



Servicio  
Canario de Salud

# **TALLER DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA PARA PERSONAS CUIDADORAS**

**Dirección General de Programas Asistenciales.**

**Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.**

# INDICE

---

<b>Presentación del Taller.</b> -----	<b>5</b>
<b>Introducción.</b> -----	<b>6</b>
<b>Objetivo General.</b> -----	<b>9</b>
<b>Objetivos Específicos.</b> -----	<b>10</b>
<b>Organización del Taller.</b> -----	<b>11</b>
<b>Evaluación.</b> -----	<b>13</b>
<b>BLOQUES TEMÁTICOS:</b>	
<b>Bloque I: La Experiencia de cuidar.</b>	
Unidad didáctica 1. La importancia de la cuidadora.-----	<b>15</b>
Unidad didáctica 2. Envejecimiento.-----	<b>19</b>
Unidad didáctica 3. La familia con una persona mayor dependiente.-----	<b>24</b>
<b>Bloque II: Cuidar.</b>	
Unidad didáctica 4. Higiene personal.-----	<b>31</b>
Unidad didáctica 5. Higiene del entorno.-----	<b>40</b>
Unidad didáctica 6. Movilizaciones. Ejercicio físico.-----	<b>47</b>
Unidad didáctica 7. Úlceras por presión.-----	<b>52</b>
Unidad didáctica 8. Alimentación y Nutrición.-----	<b>57</b>
Unidad didáctica 9. Eliminación.-----	<b>69</b>
Unidad didáctica 10. Cuidados respiratorios.-----	<b>80</b>
Unidad didáctica 11. Administración de medicamentos.-----	<b>86</b>
Unidad didáctica 12. Síntomas de alarma.-----	<b>90</b>
Unidad didáctica 13. Cuidados en la demencia.-----	<b>93</b>
<b>Bloque III: Cuidarse.</b>	
Unidad didáctica 14. Cuidar y cuidarse.-----	<b>113</b>
Unidad didáctica 15. Higiene postural.-----	<b>119</b>
Unidad didáctica 16. Ejercicios de relajación.-----	<b>130</b>
Unidad didáctica 17. Comunicarse.-----	<b>138</b>
Unidad didáctica 18. Recursos sociosanitarios.-----	<b>143</b>
<b>Anexos.</b>	
Anexo N° 1. Fichas de datos básicos de la cuidadora.-----	<b>149</b>
Anexo N° 2. Cuestionario de evaluación.-----	<b>150</b>
Anexo N° 3. Material de apoyo.-----	<b>155</b>



## **AGRADECIMIENTOS.**

---

Queremos hacer un agradecimiento especial a todas las personas cuidadoras que han participado en los diferentes talleres, organizados en las zonas básicas de salud que han intervenido en este proyecto.

Este grupo de mujeres nos han aportado su experiencia de muchos años de cuidados al cargo de padres y madres, hijos/as, esposos, hermanos, suegros..., pero, sobre todo, nos han transmitido sus ilusiones, su afecto, y sus recomendaciones para otras personas que son o serán responsables de los cuidados familiares y a las que va dirigido este taller de formación.



## COLABORADORES.

---

**Barrios Torres, Rosario.** D.U.E. de Atención Primaria. Gran Canaria.

**Cerdeña Marrero, Jesús.** D.U.E. de Atención Primaria. Tenerife.

**Chaneta Pareja, Alberto.** D.U.E. de Atención Primaria. Tenerife.

**Déniz García, Judith.** D.U.E. de Atención Primaria. Gran Canaria.

**Díaz Domínguez, Angeles.** Trabajadora Social de Atención Primaria. Tenerife.

**Duarte Clímets, Gonzalo.** Técnico del Sº. de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

**Expósito Alvarez, Nieves.** D.U.E. de Atención Primaria. Tenerife

**Flores Curbelo, Mª José.** D.U.E. de Atención Primaria. Tenerife.

**González Pérez, Teodoro.** D.U.E. de Atención Primaria. Tenerife.

**González Silva, Sabina.** D.U.E. de Atención Primaria. Gran Canaria.

**Izquierdo Mora, Mª. Dolores.** Técnica del Sº. de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

**Montesinos Afonso, Nieves Mª.** D.U.E. de Atención Primaria. Tenerife.

**Moreno Miranda, Rafael.** D.U.E. de Atención Primaria. Gran Canaria.

**Muñoz López, Eloína.** D.U.E. de Atención Primaria. Gran Canaria.

**Pérez Díaz, Gálata.** Técnica del Sº. de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

**Pérez García-Talavera, Carlos J.** D.U.E. de Atención Primaria. Tenerife.

**Pérez Mejías, Guadalupe del Rosario.** D.U.E. de Atención Primaria. Gran Canaria.

**Prieto Pousada, José.** D.U.E. de Atención Primaria. Gran Canaria.

**Saavedra Jiménez, Luisa.** Trabajadora Social de Atención Primaria. Tenerife.

**Santana Hernández, Esther.** D.U.E. de Atención Primaria. Tenerife.

**Sicilia Sosvilla, Ignacio.** D.U.E. de Atención Primaria. Tenerife.

**Hernández Albertos, Alejandrina.** Composición gráfica y corrección de estilo.



## **PRESENTACION.**

---

Este Taller pretende ser una ayuda para el personal sanitario y, en especial, a los enfermeros/as preocupados por la necesidad de información, apoyo y reconocimiento de las cuidadoras informales.

Está basado en el Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria del Servicio Canario de Salud, y estructurado de manera que sea de fácil manejo, tanto para la educación de grupos como para la educación individual.

Para cualquier sugerencia o información que precise sobre las unidades didácticas de este taller puede dirigirse al Servicio de Atención Primaria de la Dirección de Programas Asistenciales.

Puede establecer contacto con nosotros a través de los Tfnos: 922/475787/89/90 o de fax: 922/475735.



## INTRODUCCIÓN

---

### **Papel de la Cuidadora.**

Todos nosotros, a lo largo de nuestra vida, recibimos cuidados de salud. Estos cuidados provienen básicamente de dos tipos de servicios: de una parte los que se denominan servicios sanitarios formales, es decir, la atención sanitaria institucionalizada (Atención Primaria de Salud, Atención Hospitalaria y Atención Sociosanitaria), y de otra parte, los sistemas informales de atención a la salud o cuidados informales.

El cuidado informal es aquella prestación de cuidados a personas dependientes (personas mayores, enfermos crónicos, discapacitados, etc.) por otra parte de la familia, los amigos, vecinos u otras personas que **no** reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

Según la OMS, las minusvalías son las desventajas sociales en relación con el entorno que puede padecer una persona como consecuencia de alguna discapacidad que le limite gravemente, o le impida el desempeño de la actividad que le es normal en función de su edad, sexo y otros factores socioculturales. Por tanto, las personas cuyo grado de discapacidad o edad no les permite realizar las actividades de la vida diaria de forma autónoma, son personas que dependen de otras para ello, es decir son dependientes.

Gran parte de las personas dependientes reciben el cuidado que precisan fuera del sistema sanitario. La familia es la que proporciona, en mayor medida, el cuidado requerido.

Estudiosos del tema afirman que, en nuestro país, el sistema sanitario formal dispensa el 12% del tiempo total dedicado al cuidado de la salud; el 88% restante lo realiza el sistema informal, fundamentalmente en el domicilio.

