en un taller de apoyo a las cuidadoras más que en un curso expositivo.

Crearemos un clima cálido y de confianza, donde la cuidadora se sienta cómoda, a gusto y escuchada.

Al finalizar cada sesión cumplimentaremos un acta con el nombre de las asistentes, temas tratados y profesionales que han participado.

Después del taller: tras finalizar la última sesión haremos una evaluación individual anónima del taller, ayudando a aquellas cuidadoras con dificultades para leer o escribir.

Es fundamental el seguimiento posterior domiciliario de las cuidadoras por parte del equipo. El taller puede fomentar ciertas actitudes o estrategias que debemos valorar y apoyar. No concebimos el taller como actividad aislada sino dentro de todo un abordaje multidisciplinar, multisectorial, dinámico y continuado. También sería conveniente, independientemente del resultado de las evaluaciones realizadas al finalizar el taller, medir el impacto en la vida de las cuidadoras varios meses después.

Evaluación del taller

Cuestionario de evaluación final.

Acta realizada al finalizar cada sesión con los temas y asistentes.

Pretest-postest de las escalas utilizadas en la entrevista previa.

Medición del impacto varios meses después (NOC Bienestar del Cuidador)

Seguimiento domiciliario personalizado de la cuidadora, valorando la aplicación de lo aprendido y reflexionado en el taller.

3.1.c MANEJO DE LA ANSIEDAD

En el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) la angustia y las preocupaciones que se experimentan están por encima de lo común. La preocupación y la tensión son crónicas aún cuando nada parece provocarlas. Padecer este trastorno significa anticipar, casi siempre, desastres o consecuencias negativas, preocupaciones frecuentes y excesivas por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de identificar. El simple hecho de pensar en pasar el día provoca ansiedad.

Las personas que padecen de TAG tienen dificultades para desconectar de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Les cuesta mucho relajarse. Frecuentemente tienen problemas para conciliar o mantener el sueño. Sus preocupaciones van acompañadas de síntomas físicos, especialmente temblores, contracciones nerviosas, tensión muscular, náusea, dolores de cabeza, irritabilidad, transpiración o accesos de calor. Pueden sentirse mareadas o que les falta el aire. Pueden sentir náusea, que tienen que ir al baño frecuentemente o como si tuvieran un nudo en la garganta.

Muchas personas con TAG se sobresaltan con mayor facilidad que otras personas. Tienden a sentirse cansados, les cuesta trabajo concentrarse y a veces también sufren de depresión.

Por lo general, las molestias asociadas con TAG son ligeras y las personas con ese trastorno no se sienten especialmente restringidas dentro del medio social o en el trabajo. A diferencia de muchos otros trastornos de ansiedad, las personas con TAG no necesariamente evitan ciertas situaciones como resultado de su trastorno. Sin embargo, si éste es severo, el TAG puede ser muy debilitante, ocasionando dificultades para llevar a cabo hasta las actividades diarias más simples.

El TAG se presenta gradualmente, a veces aparece ya en la infancia o la adolescencia. Es más común en las mujeres que en los hombres. Es recuente que haya alguna otra persona, entre los familiares de los afectados, que también padezca problemas de ansiedad. Uno de los criterios que han de cumplirse para establecer el diagnóstico de Ansiedad Generalizada es que la ansiedad y las preocupaciones excesivas sobre diversos acontecimientos o actividades se prolonguen más de seis meses.

En general, los síntomas de TAG tienden a disminuir con la edad. Sin embargo lo adecuado es seguir un tratamiento. Se están llevando a cabo investigaciones para confirmar la efectividad de medicamentos ansiolíticos (benzodiazepinas, buspirona) y antidepresivos. También son útiles las técnicas de terapia cognitivo-conductual, las técnicas de relajación y de retroalimentación para controlar la tensión muscular.

(Esta información sobre Ansiedad Generalizada procede del National Institute of Mental Health)

Para efectuar el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, los especialistas se basan en los criterios diagnósticos del **DSM-IV** o del **CIE-10**, dos clasificaciones de las enfermedades consensuadas por especialistas de diferentes nacionalidades y reconocido prestigio.

Recuerde, no obstante, que usted no puede, ni debe, auto-diagnosticarse. Sólo un profesional de la salud experto está en condiciones de hacerlo con rigor y fiabilidad. Cuando una persona está preocupada por su salud o normalidad suele identificarse con síntomas o enfermedades que no tiene, o confundirlos con otras posibles.

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno por ansiedad generalizada.

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

- 1. inquietud o impaciencia
 - 2. fatigabilidad fácil
 - 3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - 4. irritabilidad
 - 5. tensión muscular
 - 6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
 - E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una “angustia libre flotante”). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas.

A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Pautas para el diagnóstico

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio de-

presivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo.

Incluye:

Estado de ansiedad.

Neurosis de ansiedad.

Reacción de ansiedad.

Excluye: Neurastenia .

El inicio de cualquier tratamiento requiere:

- Una valoración diagnóstica precisa
- Un conocimiento exhaustivo de los factores implicados en el origen y desarrollo del problema: antecedentes, factores desencadenantes, factores predisposicionales, factores de mantenimiento, soluciones intentadas, etc.
- Un conocimiento suficiente del paciente y sus circunstancias: grado de deterioro de la salud y el bienestar, incapacitación e interferencias en planes de acción o estatus significativos para la persona, recursos personales, atribución de capacidad y eficacia, rasgos destacados de la personalidad y del sistema de valores, estado emocional general, etc.
- La formulación de un esquema explicativo que identifique las variables más relevantes del caso, las relaciones críticas entre ellas, y el proceso que han ido siguiendo a lo largo del tiempo.
- El establecimiento de una relación adecuada entre el paciente y el especialista que les permita trabajar juntos de manera eficiente: reconocimiento mutuo, comunicación eficaz, confidencialidad, seguimiento de prescripciones etc.
- Finalmente, en función de todo lo anterior, el establecimiento de unos objetivos evaluables y unos medios convenientemente ordenados y secuenciados. Estos últimos, los medios y su despliegue, en función de la demanda formulada por el paciente, son los que constituyen el tratamiento propiamente dicho.

La intervención terapéutica conjuga, normalmente, tratamientos específicos, en función del diagnóstico principal, con otros de carácter más general o contextual, en función de las características personales y circunstancias del paciente. Normalmente, las primeras intervenciones van encaminadas a reducir los síntomas de ansiedad y la incapacitación que producen. Posteriormente se analizan y tratan los factores que originan y/o mantienen la ansiedad y otras alteraciones que puedan acompañarla.

Habitualmente, los tratamientos incluyen aspectos relacionados con la recuperación de la salud, si se ha perdido, aspectos relacionados con la prevención, y aspectos relacionados con el desarrollo personal del paciente que de un modo u otro tienen que ver con lo que le pasa.

Normalmente, al inicio del tratamiento, se acude a consulta una vez por semana. Cuando el tratamiento está mínimamente encauzado, se espacian las visitas, efectuándose habitualmente a razón de una visita cada 15 días.

Los tratamientos que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento específico ansiedad generalizada son los basados en procedimientos cognitivo-conductuales. He aquí una relación de aquellas técnicas consideradas más efectivas:

- Información al paciente sobre la naturaleza de la ansiedad generalizada: mecanismos básicos, funcionalidad y disfuncionalidad, explicación sobre los síntomas y su alcance, relaciones entre pensamiento, emoción y acción.
- Entrenamiento en relajación: respiración diafragmática lenta y relajación muscular progresiva.
- Identificación y neutralización de procedimientos contraproducentes, utilizados por el paciente para regular su problema, pero que, en realidad, contribuyen, no a la solución, sino al mantenimiento del problema. Para más información sobre estos procedimientos puede consultarse el apartado Ir de mal en peor del menú de la izquierda.
- Prevención de las conductas de preocupación,
- Entrenamiento en técnicas de solución de problemas y organización del tiempo
- Técnicas cognitivas: reestructuración interpretaciones catastróficas, control pensamientos automáticos, sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho negativo. Para favorecer estos cambios es

frecuente utilizar ejercicios estructurados, “experimentos conductuales”, cuestionamiento de hipótesis mediante “diálogo socrático” o contrastes con la evidencia, etc.

- Exposición controlada y progresiva a situaciones temidas
- Desarrollo de habilidades sociales y mejora de la calidad de las relaciones interpersonales.
- Planificación de actividades agradables y placenteras. Poner el acento en lo que se quiere que pase, más que en evitar lo que no se desea que ocurra, en una situación dada.
- Medicación: normalmente en combinación y como apoyo del tratamiento psicológico, si bien en algunos casos dicha asociación está desaconsejada. Los medicamentos más utilizados son los ansiolíticos, particularmente las benzodiazepinas. Las azapironas han demostrado una eficacia similar. Se han utilizado con éxito antidepresivos tricíclicos e Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS). El tratamiento farmacológico ha de estar siempre prescrito y supervisado por el médico.
- Materiales de autoayuda, como complemento de la terapia.

Estos son algunos de los recursos terapéuticos más conocidos y probados en el tratamiento de la ansiedad generalizada. Se ha de tener en cuenta no obstante, que estos trastornos pueden venir asociados a otros problemas, que requieren también un abordaje, en el contexto de un tratamiento integrado y convenientemente articulado. El tratamiento, en rigor, no lo es de la ansiedad generalizada, sino de la persona que lo padece, en relación, naturalmente, con la demanda que efectúa.

Los tratamientos suelen desarrollarse individualmente, aunque en algunos en ocasiones, en función del caso y del momento, puede estar indicada la terapia grupal. La duración de los tratamientos oscila normalmente entre seis meses y un año, si bien en algunos casos pueden ser más largos.

El nivel de ansiedad que puede soportar el organismo humano con soltura y sin pagar el precio de efectos colaterales indeseables, es más limitado de lo que nuestra cultura, basada en la productividad, el deber, la ambición y la competencia, está dispuesta a admitir.