Dentro de la familia, la prestación de cuidados no acostumbra a repartirse por igual entre sus miembros, sino que existe una “cuidadora principal”, sobre la que recae la mayor responsabilidad del cuidado y proporciona la mayor parte de la asistencia y del apoyo diario a quien padece la enfermedad y le permite seguir viviendo en su entorno. Con frecuencia se le hace difícil delegar parte de este trabajo y se crea una fuerte dependencia de éste hacia la persona cuidada.

Estudios realizados en otros países europeos ponen de manifiesto que un gran grupo de población que precisa algún tipo de soporte familiar es el de las personas mayores, ya que el 44% de ellos viven con la cuidadora principal, y la mayoría necesita ayuda para bañarse, tomarse los medicamentos, preparar la comida, etc.

El hecho de cuidar a un familiar en el hogar, repercute en diferentes áreas de la vida de la persona cuidadora y en el funcionamiento familiar. Las cuidadoras dedican mucho tiempo al cuidado, con una elevada carga física y mental, alterándose su vida en el ámbito emocional, laboral, social, etc., dando lugar, en ocasiones, al denominado “Síndrome del Cuidador”.

Todo ello pone de manifiesto que el cuidar a lo largo del tiempo a personas discapacitadas, supone la renuncia a una parte de la propia vida de la cuidadora. Por ello, para que el cuidar sea posible y soportable, hay que tener en cuenta las necesidades de formación de las personas cuidadoras, así como sus condiciones sociales y afectivas.

### **Educación a la cuidadora.**

Algunos estudios realizados sobre intervenciones de ayuda por parte de enfermeras/os a cuidadoras familiares de personas dependientes, demuestran que la información y la formación de la familia de personas dependientes mejoran la calidad de vida de los enfermos y de sus familiares.

Por otro lado, en algunos estudios, las cuidadoras refieren disponer de poca información sobre las posibilidades de accesos a servicios de ayuda (sanitarios, sociales, de voluntariado...). Manifiestan poco soporte material, moral y físico, y una falta de atención y coordinación del sistema sanitario y social.

La educación sanitaria, de por sí, es una componente integral de la enfermería. Desde principios de siglo, las enfermeras han ido incorporando la educación sanitaria a su papel de profesional; basta con recordar las actividades en salud pública iniciadas con Florence Nightingale.

Este papel que con el paciente se entiende básico, en cualquier ámbito de actuación del enfermero/a, no lo es menos en el trabajo con la familia, enseñando, respaldando y logrando una mayor autonomía de la persona que cuida, y mejorando la calidad de vida de la que se cuida. En atención primaria esta labor forma parte de la actividad diaria de los enfermeros/as del equipo de salud, y como tal se recoge en los servicios y programas que se prestan. El Programa de Atención a las Personas Mayores, es un claro ejemplo y así se recoge en su objetivo número 5 “*Promover la incorporación de conocimientos que favorezcan la adquisición de hábitos saludables con relación a la dieta, ejercicio, hábitos tóxicos (alcohol y tabaco), automedicación y utilización del ocio*”.



Este taller de formación de las cuidadoras pretende ser una manera de ayudarles en esta dura tarea, no siempre reconocida y valorada pero de gran importancia para todos: la sociedad en general que integra a sus mayores, el sistema sanitario con las repercusiones económicas en reducción de costes por estancias que esta actividad posibilita y la persona cuidada que puede así seguir disfrutando de una vida entre los suyos y en un entorno familiar que le es propio.

En nuestra experiencia de trabajar con cuidadoras informales, hemos encontrado que más del 90% son mujeres. Creemos hacer justicia al emplear el término femenino “cuidadora” a lo largo de este documento.





## **OBJETIVO GENERAL.**

---

Conseguir, mediante la información, el consejo y la educación, que las personas cuidadoras apliquen, evalúen y reajusten los cuidados que proporcionan y las medidas de autocuidado en su vida cotidiana.



## OBJETIVOS ESPECIFICOS.

---

- Aumentar el grado de conocimientos de las cuidadoras principales en los cuidados básicos del paciente en el domicilio.
- Dotar a las cuidadoras de la información, conocimientos y habilidades necesaria, que le ayuden a desarrollar, de forma eficaz su papel de cuidadora.
- Mejorar la percepción de la autoestima de las cuidadoras principales.
- Mejorar el nivel de información sobre los recursos sociosanitarios de la zona.



## ORGANIZACIÓN DEL TALLER.

---

### 1. Criterios de Inclusión.

El Taller va dirigido a todas las personas cuidadoras de los pacientes incluidos en el Servicio de Atención Domiciliaria de la Zona Básica de Salud.

Para su captación se utilizarán las fuentes disponibles de información: consultas a demanda/programadas, Servicios Sociales del Ayuntamiento, parroquia, censo de personas cuidadoras, etc.

En una primera etapa, se establecerán niveles de prioridad con relación a las demandas de las Unidades de Atención Familiar (UAF) u otros servicios. En caso de no existir prioridad por parte de las UAFs se podrá utilizar los criterios del programa de Atención a las Personas Mayores, que identifica dos grandes grupos de intervención:

- Cuidadoras de personas mayores de riesgo o especialmente vulnerables. Son aquellas que presentan dos de estos criterios: vivir solo, ser mayor de 80 años, ingreso hospitalario en el último año, pérdida de la pareja en el último año, afección crónica invalidante, problemática social, o sólo un criterio que sea estar incluido en atención domiciliaria, o padecer demencia o enfermedades en fase terminal.
- Cuidadoras de personas mayores no riesgo. Son personas mayores de mayor o igual de 65 años que no presentan criterios de riesgo definidos.

Se formarán grupos de 10 – 12 cuidadores. El taller tendrá un carácter flexible en cuanto a su contenido, por lo que este se podrá adaptar a las necesidades de formación de las cuidadoras. Para conocer las necesidades de formación se elaborará un cuestionario previo. (Anexo 2. Cuestionario de evaluación).

### 2. Lugar.

El Taller se desarrollará en horario adaptado a las necesidades de las cuidadoras. Se programará bajo el criterio de accesibilidad, por lo que, en la medida de lo posible, este se impartirá en locales próximos al domicilio de las cuidadoras que reúnan las condiciones adecuadas para este tipo de actividad.



### **3. Cronograma.**

Las sesiones serán semanales, con una duración aproximada de dos horas en cada clase y durante cuatro semanas consecutivas, aunque esta programación podrá ser flexible en relación con las necesidades planteadas por el grupo.

### **4. Gestión de la cita.**

Se abrirá una agenda / libro de citas con el día y hora de celebración del taller, así como los datos administrativos de la cuidadora. Esta agenda se gestionará directamente por las personas responsables del taller al objeto de agilizar la formación de los grupos y garantizar su constitución. La derivación a los monitores del taller podrá ser bien por la UAF, red social del municipio, otras cuidadoras, etc. Una vez captados para el taller, se les registrará y citará concretando la fecha, hora y lugar de celebración.