Hemos podido creer que podemos angustiarnos y podemos aguantarnos sin que la herramienta en la que consistimos se resienta. Esta ignorancia de nuestras limitaciones (el hecho de que funcionamos óptimamente sólo con cierto

grado de bienestar) es lo que fundamentalmente nos lleva desoír las señales de malestar que nuestro cuerpo emite hasta que los efectos son tan exagerados (ataques de pánico, temblores, sudores, rubor, mareos, etc.) que ya es tarde para suprimirlos de cuajo con la mera voluntad.

El nivel desbordado del río de la ansiedad posee numerosos afluentes, y nuestra calidad de vida depende de la sabiduría que tengamos al atajar los distintos canales desde los que fluye la ansiedad.

Unos recursos los utilizamos para rebajar el estado general o línea base que tenemos por término medio (por ejemplo en el último mes). Otras técnicas entran dentro de lo que podríamos llamar control emocional.

Técnicas para bajar el nivel general de ansiedad

Ejercicio

El ejercicio adecuado nos ayuda a una tonificación muscular, evitando tanto la rigidez como el exceso de activación del sistema nervioso, propiciando un sano cansancio que favorece el sueño reparador y calma el exceso de cavilaciones y rumiaciones.

Si nuestro estado físico es lamentable (tenemos síntomas como mareos, vértigos, náuseas) y no podemos tolerar un ejercicio intenso, se puede optar por repartirlo en fragmentos pequeños a lo largo de día y partir de un ritmo muy suave hasta ganar un bienestar suficiente para abordar esfuerzos de mayor enjundia.

Es preferible practicar un deporte lúdico que nos guste o hayamos disfrutado de él en el pasado, ya que de paso nos proporcionará mayor satisfacción que la gimnasia fría y pesada.

Hábitos de sueño y alimentación

El sobre esfuerzo que entraña una vida desordenada tiene un peso por sí mismo como factor estresante en el resultado global de una ansiedad excesiva.

No pocas personas se han acostumbrado a una alimentación caótica y unos horarios de sueño demasiado ajustados o irregulares. Mientras su lozanía y fuerzas sobradas lo permiten, parece al principio no tener consecuencias negativas (por cierto, es el mismo argumento que lleva a empezar a fumar, porque parece, en los primeros años, que el hábito no presenta ningún daño o molestia de las que se quejan los fumadores veteranos). Pero al pasar el tiempo la vida desordenada nos pasa factura por los excesos cometidos o simplemente nuestro

cuerpo claudica y se derrumba al verse impedido de proseguir el ritmo desenfrenado y caótico de nuestra vida.

Regular el sueño, de forma que sea suficiente y que el cuerpo encuentre un alivio y ahorro de energías al poderse adaptar a una rutina sistemática, puede ayudar a disminuir la tensión. Los biorritmos se ajustarán como un guante a unos horarios razonables.

Una alimentación variada y frugal favorece el control de muchos síntomas gástricos que acompañan al estado de ansiedad (diarreas, estreñimiento, gases, molestias estomacales, etc). Muchas personas detectan su grado de angustia por las sensaciones que les produce en el estómago, otras por las sensaciones de mareo por la mañana: a unas y otras no les conviene complicarse con una alimentación inadecuada.

Un grado elevado de ansiedad influye para que el momento de conciliar el sueño sea más dificultoso porque aparecen en la mente ráfagas de pensamientos que nos desvelan o bien nos dedicamos en el momento que nos tocaría descansar a torturarnos con pesados exámenes de conciencia y arduos preparativos para el día siguiente. El resultado es que robamos tiempo al sueño porque nuestro estado es demasiado frágil como para soportar estas provocaciones.

Sería aconsejable que mientras no podamos recuperar la capacidad de dormirnos rápido nos ayudemos a nosotros mismos eligiendo un momento distinto para las reflexiones y la planificación del día la dejemos para la mañana siguiente. A cambio nos relajaremos pensando cosas agradables o leyendo un artículo de esos que inducen a dormirse. Si estamos más de 15' removiéndonos entre las sábanas sin poder dormir, en vez de hacernos mala sangre, es preferible levantarse y seguir leyendo el pesado artículo o viendo un programa aburrido de televisión hasta que notemos que los párpados nos pesan y entonces volvamos a la cama.

La persona ansiosa puede torturarse con facilidad por el hecho de que si le cuesta dormirse tendrá dificultades para estar despejada al día siguiente y se atormenta ante la idea de que se aproxima la hora del despertar. Es mejor en esta circunstancia considerar que si uno tiene que dormir unas pocas horas es mejor aceptarlo que no por culpa de empeñarse, protestar o quejarse dormir todavía menos.

Ni su estado el día siguiente será tan lamentable ni cabe pensar -a no ser que se obsesione con que el proceso se repita fatídicamente- que en los días posteriores su propio organismo luchará por recuperarse.

La misma anticipación o temor de que igual no podemos dormir bien puede causar que durmamos mal (del mismo modo que el temor a que nos asalte un navajero en un callejón oscuro produce que no paseemos tranquilos por ese lugar).

Hay que recordar dormirse es algo pasivo, no algo que hagamos poniendo mucho esfuerzo de voluntad y que provoquemos con el látigo de la frase “¡tengo que dormir!”, por consiguiente el método para conseguir que venga el sueño, sin que se asuste viendo el panorama de cómo lo esperamos, es no hacer nada, ni siquiera pensar en ello, simplemente viviendo bien el día (para que el desasosiego no nos pida consuelos de última hora), y acabar bien la noche con actividades neutras (ni demasiado emocionantes ni demasiado desagradables).

Desaceleración

Ante una situación de estrés se impone una cierta rebaja de nuestras aspiraciones. No podemos forzar la marcha para que quepan más cosas en el mismo periodo de tiempo, y hay que seleccionar con criterios de relevancia, intentando delegar o aplazar el resto.

Aunque logremos disminuir la cantidad podemos estar tan acelerados que vayamos con la mismas prisas y celeridad de cuando nos afanábamos, dejando huecos de repentina inactividad como quien devora en un visto y no visto el alimento que hay en el plato y se pasa el resto de la comida nervioso esperando a que los demás acaben.

Desacelerar significa lentificar todos nuestros movimientos forzando una “velocidad de paseo”, apostando por regodearnos con la perfección y pulimento de lo que llevamos entre manos (por ejemplo, escribir con muy buena letra, seleccionar las palabras, ampliar las frases entrando en detalles y consideraciones, repasar los trabajos o introducir pequeñas mejoras creativas).

El momento para desacelerar no es cuando estamos a punto de atropellarnos con nuestra propia prisa, sino el inicio del día. Es importante comenzar la jornada con un margen de tiempo, hacer de las rutinas de higiene y desayuno el momento más entretenido y agradable, unas minivacaciones con las cuales inducir a nuestro sistema nervioso un pulso sereno desde el que abordar las actividades y así adquirir el punto de vista del que acepta las cosas como vienen, dando la mejor respuesta que conoce y no desde el que es víctima desquiciada del desorden natural de las cosas.

Tan importante como los que nos espera cuando lleguemos es que nos llegue sin que lo esperemos de forma expectante y descoyuntada. Especialmente

decisivo para el logro de la desaceleración es la forma de viajar, trasladarse y esperar.

Son en esos tránsitos en los que se puede evitar el mal posterior, y por lo tanto es muy aconsejable el arte de distraerse y regodearse con pensamientos y ocupaciones placenteros en esos aparentemente despreciables momentos de paso.

Las sensaciones de vacío hay que llenarlas con algo que nos ayude a no agonizar frente a ese fisura insoportable, atendiendo con esmero a lo que nos rodea observando bien donde estoy, como es la persona con la que estoy, jugando a crear algo divertido, entretenido y relajado para ofrecer goce al tiempo que pasa y que así transcurrir se convierta en un vivir.

Planificación de actividades

La sabiduría y astucia a la hora de planificar nuestras actividades es otra herramienta muy conveniente para rebajar tensiones, sabiendo intercalar descansos oportunos para aliviar el crecimiento de la ansiedad o cambiando el tipo de tarea a una más suave o llevadera, hasta recuperar el buen talante y afrontar la dureza del día con energías siempre sobradas en vez de desfallecidas.

Si hay una lista de tareas pendientes que parecen estar martilleando con su insistencia agobiante su naturaleza pedigüeña de cosas inconclusas -y por consiguiente inciertas- que exigen y recuerdan su existencia, (¡como si pudiéramos acaso olvidarnos de ellas!), conviene hacer una “parada técnica” para reflexionar y situarlas en el mapa del tiempo de nuestros propósitos, dándoles una migaja de tiempo para calmar su exigencia, bien repasando mentalmente lo que haremos, bien reformando algún plan que necesita retoques (porque cuando se planifica no se pueden prever con exactitud todas las dificultades reales), bien reconociendo que alguna cosas habrá que resolverlas en mejor ocasión o incluso darlas por imposibles.

Cuando cada una de las tareas que nos agobian han recibido una respuesta racional dejan de perseguirnos irracionalmente. Después de la “parada técnica” conviene hacer una respiración honda, desconectar la actividad planificadora y concentrarse de una forma especialmente contundente en la decisión primera (contra más nos agarremos a flotador de la acción, menos nos ahogaremos en el pantano de las disquisiciones ansiosas).

No debemos olvidar que al cabo del día conviene dar satisfacción a distintas necesidades. No descuidarlas es una forma de armonizarnos, dedicando algún tiempo y repartiendo sabiamente nuestros recursos con los amigos, nues-

tras lecturas, músicas y placeres personales, y procurando un grado de contacto afectivo.

Por lo general, con un poco de astucia, podemos sacar unos minutos para dedicar a estos menesteres parte de los afanes, e incluso podemos -si realmente hemos de soportar situaciones laborales muy adversas- aprovechar ciertas circunstancias para experimentar ciertos placeres, por ejemplo, al bromear con un cliente que nos inspira confianza damos un toque lúdico y humano a nuestras relaciones, y con ello calmamos nuestra necesidad de contacto humano.