### **5. Coordinación con otros Servicios y con el Equipo de Atención Primaria.**

Al objeto de alcanzar una mayor cobertura y una adecuada coordinación con el resto de los miembros del equipo de salud y otros responsables de la red social del municipio, la información del contenido del taller, se presentará en el equipo, así como en todos aquellos lugares susceptibles de captar cuidadoras: asociaciones, ayuntamiento, parroquia,...

Para garantizar que la cuidadora pueda disponer de ayuda que le permita ausentarse del domicilio para su asistencia al taller, los monitores del taller se coordinarán con las personas responsables de la gestión de la ayuda domiciliaria de los ayuntamientos.



## LA EVALUACIÓN.

---

La cobertura se evaluara al finalizar los talleres, utilizando como indicadores:

### Porcentaje de cobertura total:

$$\frac{\text{Número de cuidadoras asistentes al total del taller}}{\text{Nº total de cuidadoras conocidos de la zona básica}} \times 100$$

### Porcentaje de participación:

$$\frac{\text{Número de cuidadoras asistentes al inicio del taller}}{\text{Nº total de cuidadoras al total del taller}} \times 100$$

### Porcentaje de participación media:

$$\frac{\text{Número medio de participantes por sesión}}{\text{Nº total de participantes}} \times 100$$

### Conocimientos:

Los conocimientos adquiridos se valorarán durante el taller mediante una evaluación continua: preguntas, participación, etc.

Algunos conocimientos, por su naturaleza eminentemente práctica (baño en cama, cambios posturales, etc.) se evaluarán, si fuese necesario, en las diferentes visitas domiciliarias que los monitores o la UAF de referencia tenga que realizar, o bien se acordarán visitas con las cuidadoras asistentes al taller, para esta finalidad.

Se desarrollará mediante cuestionarios post para evaluar el nivel de aceptación del taller por las cuidadoras. (Anexo N°2. Cuestionario de evaluación)



**BLOQUE I: LA EXPERIENCIA DE CUIDAR.**



## **UNIDAD DIDACTICA 1. IMPORTANCIA DE LA CUIDADORA.**

---

### **OBJETIVO:**

La cuidadora conocerá la importancia de su labor en la calidad de vida de la persona a su cuidado en el domicilio.

### **CONTENIDOS:**

1. La cuidadora familiar como pilar de provisión de cuidados a personas dependientes.
2. La cuidadora familiar: objetivo básico de la atención domiciliaria.
3. Situación de la cuidadora en la sociedad actual.

### **ACTIVIDADES:**

- Exposición de los puntos desarrollados en el contenido con apoyo de material visual.
- Reflexión - diálogo con los miembros del grupo sobre lo expuesto anteriormente.



## **DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:**

### **1. LA CUIDADORA FAMILIAR COMO PROVEEDORA DE CUIDADOS.**

A lo largo de nuestra vida recibimos cuidados de salud que provienen básicamente de dos tipos de servicios: de una parte, los que se denominan servicios sociosanitarios formales, es decir, la atención sociosanitaria prestada por diferentes profesionales, y de otra parte, los servicios informales, que es aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de la familia, los amigos, los vecinos u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

La cuidadora familiar es el pilar del sistema de provisión de cuidados informales a las personas mayores que precisan atención sociosanitaria en el domicilio, y es un elemento imprescindible para que el paciente pueda seguir viviendo en la comunidad.

La estancia en el domicilio mejora la calidad de vida de la persona confinada respecto a la institucionalización, reduciendo de una manera sensible los costes para los servicios públicos sociales y sanitarios.

### **2. LA CUIDADORA FAMILIAR: OBJETIVO BÁSICO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.**

Las cuidadoras familiares han de ser consideradas como objetivos básicos del sistema de atención a los pacientes confinados en la comunidad.

El cuidado de la persona confinada supone una gran carga física y emocional para la cuidadora, estando ésta sometida a un desgaste afectivo prolongado con relación a la evolución de la enfermedad, la aceptación del deterioro que sufre el paciente y la propia ayuda física prestada, de forma constante, al enfermo.

Entre los efectos que la relación de ayuda tiene para la cuidadora se destacan cuatro aspectos principales: la salud, la vida familiar, la actividad y el ocio.

Las cuidadoras suelen acumular una pluripatología derivada de los esfuerzos físicos y la tensión emocional producto de su trabajo. Esta situación se acentúa cuando las personas





mayores incapaces requieren muchos cuidados, puesto que su atención se convierte en el elemento central de la vida de las personas cuidadoras y, por tanto, supedita el resto de sus facetas personales.

Cuidar a un familiar enfermo significa cumplir un deber donde se compagina la obligación con el cariño, pero el abandono a que se encuentran sometidos los familiares cuidadores, en algunas ocasiones, por parte de los servicios sociales y sanitarios, les conlleva un gran esfuerzo.

Al hablar de prestación de apoyo de la familia, de cuidados y atención a los miembros que lo necesitan, es preciso señalar que son miembros concretos quienes prestan esos servicios. Son sobre todo las mujeres, mayoritariamente las hijas o las esposas, quienes responden a las demandas de cuidados que caen sobre la familia, estando ello relacionado con las concepciones de los roles masculinos y femeninos según los cuales la mujer es vista como responsable del cuidado de los miembros de la familia.

La continuidad del esquema tradicional que asocia los valores femeninos al cuidado de personas de cualquier edad, conlleva una situación difícil para este colectivo que agota su tiempo y salud en el cuidado. Se requiere un reparto equitativo de responsabilidades familiares y domésticas que permitan conciliar vida familiar y laboral.

### **3. SITUACIÓN DE LA CUIDADORA EN LA SOCIEDAD ACTUAL.**

El perfil de las cuidadoras señala su transitoriedad debido al acceso de las mujeres más jóvenes al mercado laboral, por lo que muchas mujeres que actualmente cuidan a sus padres mayores afirman que no esperan la misma ayuda por parte de sus propios hijos.

Se asegura una confrontación por dos derechos, el derecho individual al trabajo y el derecho de las personas mayores dependientes a ser cuidadas y atendidas.

El aumento de personas mayores dependientes que necesitarán ayuda y protección, señala la necesidad de amparo para las cuidadoras que conlleva el reconocimiento social de esta figura, las prestaciones económicas y el desarrollo de servicios sociosanitarios de atención como el servicio de ayuda a domicilio o los servicios intermedios que ofrecen estancias temporales en centros gerontológicos.



De no ser así, se seguirá produciendo la siguiente paradoja:

**PARA CONSEGUIR LA INCLUSIÓN SOCIAL DE UNA PARTE DE LA POBLACIÓN, “LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES”, SE PRODUCE LA EXCLUSIÓN SOCIAL DE OTRA PARTE DE LA POBLACIÓN: “LAS PERSONAS CUIDADORAS”.**



## **UNIDAD DIDACTICA 2. ENVEJECIMIENTO.**

---

### **OBJETIVOS:**

La cuidadora, al finalizar la sesión, reconocerá aquellas actuaciones que favorecen un envejecimiento saludable.

### **CONTENIDOS:**

1. Principales problemas de salud en las personas mayores.
2. Aspectos generales del envejecimiento. Factores físicos y psicosociales.
3. Funcionalidad en las personas mayores. Relación con las actividades de la vida diaria.
4. Envejecimiento saludable.

### **ACTIVIDADES:**

- Explicación teórica, mediante la ayuda de diaporamas, del contenido de la unidad.
- Reflexión - discusión con el grupo sobre las actividades que ellos realizan, uso de la red de ocio de su zona básica, pertenencia a clubes, asociaciones, etc.



## DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:

### 1. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES.

El envejecimiento es un conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos. Es un proceso universal (afecta ineludiblemente a todos los seres vivos) y presenta una variabilidad individual (no todos envejecemos al mismo tiempo ni de la misma forma).

Se debe entender la vejez como una fase más de nuestro ciclo vital (como la infancia, la adolescencia y la madurez), con sus características propias, unas más agradables que otras, que se irán presentando de forma progresiva en función de factores intrínsecos (genéticos, hereditarios), actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida.

*“Se envejece tal como se vive”.*

Los problemas más frecuentes en la vejez tienen relación fundamentalmente con la funcionalidad física y psíquica de la persona, la capacidad de autonomía y vivir de forma independiente y adaptada a su entorno.

### 2. ASPECTOS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO. FACTORES FÍSICOS Y PSICOSOCIALES.

**2.1.- Envejecimiento Físico:** El envejecimiento no se produce en todos nuestros órganos y sistemas al mismo tiempo.

- Apariencia física, postura y marcha: El envejecimiento condiciona una disminución de la masa muscular y del agua corporal total. Estos cambios, aparte de modificar la apariencia física, disminuyen de forma importante la fuerza muscular y suponen una menor resistencia frente a la deshidratación.

La piel sufre una importante atrofia, apareciendo las arrugas, laxitud cutánea, palidez, encanecimiento, pérdida de pelo, etc.



La talla disminuye debido fundamentalmente a cambios que acontecen en la columna vertebral (5-6 cm para las mujeres, 3-5 cm para los hombres), que se ve favorecida por la postura de flexión de caderas y rodillas y la curvatura en la columna.

La marcha se modifica por cambios en el sistema nervioso, pérdidas neuronales e incoordinación.

- Órganos de los sentidos: vista, oído, gusto, olfato y tacto: la vista es uno de los sentidos más afectados, disminución de la agudeza visual (alta frecuencia de cataratas, glaucoma); disminución de la audición, sobre todo de los sonidos más agudos o de alta frecuencia; disminución de las papilas gustativas y las células olfatorias; y la disminución de la agudeza táctil y la sensibilidad a la temperatura.
- Sistemas y órganos internos: sistema cardiovascular (disminución de la actividad de marcapasos, disminución del gasto cardíaco, engrosamiento y pérdida de elasticidad de las venas y arterias, aumento progresivo de la TA sistólica); aparato respiratorio (distensión de la pared torácica, disminución de la capacidad vital con déficit de oxigenación, tos menos efectiva); aparato digestivo (masticación deficiente por disminución de la producción de saliva y pérdida de dentición, enlentecimiento del tránsito digestivo que produce estreñimiento); aparato genito-urinario (disminución de la capacidad de la vejiga y del tono muscular e los esfínteres que producen incontinencia, retención o infecciones recidivantes), sistema endocrino (disminución de la producción de las hormonas), sistema inmunitario y hematológico (aumenta la probabilidad de infecciones por modificaciones significativas de los valores hematológicos).

**2. 2.- Envejecimiento Psíquico:** Las características psicológicas de la persona mayor dependen de su historia personal previa, de su propio envejecimiento y de los mecanismos de adaptación que posea. Sufre una pérdida de autonomía personal, pérdida de seres queridos, jubilación, dependencia,...

La disminución de la actividad psicomotriz y de la velocidad de procesamiento de información, y la pérdida de la memoria reciente son muy características. En cuanto a la personalidad tienden al egocentrismo, con tendencias a almacenar cosas en un intento de asegurar el futuro.

**2. 3.- Envejecimiento Social:** La persona mayor, tras la jubilación, se convierte en un desocupado, improductivo, con pérdida del poder económico y de las relaciones sociales que



a menudo van ligados al mundo laboral. Todo esto, con frecuencia, significa un aislamiento social del mayor por la pérdida de rol.

### **3. FUNCIONALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES. RELACIÓN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.**

La persona dependiente, es aquella que no puede hacer, sin ayuda, determinadas actividades de la vida diaria, las consideradas esenciales para autocuidarse o para el desarrollo normal de su vida diaria.

Cuando hablamos de dependencia, es importante referirla a la capacidad funcional, es decir, si la persona carece o ha perdido la aptitud para la realización de alguna de las actividades de la vida diaria (AVD). La capacidad funcional puede ser medida en las valoraciones individuales, como actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Las ABVD son las relacionadas con el autocuidado: levantarse, acostarse, vestirse, caminar, alimentarse, aseo personal,...

Las AIVD son las relacionadas con las tareas habituales para vivir de manera independiente como cocinar, lavar, hacer compras, manejar dinero, controlar la medicación, utilizar medios de transporte,...

### **4. ACTUACIONES QUE FAVORECEN UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.**

Aunque hay enfermedades claramente ligadas al hecho de envejecer (demencias, enfermedades degenerativas,...), la mayoría de las enfermedades o invalideces que encontramos en nuestros mayores dependen de situaciones socioeconómicas o sanitarias previas, y sus consecuencias podrían mitigarse con un adecuado control. Por ejemplo:

Osteoporosis..... Fractura de cadera  
Hipertensión..... Accidente cerebrovascular (ACV)  
Diabetes .....Ceguera, Infarto,...

Otras actividades que favorecerían una vejez más saludable podrían ser:



- Aumentar la seguridad.
- Potenciar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, y paliar así posibles problemas de aislamiento y soledad.
- Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia y su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales,...
- Favorecer la prevalencia de sentimientos positivos ante la vida, desterrando actitudes autocompasivas.

En situaciones de gran deterioro cognitivo o personas muy mayores, con pérdida de autonomía, se recomienda la creación de rutinas diarias, crear un entorno seguro y estimulación psicomotriz (con pequeños ejercicios) y cognitiva (memoria y orientación).

**ES MUY IMPORTANTE FOMENTAR EL AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS MAYORES.**



## UNIDAD DIDÁCTICA 3. LA FAMILIA CON UNA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE.

---

### OBJETIVOS:

1. La cuidadora conocerá la importancia de la familia y las situaciones que se presentan en este momento de la vida.
2. La cuidadora reconocerá los cambios que se han producido en nuestra familia desde que nos hemos hecho cargo de la persona mayor.

### CONTENIDOS:

1. Funciones de la familia, tipos y etapas.
2. Dificultades, tareas y recomendaciones.

### ACTIVIDADES:

- Ejercicio 1. Cada cuidadora dibujará su propia familia en diagramas y la cuidadora se sitúa en ella.
- Exposición de las cuestiones teóricas a raíz de los diagramas realizados.
- Ejercicio 2. Favorecer la expresión de los sentimientos con relación a:
  - De quién me siento más cerca y lejos.
  - Qué cosas ya no hacemos en la familia.
  - Qué cosas han cambiado en mi familia.
  - Gracias a mi familia....
  - Hablar sobre las recomendaciones y a quien acudir.





## DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:

### 1. FUNCIONES DE LA FAMILIA, TIPOS Y ETAPAS.

**1. 1.- La familia ha sido definida** de muchas maneras por los distintos autores. En general se concibe como un grupo de dos o más personas relacionadas por vínculos de afecto, matrimonio o parentesco, lazos de sangre y/o de convivencia.

La familia está organizada antropológicamente para realizar **un conjunto de funciones**; las que se consideran básicas universalmente son: Función educativa, función económica, función sexual y función reproductora. (Farber, 1987).

En nuestra sociedad la familia tiene funciones específicas como son: socializar a los niños, enseñar a sus miembros a amar, a ser autorresponsables y enseñar roles. Además ofrece afecto, asistencia nutritiva, identificación, estatus, apoyo económico, consejo; cuidado de los niños, las personas mayores y enfermos.

**1. 2.- Los tipos de familia** cada vez se diversifican más. Podemos hablar del tipo básico que es la familia nuclear, formada por la pareja y los hijos o sin ellos. También tenemos las familias monoparentales con un solo progenitor, las familias con pareja del mismo sexo con o sin hijos, familias adoptivas, familias de tres o cuatro generaciones, parejas ancianas, familias reconstituidas con hijos de uniones anteriores, entre otras.

**1. 3.- El ciclo vital de la familia.** La familia como la persona, es dinámica y viva, pasando por distintas etapas que forman parte de un ciclo de vida. Estas etapas se llaman según los distintos autores de manera diferente, pero son básicamente las siguientes:

- 1ª. Etapa. Parejas jóvenes sin hijos.
- 2ª. Etapa. Nacimiento del primer hijo.
- 3ª. Etapa. Familia con hijos adolescentes.
- 4ª. Etapa. Emancipación de los hijos.
- 5ª. Etapa. Familias en edad tardía o del Nido Vacío. La pareja ha pasado la edad fértil y los hijos se han marchado de casa, en ocasiones coincide con la jubilación.
- 6ª. Etapa. Muerte de alguno de los cónyuges.



## 2. DIFICULTADES, TAREAS Y RECOMENDACIONES.

### 2. 1.- La familia ante el aumento de dependencia de la persona mayor o la asunción de la convivencia con una persona dependiente.

Llegada la 5ª etapa del Ciclo Vital de la familia en que los cónyuges son mayores y probablemente jubilados como ya hemos dicho, actualmente, con el aumento de la esperanza de vida, este momento cada vez se alarga más y ha dado lugar a diferentes tipos de familia entre las que están:

- Pareja mayor sin hijos.
- Persona mayor sola.
- Familia plurigeneracional formada por tres o cuatro generaciones.

La situación de dependencia y pérdida de autonomía que sobreviene por el envejecimiento progresivo, por la enfermedad o por un accidente en la persona mayor, es lo que provoca en la mayoría de las ocasiones, un cambio de situación y la necesidad de que ésta cuente con personas que la atiendan.

En todos los casos se produce un momento de crisis en la familia que asume los cuidados y de adaptación a la nueva situación que resulta más compleja en la medida que haya sido inesperado o existieran problemas anteriores no resueltos. En todo caso la familia asegura un cuidado de calidad al mayor y las funciones suelen ser asumidas por una sola persona (la cuidadora principal), con ayudas ocasionales de los restantes miembros de la familia. Este hecho a pesar de parecer injusto es altamente funcional, siempre que el papel sea aceptado por la persona que lo asume y tenga tiempo de respiro.

### 2. 2.- Dificultades de la familia que se presentan más habitualmente ante estas situaciones:

- **Cambios en las funciones.** En ocasiones las funciones de cada uno se alteran al tener que asumir otras nuevas para que alguien (la cuidadora principal) se ocupe de la persona dependiente; o se invierten los papeles por causa de la dependencia. Por ejemplo hijos que asumen nuevas funciones, cónyuges que se quedan periféricos, la hija que hace de madre de su propia madre al cuidarla, etc.
- **Cambios de relación entre la cuidadora familiar y el resto de la familia.** Es normal que la relación entre la cuidadora principal y el mayor sea una relación estrecha lo que puede producir reacciones en personas que con anterioridad a la situación tenían una relación estrecha con uno de los dos. Por Ej. Un hijo conviviente puede sentirse abandonado, celoso, así se puede sentir también el esposo que siente que no tiene la atención como antes de su esposa.



- **La cuidadora principal no tiene tiempo de respiro** y hay rigidez para que otros asuman sus funciones eventualmente. Dificultad que tiene la propia cuidadora, que siente que es su obligación y que nadie lo puede hacer como ella, y el resto de los miembros de la familia, que les interesa mantener esta situación, o bien se sienten excluidos o inseguros de realizar bien estas funciones al hacerlo de forma ocasional.
- **Aislamiento social.** Se ha hablado del aislamiento que se produce en la cuidadora pero en ocasiones este mismo efecto se produce en la familia que ya tiene menos tiempo para hacer visitas a los amigos o menos capacidad de movilidad porque el mayor ya no puede salir fácilmente del domicilio, las comidas familiares ya no son lo que eran, etc. En este momento, justamente, el apoyo social (emocional, de información e instrumental) es más necesario.
- **No se permite la expresión de sentimientos** contradictorios, culpa, resentimiento, impotencia... porque se juzga incompatible con la situación del mayor y la obligación de la familia de cuidarlo." Es el abuelo, pero nos está fastidiando la vida". Ya las cosas no son como antes".

**2. 3.- Las tareas** que se plantean en este momento a la familia son cuatro, que puede llevarlas a cabo sola o con ayuda de un profesional:

- **Aprender a vivir con la incapacidad, el dolor, ver la pérdida de capacidades de la persona mayor.** Nos encontramos con una persona que hasta hace poco se valía por sí misma, era activa, incluso ayudaba en determinadas cosas. De repente, nos damos cuenta que depende de nosotros, que no es el/la que era y esto lleva un tiempo asumirlo tanto por la propia persona mayor como por la familia que lo cuida.
- **Reorganizar la vida familiar para la nueva situación,** teniendo en cuenta el tiempo que puede mantenerse la misma. Los cambios prácticos de organización que se producen para atender a la persona mayor dependiente exigen de toma de decisiones a veces difíciles (como dejar el trabajo temporalmente de la cuidadora principal), que afectan a la dinámica familiar en la medida que afecta a uno o varios de sus miembros. Tenemos menos tiempo de ocio o no podemos llevar a cabo planes que teníamos (estudios, viajes, compras, arreglos). También puede suponer cambios en el terreno económico. Las decisiones es preferible tomarlas con el mayor número de hijos posible de la persona mayor si afectan a la misma y a su cuidado.
- **Aprender a convivir con el sistema sanitario** primario y especializado, relación con médicos, enfermeras, etc. Normalmente la persona mayor requiere de atención sanitaria



con más frecuencia, que supone un mayor uso de los recursos sanitarios, que quizás no hemos manejado anteriormente. Por tanto, es un nuevo elemento de adaptación: el conocer al médico y enfermera, las formas de acceder a ellos, qué hacer en caso de urgencias, etc.

- **Compatibilizar el cuidado de la persona mayor con una cierta normalidad en la familia.** Debemos conseguir compatibilizar el cuidado de la persona mayor dependiente con el proyecto de vida propio o el momento del ciclo vital de la propia familia. Salvo en situaciones agudas que requieren la movilización de muchos recursos en la familia, es difícil pero necesario, seguir con nuestros proyectos. Realizar esa boda que estaba prevista, acudir al bautizo del nieto, realizar ese viaje que la pareja había preparado o la visita a Candelaria como todos los años.