Hacer que nuestras conversaciones sean agradables e interesantes, realizar reuniones en lugares más informales, estimular la creatividad, aprovechar los espacios muertos y los desplazamientos, son otros ejemplos de ocasiones para “matar dos pájaros de un tiro”.

Siendo los distintos yoes que somos, repasamos y fortalecemos el esqueleto y la trama que nos aguanta.

Ayuda farmacológica

Si los síntomas de la ansiedad o las consecuencias que reporta en trastornos psicossomáticos (aquellos en los que el estrés es un factor de riesgo, desencadenante o agravante) son demasiado desagradables o incapacitantes, podemos recurrir a una ayuda farmacológica.

Los sedantes y ansiolíticos pueden ser de gran ayuda, sobre todo si les damos un papel modesto de apoyo, poniendo nuestro interés y firme propósito de cambiar malos hábitos, suprimir las causas que producen ansiedad y aprender a mejorar nuestro control emocional.

Es insuficiente y peligroso considerar los tranquilizantes como una droga que nos da un alivio para seguir haciendo lo mismo que estábamos haciendo, pero sin consecuencias desagradables (algo así como si alguien pidiera al médico una medicina para el dolor de estómago para poder seguir dándose atracones a su antojo).

Técnicas de relajación

Los ejercicios de relajación, respiración y yoga son tan poderosos como un fármaco, aunque algo más trabajosos. Puede resultar una buena inversión aprender estas técnicas por que no sólo serán útiles para afrontar el momento actual, sino que nos ayudarán a cuidarnos ante los agobios que nos depare el futuro.

Actividades manuales

Las actividades manuales son muy convenientes para las personas que tienen angustias y preocupaciones intelectuales. Las aficiones artísticas y de bricolaje nos hacen entrar en contacto con los objetos sencillos y nos dulcifican, haciendo que hundamos nuestras raíces en la realidad. El disfrutar de la naturaleza tiene similar efecto benéfico.

Las personas cuyo estrés tiene un origen físico (trajín imparable, niños revoloteando, esfuerzos físicos intensos, operaciones mecánicas embrutecedoras, etc.) les interesa más bien lo contrario, dejar aparcado el cuerpo y hacer trabajar el espíritu con cosas que estimulen la inteligencia (no que aturdan, como por ejemplo estirarse en el sofá y ver televisión durante horas), como podría ser una actividad de aprendizaje (idiomas, ordenadores, cursillo) o una actividad asociativa (apa, vecinal, ONG, etc.) o lúdica.

Sexualidad

Si se dispone de una pareja conviene dedicarle atención y usarla, ya que la tenemos, procurando cultivar la atracción mutua. Las relaciones sexuales satisfactorias (evitando que resulten exigentes, compulsivas o rutinarias) tienen un efecto muy beneficioso para espantar tensiones acumuladas. Puede ser un buen momento para mejorar la comunicación y el arte de amar.

Actividad social

Aumentar la vida social, vincularse, participar en las conversaciones, reuniones informales y cultivar la amistad, son ideas positivas y loables por sí mismas y no deben dejarse de lado pensando que el “retiro” y el aislamiento nos tranquilizarán más (la idea del balneario en una montaña perdida).

Efectivamente existe una forma de relajación que es simplificar (tumbarse, no ver a nadie, no hacer nada, aturdirse con cosas que no nos compliquen la vida) y existe otra forma de relajación que proviene de la satisfacción y del ánimo, de habernos molestado en hacer algo con cierta calidad, habiéndonos interesado por los demás y por el mundo externo (la idea de que el mundo que nos rodea es un balneario).

Particularmente conviene calmarse mediante el vínculo con lo afectivo, con el contacto vitalizador con las personas a nuestro alrededor, desde el vecino hasta nuestra pareja o familia.

3.1. d MANEJO DEL ESTRÉS

El término estrés, se toma de la ciencia física en la que significa el grado de deformidad o tensión que produce una fuerza sobre distintos materiales. Así por ejemplo se habla del estrés de los materiales causado por fenómenos atmosféricos o por el uso, o sometidos a diferentes procesos y situaciones.

En 1926 el científico Hans Selye lo introduce en la psicología, como respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. Utiliza el término estrés para describir la suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o situación estimular.

El término ha servido tanto para designar una respuesta del organismo, como para señalar los efectos producidos ante repetidas exposiciones a situaciones estresantes.

En el fenómeno del estrés, la cuestión fundamental no es las condiciones del entorno con distinto valor estresante. No existe una lista de agentes estresantes (como por ejemplo, las demandas del trabajo, conflicto de roles, infortunios, muerte, divorcios,...) común para todas las personas y en todas culturas, grupos sociales y/o momento vital que causen el mismo grado de estrés. Ni siquiera que las mismas cosas causen estrés en las personas. Sino que lo relevante en sí mismo, es la interpretación que realiza el sujeto de la situación que vive, como estresante o no. Esto es lo que determina su vulnerabilidad, su resistencia o incluso estar o no vacunado contra el estrés.