#### **2. 4.- Algunas recomendaciones para ayudar a las familias.**

- **Airear los sentimientos.** Normalizar lo que sentimos y las propias contradicciones.
- **Revisar las estrategias** de la familia con relación a la situación. ¿Las decisiones tomadas son las más adecuadas a la situación? ¿Hay alternativas? ¿Cuáles son?
- **Hacer reuniones familiares para la toma de decisiones** de cuestiones importantes. A veces es mejor hacer partícipes a todos los hijos de las decisiones, una vez ha pasado la situación de crisis. Es necesario negociar sobre la organización o el tipo de colaboración de cada uno.
- **Buscar información** para mejorar la relación con el sistema sanitario. Conocer horarios, servicios, condiciones, etc. Mejorará nuestra relación con los mismos y se establecerá una colaboración mutua.
- **Crear sistema de respiro** de la cuidadora principal con:
  - Apoyo familiar (de la familia extensa).
  - Ayudas institucionales.
  - Voluntariado (para cuestiones concretas).
- **Reconocer los planes vitales** de los miembros de la familia. No pensar de antemano que no se pueden llevar a cabo los planes que se tenían. Revisarlos cada cierto tiempo y si la situación se alarga buscar alternativas.



- **Diversificación de la asunción de roles de:** Esposo, hijos, hermanos. Conveniente explorar en qué cosas concretas estarían dispuestos a ayudar. Por ejemplo: ir a buscar los medicamentos o acompañar por la tarde a la persona mayor.
- **Mantenimiento del contacto social.** Fomentando el apoyo social. Son fuente de apoyo social: la familia extensa, los amigos de la familia, el personal de atención primaria, los grupos de voluntarios/as. Este contacto debe ser de la familia y de cada uno de sus miembros incluida la cuidadora principal.

**CUALQUIERA DE ESTAS RECOMENDACIONES SE PUEDEN PONER EN MARCHA DESDE QUE SE SIENTAN CAPACES Y TOMEN LA DECISIÓN, SIN EMBARGO SI LO CONSIDERA OPORTUNO, PIDA AYUDA A LOS PROFESIONALES CON LOS QUE ESTÁ EN CONTACTO, ELLOS LE AYUDARÁN O LE INFORMARÁN DONDE PUEDEN AYUDARLES A CONSEGUIR LOS CAMBIOS PARA LOGRAR UNA SITUACIÓN MEJOR.**



## BLOQUE II: CUIDAR.



## UNIDAD DIDACTICA 4: HIGIENE PERSONAL.

---

### OBJETIVOS:

1. La cuidadora identificará el material necesario para realizar la higiene correcta de la persona mayor en atención domiciliaria.
2. Al finalizar esta sesión, la cuidadora será capaz de realizar las técnicas adecuadas para la higiene personal de la persona mayor en atención domiciliaria.

### CONTENIDOS:

1. Importancia de la higiene personal.
2. La piel.
3. Ducha, baño y baño en cama.
4. Cuidados específicos.
5. Vestido y calzado.

### ACTIVIDADES:

- Exposición teórica con ayuda de transparencias de:
  - La importancia de la higiene personal en el desarrollo de una buena calidad de vida, el aumento del bienestar físico y la autoestima.
  - Actividades relacionadas con el aseo personal.
- Realización en grupo de ejercicios prácticos de algunas de las técnicas expuestas de higiene para la persona en atención domiciliaria.
- Se acordará con los participantes, de forma individualizada, una visita domiciliaria en la que se pueda realizar y completar la práctica, si fuese necesario.
- Demostración de material complementario relacionado con el aseo.



## DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:

### 1. IMPORTANCIA DE LA HIGIENE PERSONAL.

En la vejez, la higiene cobra mayor importancia, ya que es un cuidado fundamental para el mantenimiento de la vida, ayudando a conservar la salud y a desarrollar una buena calidad de vida, contribuye al bienestar físico y aumenta la autoestima gracias al cuidado personal.

Los cuidados higiénicos en las personas mayores deben llevarse a cabo de modo integral, valorando las condiciones físicas, funcionales, psíquicas y sociales que inciden en su grado de salud.

### 2. LA PIEL.

La piel es el órgano más externo de los seres humanos, teniendo la particularidad de renovarse, erigiéndose en una barrera defensiva que nos aísla y al mismo tiempo nos relaciona con el medio exterior.

Son múltiples las funciones de la piel, destacando principalmente:

- **Protección** frente a agresiones, que pueden ser de diferentes tipos:
  - Mecánicas: laceraciones, contusiones, entrada de cuerpos extraños, etc.
  - Químicas: producidos por lejía, productos de PH ácido, etc.
  - Biológicas: producidas por la entrada y colonización de gérmenes.
  
- **Relación:** la piel tiene capacidad para recibir del entorno múltiples estímulos como pueden ser el calor, frío, dolor, prurito, etc.
  
- **Regulación:** la piel influye de manera decisiva en el mantenimiento y regulación de la temperatura corporal y el equilibrio hidroelectrolítico.

Los cuidados principales de la piel van dirigidos a mantener una piel correctamente hidratada, así como evitar el deterioro de la integridad cutánea. La correcta hidratación se consigue, principalmente, mediante una adecuada ingesta hídrica (1.5 / 2 litros de agua al día salvo contraindicaciones, pudiéndose aumentar en épocas estivales o procesos febriles), así como haciendo uso de cremas hidratantes.





### 3. DUCHA, BAÑO Y BAÑO EN CAMA.

Una correcta higiene se puede realizar de distintos modos depende de las características de la persona mayor y de las características e infraestructura de la vivienda. Por esto, se citan distintas posibilidades para la higiene personal, cuya elección dependerá de los recursos, del grado de dependencia y de las preferencias personales.

- **Ducha o baño.**

Se aconseja que:

- El momento del baño sea agradable y se respete la intimidad de la persona mayor.
- La frecuencia sea de al menos cuatro veces a la semana.
- Se verifique la temperatura ambiente del baño y temperatura del agua (para prevenir riesgo de hipotermia).
- El cuarto de baño ha de estar adaptado a las características de la persona mayor. (Se desarrollará en la Unidad Didáctica: Higiene del Entorno).
- Se utilicen de cepillos y esponjas especiales que faciliten el acceso a zonas difíciles, como espalda o los pies.
- El secado ha de ser detenido, especialmente en las zonas de los pliegues (cuello, axilas, ingles, espacios interdigitales, etc.).
- Se aproveche para inspeccionar el estado de la piel.
- Se hidrate la piel con cremas hidratantes.
- Se elija la hora de la higiene cuando tengamos el tiempo suficiente.
- Se debe ayudar a la persona mayor y sólo suplirla en aquellas actividades que no pueda realizar.

- **Baño en cama.**

Tendremos disponible en la habitación todo el material necesario (palanganas, esponja, toallas, etc.). Utilizaremos siempre que sea posible dos palanganas.

Comprobaremos la temperatura del agua, evitando corrientes de aire. Retiraremos la colcha y manta, desvestiremos a la persona y la dejaremos cubierta con la sábana.

Empezaremos lavando la cara, usaremos una toalla cruzada en el pecho del paciente. No se debe usar jabón a no ser que la persona nos lo pida.

Continuaremos con los brazos, lavaremos primero el distal (el más alejado de nosotros) y luego el proximal (el más cercano), utilizando una toalla debajo y a lo largo del brazo del



paciente que estamos bañando. Enjabonamos, enjuagamos y secamos muy bien cada brazo, cuidando de no dejar jabón porque reseca la piel. El lavado lo realizaremos con movimientos ascendentes (desde la mano hacia el hombro). Nos fijaremos bien en las zonas donde se acumula mayor suciedad (axilas y flexión del codo). Las manos se meten en la palangana y se seca cuidadosamente entre los dedos.

Seguiremos con tórax y abdomen, primero colocaremos otra toalla en el abdomen y se procederá al lavado del pecho, secando bien los pliegues mamarios y las axilas ya que la humedad puede provocar heridas e infecciones. Luego colocaremos la toalla en el pecho y lavaremos el abdomen fijándonos que el ombligo quede limpio y seco.

A continuación, lavaremos las piernas comenzando primero por la distal y luego por la proximal realizándolo también con movimientos ascendentes, fijándonos en las zonas donde se acumula mayor suciedad (ingles, rodillas y entre los dedos).

Luego pasaremos al lavado de la espalda, colocaremos al paciente de lado (girar hacia nosotros para evitar caídas), poniendo una toalla a lo largo de la cama y cerca de la espalda, terminando con un masaje para favorecer la circulación, colocaremos las manos paralelas a la columna y realizaremos movimientos ascendentes, luego bajaremos las manos y luego realizaremos movimientos circulares, lo podemos realizar de 3 a 5 minutos.

Procederemos a colocar al paciente decúbito supino, cambiaremos el agua y nos dispondremos a lavar los genitales (esta actividad la realizaremos siempre que el paciente esté incapacitado para realizarla por sí solo), en la mujer lo haremos de arriba hacia abajo, de adelante hacia detrás para evitar una infección al arrastrar bacterias de la zona anal, empezaremos con los labios menores y terminaremos con los labios mayores. En el varón se limpiará el glande (retraer el prepucio si es necesario), secar bien y lavar el escroto (recordar siempre devolver el prepucio a su sitio).

Después del baño y cada noche poner crema hidratante (evitando los espacios interdigitales y no usar polvos de talco porque se pueden acumular en los pliegues y obstruir los poros), podemos usar cremas suaves ricas en lanolina (crema de manos) o cremas emolientes (aceite de almendras, vaselina, etc....) dependiendo del estado de hidratación de la piel.

La ropa de la cama se compone de: la funda del colchón, el hule, la sábana bajera, la entremetida, la sábana superior, la manta, la colcha y la funda de la almohada.

El procedimiento para realizar la cama de una persona encamada es la siguiente, bajaremos la cabecera de la cama si no está contraindicado, tendremos a nuestro alcance



todo lo necesario, se supone que ya hemos realizado el baño en cama, entonces colocaremos al paciente de lado enrollaremos la sábana bajera en su espalda y pondremos en su lugar la limpia, giraremos al paciente al lado contrario y a la misma vez que retiramos la sábana sucia, estiramos la limpia; si fuese necesario colocar una entremetida, esta operación se realizará igual sólo que con esta última sobre la sábana limpia. El resto de la cama se hará de manera habitual teniendo en cuenta dejar holgadas las ropas que queden sobre los pies.

#### **4. CUIDADOS ESPECÍFICOS.**

- **Cabellos.**

- Se aconseja usar dispositivos para el lavado en cama.
- Al lavar la cabeza, también lavamos el cuero cabelludo y lo haremos con la yema de los dedos y no con las uñas, empleando el tiempo necesario para que queden limpios.
- El champú debe ser suave y adecuado a cada tipo de cabello.
- Lavado periódico, días alternos.
- Existen cepillos y peines adaptados para el cepillado.
- El secado será con toallas o con secador a temperatura media.
- El corte del pelo se hará según costumbres y gustos personales.

- **Pies, manos y uñas.**

- Las manos se lavan después de ir al WC, al levantarse y antes de las comidas.
- En lo referente a las uñas, a veces hay que utilizar el cepillo de uñas para limpiarlas y además, se deben cortar con regularidad. Las uñas de los dedos de las manos se deben cortar o limar siguiendo la forma del dedo (sin introducir las tijeras en los bordes para evitar heridas), mientras que las de los pies se deben cortar rectas, no apurando mucho el corte. Las tijeras deben tener la punta roma.
- Es preferible realizar el corte después del baño, ya que las uñas se encuentran reblandecidas.
- En edades avanzadas son frecuentes las uñas muy duras y callosas. Unas uñas en mal estado pueden dificultar la deambulación y obligar a disminuir la actividad.
- Se evita el corte de cutículas o padrastrós si no se tiene la experiencia necesaria y el material adecuado.
- Se aconseja a la persona mayor que acuda al podólogo con regularidad.



- **Cavidad bucal/ prótesis bucodentales.**

- El cepillado de la cavidad bucal será diario después de cada comida, haciendo uso de un cepillo de cabeza pequeña y cerdas de dureza intermedia y un dentífrico con alto contenido en flúor.
- Se hacen enjuagues con productos antisépticos.
- Las prótesis bucodentales se deben cepillar después de cada comida con un cepillo de cerdas duras. Asegurar su correcto ajuste. Durante la noche deben retirarse las prótesis completas, manteniéndolas en una solución antiséptica.
- Si no tiene dientes la limpieza de la cavidad bucal se realizará con solución antiséptica.
- En pacientes inconscientes se realizará la limpieza con la cabeza ladeada y con torundas en solución antiséptica se pasará por todos los rincones de la boca, en caso de que hayan costras reblandecer con glicerina y en los labios reseca se usará vaselina.
- Se aconseja revisión odontológica periódica.

- **Ojos, nariz y oreja.**

- Los ojos se lavan con agua, lavando cada ojo por separado, retirando las secreciones que encontremos, limpiando desde el ángulo interno del ojo hasta el ángulo externo. Si es necesario podemos bañarlos con una solución salina, ayudándonos de una torunda o gasa. En pacientes inconscientes la limpieza de los ojos se realizará cada 8 horas.
- Para la limpieza de la nariz usaremos agua o solución salina y bastoncillos o pañuelos o una gasa montada en una pinza. Si hay costras reblandecer con glicerina durante 15 minutos.
- Si la persona es portadora de S.N.G. se limpiará la nariz con agua y jabón, y movilizaremos la sonda diariamente para cambiar los puntos de apoyo.
- Las orejas las limpiaremos como cualquier otra zona del cuerpo, es una limpieza externa **nunca** debemos introducir objetos punzantes y evitar el uso de bastoncillos.

- **Afeitado.**

En el afeitado se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Respetar las costumbres personales (ej.: si la persona toda la vida ha llevado bigote conservarlo).