Por ello, los mismos acontecimientos y situaciones del entorno pueden dar lugar a reacciones del individuo euforizantes, un desafío revitalizante, o una desagradable reacción de agobio ansiedad, tristeza e incluso ira. – distress- comúnmente conocida como estrés.

El estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante un estímulo específico (cualquier demanda específica que se le solicite). El estrés es siempre una respuesta de carácter fisiológico, ante un agente estresor externo o interno se produce una segregación de hormonas que producirán cambios a distancia en diversas partes del organismo. Estas catecolaminas llegarán a afectar el comportamiento produciendo un efecto social en relación a uno o varios agentes estresores que afectan a cada persona de un modo concreto.

El agente que es capaz de generar distrés en una persona produce eustrés en otra, existen factores de aprendizaje que predisponen a experimentar un tipo de estrés u otro en relación con cada agente causal.

En cierta forma podemos considerar el estrés negativo como el elemento responsable de producir un aumento del esfuerzo en relación al mantenimiento de la homeostasia. Si constantemente el organismo debe realizar un esfuerzo para realizar acciones que habitualmente apenas lo requieren, el cuerpo se acerca al agotamiento, cuando las contracturas aprietan la estructura de nuestro cuerpo y los músculos antagonistas se oponen al movimiento en vez de allanarlo relajándose, cualquier tarea se transforma en un esfuerzo penoso.

Es precisamente en este punto cuando cualquier estímulo externo puede convertirse en un agente estresor, el timbre del teléfono, una llamada a la puerta, pueden causar alarma y un exceso de reacción; cuando esta experiencia se vuelve habitual, no resulta extraño levantarse agotado por las mañanas, y permanecer todo el día en ese estado hasta la noche que de nuevo dará lugar a un sueño en absoluto reparador.

Hemos de entender que no existen respuestas objetivas, todas las respuestas que generamos son de carácter estrictamente particular: la interpretación, emoción y sensación que acompañan al estrés son intransferibles, el estrés es un particular e íntimo mecanismo de defensa que puede transformarse en un medio de autodestrucción. Nos hallamos en el mundo y frente al mundo, lo necesitamos y a veces nos hiere, las cicatrices nos fortalecen o nos debilitan, aprendemos a adaptarnos o nos acomodamos a la inadaptación sin esfuerzo, el mundo interno y el externo interactúan, si como resultado de ello me siento mejor, puedo realizar un movimiento físico o mental más adecuado mi adaptación progresa en caso contrario una inestabilidad se produce, y facilita la siguiente.

Se considera que existe estrés cuando un estímulo somete al cuerpo a una carga que actuará en un deterioro del funcionamiento armónico del mismo, este estímulo puede ser de carácter físico, químico o de orden social o intelectual, lo que importa es la respuesta, ello nos hace considerar la necesidad de preparar al cuerpo ante los retos a que se enfrente y como dotarlo de un ramillete de nuevas y adecuadas respuestas evolutivamente estables. Un nuevo aprendizaje se hace hoy indispensable en general y de forma particular en Empresas y Colegios.

Causas del estrés

- **Fisiológicas:** Estas causas están relacionadas con las enfermedades y lesiones del cuerpo que aumentan la tensión interior de la persona produciendo un nivel de estrés que se vuelve contraproducente hacia uno mismo.

Por ejemplo, una enfermedad orgánica produce una reacción negativa en el campo emocional.

- **Psicológicas:** Se relaciona con la vulnerabilidad emocional y cognitiva. Crisis vitales por determinados cambios: infancia, adolescencia, madurez, vejez. Relaciones interpersonales conflictivas o insuficientes. Condiciones frustrantes de trabajo o estudio: excesiva exigencia o competitividad, monotonía, normas incongruentes, insatisfacción vocacional, etc.
- **Sociales:** Cambios sociales en los que cada época trae nuevos retos a afrontar. Cambios tecnológicos acelerados que la persona no puede integrar, etc.
- **Ambientales:** Polución ambiental, alimentación desnaturalizada con tóxicos industriales, lugares de trabajo con poca seguridad o con carga electrostática, microorganismos patógenos, catástrofes, etc.

Fases del estrés

El Dr. Seyle dice que el estrés se manifiesta como un proceso que consta de tres fases que llama "Síndrome General de Adaptación". Al principio se da una fase en la cual todo nuestro organismo está en alarma. A ella le sigue la movilización del aguante físico, emocional y mental para resistir el estrés. La fase final es la etapa de agotamiento general.

En las tres fases que forman el Síndrome General de Adaptación, se liberan en el organismo agentes químicos y hormonas que si se mantienen durante mucho tiempo terminan estresando al mismo.

Fase de Alarma:

La fase de alarma ocurre cuando experimentamos una situación como un desafío que excede a nuestro control, por ejemplo un susto. Nos prepara para dar una respuesta casi inmediata a la situación que se nos presenta. Así, en esta fase nos esforzamos y luchamos para recuperar el control. Cuando pasa el susto nuestro organismo se relaja y recuperamos el estado de reposo. Si la situación de susto se mantiene de forma continua, pasamos a la siguiente fase.

En esta fase el corazón late más fuerte y rápido subiendo la presión arterial. La sangre se desvía del estómago y de la piel hacia los músculos por si necesitamos realizar movimientos rápidos. Las pupilas se dilatan, la respiración aumenta y los músculos se contraen.

Fase de adaptación:

Cuando no podemos cambiar la situación que se nos presenta el organismo moviliza todos los recursos disponibles para adaptarse a esta nueva situación. Esta fase dura más tiempo pero llega a su límite cuando se agota la energía.

En esta fase la presión arterial sube lentamente. Los tejidos del cuerpo retienen componentes químicos como el sodio. Las suprarrenales aumentan de tamaño y liberan cortisol al torrente sanguíneo, provocando una serie de cambios físicos. El nivel de colesterol aumenta y aparece una pérdida de potasio. Hay un aumento de la secreción de ácidos grasos. Disminuyen las defensas y aumenta el desequilibrio del estado emocional derivando hacia la depresión.

Fase de agotamiento:

Al no poder cambiar la o las situaciones que producen estrés y no ver salida a la situación, se agotan todos nuestros recursos orgánicos y emocionales. El estrés continuo hace que el funcionamiento hormonal libere sustancias químicas que dañan a los tejidos abriendo posibilidades a diferentes enfermedades.

Signos de advertencia

Estudios de psicología moderna nos advierten que el estrés continuo puede generar estados de ansiedad que terminan bloqueando el funcionamiento de los procesos cognitivos, es decir, nuestra claridad mental.

Las preocupaciones recurrentes, por ejemplo, pueden llegar a invadir nuestro sueño y mantenernos despiertos la mayor parte de la noche, y los miedos que se imponen sobre el resto de los pensamientos son capaces de distraernos de lo que estamos haciendo.

La característica central de la reacción que nos produce el estrés es la incertidumbre, una incertidumbre que dispara un estado de alerta para corroborar la eventualidad de una amenaza.

Signos emocionales

- Apatía e indiferencia, ansiedad, miedo, sensación de inutilidad.
- Depresión, irritabilidad y estado defensivo.
- Fatiga mental: problemas de concentración, pensamiento poco fluido, esfuerzo continuo, dificultad para emprender nuevas acciones.
- Negación: Ignorar síntomas, negar problemas, continuar trabajando a pesar de estar demasiado cansado para continuar.
- Arrebatos de emoción: sentimientos que afloran y desaparecen súbitamente en lugar de perdurar como un estado de ánimo predominante.

- Preocupaciones y pensamientos obsesivos: una conciencia continua del evento estresante que irrumpe de manera recurrente, más allá de los límites del pensamiento necesario para resolver un problema.
- Ideas intrusivas: sorpresivas y súbitas, pensamientos que no tienen nada que ver con la tarea mental en curso.
- Pensamientos, sensaciones y emociones persistentes o ideas que la persona es incapaz de detener.
- Hipervigilancia: un estado de alerta, indagación y búsqueda desproporcionada, que se caracteriza por una tensa expectativa.
- Insomnio: imágenes e ideas persistentes que dificultan la conciliación del sueño.
- Malos sueños: pesadillas y despertares angustiosos

Signos de comportamiento

- Evasión: del trabajo, de las amistades, de la responsabilidad.
- Drogadicción: Alcoholismo, drogas, juego, derroche.
- Abandono: Atraso del trabajo, desaseo, vestir descuidado.
- Problemas legales: Deudas, infracciones, accidentes, robos, violencia.

Signos físicos

- Enfermedades frecuentes de todo tipo, contracturas musculares y dolores de columna vertebral como lumbalgia, ciática o dolor cervical.
- Dolencias menores: Náuseas, insomnio, dolor de cabeza, problemas digestivos, cambios de peso, cambios de apetito, problemas sexuales.
- Agotamiento físico: Fatiga continua, cansancio sin causa.

3.1.e IMPORTANCIA DE LA RELAJACION

Conceptos previos a la relajación

La relajación es algo más que dejarse caer o descansar, va más allá: supone hacer el vacío, desconectar psíquica y físicamente del estrés diario, cambiar

del ritmo de las ondas de la vigilancia llamadas beta al ritmo de las ondas alfa que producen calma y regeneran las neuronas.

Entendemos por relajación un espacio de tiempo en el que las cuidadoras realizan una serie de ejercicios que les permiten reducir voluntariamente el grado de tensión física y mental al que están sometidas.

Consta de tres fases:

FASE de ENTRADA:

Descenso progresivo del estado de conciencia hasta entrar en el estado de relajación.

FASE de PAUSA:

La persona permanece en estado de relajación.

FASE de SALIDA:

Alrededor de 5 minutos para que la cuidadora salga del estado de relajación progresivamente así evitaremos mareos, cefaleas o desconciertos.

No hay relajación buena ni mala, hay o no hay relajación en diferentes niveles.

Hay diferentes posiciones (sentado, decúbito supino o lateral) pero las condiciones comunes a todas son: que la posición sea estable y confortable, que la espalda esté alineada, brazos y piernas no cruzadas, pies ligeramente separados, las palmas de las manos mirando hacia arriba, superficies de apoyo no demasiado blandas.

Se utilizarán toallas, almohadas, aislantes, colchonetas, cojines, o cualquier cosa que ayude a buscar la postura adecuada sin que haya ningún punto doloroso. Ni mucha luz ni muy oscuro, en penumbra y evitando interrupciones.

Descalzado pero con calcetines, ropa cómoda, evitar el frío o el calor excesivo. Lo más cómodo posible y que nada le pueda molestar. Si se distrae vuelva al ejercicio sin luchar contra ningún pensamiento pero volviendo siempre a su respiración, su cuerpo relajado y en paz consigo mismo.

Beneficios de la relajación: restablecimiento (equivale a tres horas de descanso), reequilibrio interno, regulación emocional, regulación de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria, control del dolor, aumento

del rendimiento físico y mental, reducción de la ansiedad y los temores, nos pone en contacto con nosotros mismos, mejora el insomnio, el dolor, etc.

La relajación va unida a la respiración. Respirar profundamente en un lugar tranquilo, rodeado de paz puede relajarnos, llenarnos de energía y disminuir el estrés, la irritabilidad y la fatiga.

Aunque la relajación es una técnica muy útil y con escasos efectos colaterales negativos, deben tenerse algunas precauciones en su utilización. No está indicada en estados psicóticos, reacciones disociativas, ideaciones paranoicas, condiciones derivadas de una disfunción tiroidea reacciones cardiovasculares desagradables, en estados de pánico o epilepsia. A veces puede evocar emociones y pensamientos ocultos o inducir una desactivación excesiva con aparición de hipotensión o hipoglucemia temporales.

La terapia de la relajación tiene una extensa historia en medicina, psicología clínica y psiquiatría. De acuerdo con Benson, Bery y Carol (1974), "la respuesta a la relajación parece ser una respuesta integrada hipotalámica de la cual resulta una decreciente actividad generalizada del sistema nervioso simpático y quizá también un incremento de la actividad parasimpática. Entre las autoridades en técnicas de relajación hay acuerdo con la idea de que ocurren cambios positivos somáticos y cognitivos durante la relajación.

Dentro de la psicología, una de las técnicas de mayor utilidad terapéutica la constituye la relajación. Con este tipo de método la persona puede ir controlando tanto respuestas puramente fisiológicas de tensión muscular, como aquellas en las que el factor cognitivo con un alto nivel de ansiedad sea el motivo principal.

Los ejercicios de relajación se recomiendan al final de la recuperación activa y reducen eficazmente la frecuencia cardiaca, la tensión arterial y las arritmias cardiacas. Debe dedicarse tiempo suficiente a la recuperación activa antes de proceder a la relajación, por ese motivo es importante la disminución progresiva del esfuerzo en los últimos cinco minutos del ejercicio.

Las técnicas de relajación son útiles para pacientes hiperactivos. Con demasiada frecuencia el ritmo febril del día se inmiscuye en la sesión de entrenamiento, ya que los pacientes se aceleran para realizar la sesión, a menudo tras haber llegado tarde, y tratan de "recuperar" durante la clase, se apresuran a terminar para llegar a tiempo al próximo compromiso. Es probable que este comportamiento redunde negativamente en los beneficios del ejercicio. Los ejercicios de relajación aseguran un breve respiro de la actividad frenética, y tal vez ayuden a aliviar el estrés y mejoren el sueño.

Muchos y muy variados son los métodos que existen hoy en día, todos ellos tiene como factor común el hecho de que se necesitan un mínimo 4 elementos para ayudar a alcanzar la respuesta de relajación adecuada.

- Un medio ambiente tranquilo.
- Una cierta distensión del tono muscular, utilizando o bien una silla cómoda o una colchoneta.
- Alguna palabra, sonido o frase repetida.
- Las técnicas de relajación son muy diversas y dependen por regla general de la programación de cada centro rehabilitador.

En la relajación se indica, que una vez cerrados los ojos y en silencio, traten de concentrarse en lo que el monitor vaya diciendo, intentando aislarse del mundo exterior y de todas las preocupaciones posibles.

La vuelta a la situación de actividad se realiza:

- Abriendo y cerrando los puños.
- Flexionando y extendiendo las extremidades inferiores.
- Realizando inspiraciones y espiraciones profundas.
- Por último abriendo los ojos.

Objetivos de la relajación

1. Actuar sobre el tono muscular, circulación sanguínea, latidos cardíacos, respiración, control mental.
2. Intentar conseguir un control de la afectividad favoreciendo una relación adecuada entre la persona y el medio donde se desenvuelve.
3. Alcanzar progresivamente un profundo conocimiento del esquema corporal, tomando conciencia los pacientes, del funcionamiento de las diferentes partes de su cuerpo, tanto de grupos musculares como de distintos órganos.
4. Conseguir una mejora de la imagen corporal tan perturbada en este tipo de patología, haciéndoles conocer lo que es su cuerpo, cómo funciona y cómo pueden llegar a controlarlo.