- Elegir el método adecuado para la piel, maquinilla manual o eléctrica. Si le tiembla el pulso se sugiere el uso de una maquinilla eléctrica teniendo cuidado con las arrugas y pliegues de la piel.
- Desechar las cuchillas oxidadas o materiales que no estén en perfectas condiciones.
- Crear abundante espuma en la zona de afeitado si se hace uso de cuchillas o navajas.
- Usar loción después del afeitado.

- **Depilación.**

Si tiene costumbre facilitar crema depilatoria.

Se tendrá en cuenta que el aspecto físico mejora con:

- El corte de pelo a su gusto.
- Cuidado de la piel, maquillaje suave si tiene costumbre.
- Uso de aromas, aguas de colonia de acuerdo a sus gustos.

**ESTAR SATISFECHO CON EL ASPECTO PERSONAL FAVORECE LA AUTOESTIMA Y FAVORECE LA INDEPENDENCIA.**

## **5. VESTIDO Y CALZADO.**

Es importante para la persona mayor seguir vistiéndose bien y a su gusto, para así mantener su imagen personal y aumentar su autoestima.

La elección de la ropa y el calzado debemos de hacerla de acuerdo con el estado funcional de la persona, sus gustos personales y la época del año.

En la vestimenta debemos elegir ropa cómoda, son preferibles los tejidos de fibras naturales, que necesiten poco planchado y fácil lavado. La ropa interior debe ser de algodón porque evitan reacciones alérgicas y absorbe el sudor.

Conviene evitar las compresiones perjudiciales para la circulación, tanto en la cintura como en las piernas (calcetines, medias ajustadas, ligas, fajas, etc. ).

En caso de incontinencia urinaria o fecal debe evitarse la humedad excesiva, cambiar las prendas tantas veces como sea necesario y extremar la limpieza.

Además, es un factor importante el vestirse solo siempre que la persona pueda, porque así continúa valiéndose por sí misma y aumenta su autonomía, y con ello su satisfacción, porque se siente más útil. Por eso debemos facilitarle esta tarea y adecuar la ropa a las características de la persona mayor.



Cuando tengan dificultad para vestirse se recomienda que:

- Se eviten los botones, dejándolos de adorno y se use velcro (es aconsejable tener en cuenta que la parte más suave del velcro se pegue a la parte de la prenda que tiene más posibilidad de tocar la piel).
- Las cremalleras y cinturones se sustituya por elásticos y/o velcro.
- La ropa tenga abertura por delante.
- Los corchetes o cierre del sujetador se coloquen en la parte delantera o también pueden ir unido con velcro.
- Los trajes tengan las cremalleras en lugar visible y de fácil acceso.
- Si existen cremalleras en lugares difíciles se puede atar un cordel a las cremalleras para tirar de ella.
- Se usen cremalleras en la parte inferior del pantalón, si utiliza sistemas de recolección de orina ubicados en esta zona.

En el caso de personas con hemiplejías se aconseja:

- Vestirse primero el lado afecto.
- Vestirse sentado.
- Si es una chaqueta puede utilizar un bastón para atraer hacia sí la manga del lado que puede movilizar cuando ya se ha metido la del lado inmóvil.
- Existen ayudas técnicas que facilitan la colocación de medias, calcetines y zapatos.

El calzado debe ser flexible y suave, preferente de piel natural. Elegir zapatos de una sola pieza con pocas costuras, tiene que ser cómodos y sujetar bien el pie, evitando materiales sintéticos. El tacón debe ser de unos 3 cm., siendo perjudiciales los tacones excesivamente altos porque aumenta la inestabilidad (riesgo de caídas) y desliza el pie hacia delante y pueden aparecer problemas como callos y juanetes.

Se aconseja probar antes de comprar si es fácil de calzar y comprar a última hora de la tarde porque los pies están más hinchados.

Las plantillas deben ser blandas y las plantillas almohadilladas ayudan a acoplar el pie al zapato.

Al pisar el tacón debe apoyar totalmente en el suelo, al retorcer el zapato no debe perder su forma original y al doblarlo la suela no debe arrugarse. La suela ha de ser antideslizante, si es posible de goma en invierno y de cuero en verano.



**HAY QUE POTENCIAR LA COLABORACIÓN DE LA PERSONA MAYOR EN SU AUTOCUIDADO, PARA CONSEGUIR EL MAYOR NIVEL DE INDEPENDENCIA POSIBLE.**



## **UNIDAD 5. HIGIENE DEL ENTORNO.**

---

### **OBJETIVOS:**

La cuidadora, al finalizar la sesión será capaz de:

1. Identificar los elementos necesarios para mantener y proporcionar un entorno adecuado a la persona mayor en Atención Domiciliaria.
2. Relacionar la importancia del entorno con la salud.

### **CONTENIDOS:**

1. Condiciones idóneas de la vivienda: iluminación, ventilación ruidos, muebles, estructuras (suelos y paredes), accidentes del hogar.
2. Prevención de los accidentes más frecuentes en el hogar: las caídas y las quemaduras.

### **ACTIVIDADES:**

- Exposición teórica, con la ayuda de transparencias, de los contenidos de la unidad.
- Se hará una breve reflexión - discusión con el grupo sobre las condiciones actuales de su vivienda y cómo puede condicionar la salud de las personas. Se motivará a que las posibles reformas que vayan a acometer en un futuro se planifiquen en función de las necesidades de todos los integrantes del hogar, en especial de las personas mayores.





## DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:

Las personas mayores necesitan un hábitat adecuado a sus necesidades para asegurar una calidad de vida.

El entorno interior de la vivienda y su equipamiento establecen una serie de características que en ocasiones necesitan ser adaptadas.

Existen dificultades arquitectónicas y urbanísticas, en la vivienda y en la comunidad que limitan la capacidad de autonomía, relación y participación comunitaria de la persona. Estas son las llamadas barreras arquitectónicas, que desarrollaremos a lo largo de la unidad didáctica, informando de consejos que pueden mejorarlas e incluso desaparecerlas.

### 1. CONDICIONES IDÓNEAS DE LA VIVIENDA.

Para adaptar la vivienda a la capacidad funcional de la persona mayor tendremos que detectar riesgos, adaptar el entorno e informarse de las diferentes ayudas económicas o subvenciones que existen en diversos organismos (Ayuntamientos, Cabildo,...) para tal fin, siempre que sea necesario solicitarlas.

#### 1.1.- Suelos. Se aconseja que:

- No se use cera abrillantadora para su limpieza.
- Sean lisos y antideslizantes, sin desniveles.
- Sean de cerámica texturados, graníticos, vinílicos o de madera sin lustre.
- Se rellenen las juntas e irregularidades para facilitar el deslizamiento de las ayudas técnicas (silla de ruedas, andadores,...)
- No se dejen obstáculos en el suelo (juguetes, libros, etc.)

#### 1. 2.- Iluminación. Se aconseja que:

- Se haga uso adecuado del color en las paredes ya que proporciona un mejor aprovechamiento de la iluminación artificial. Existen tratamientos superficiales que evitan el brillo y los reflejos que puedan molestar.
- La luz sea buena, evitando luces brillantes.
- Los interruptores estén accesibles, con señalización de encendido y apagado, claro y sencillo.
- Se revisen periódicamente las instalaciones eléctricas antiguas o que necesiten algún tipo de arreglo.



- Las bombillas de poco voltaje (40 – 60 w) se sustituyan por otras de mayor voltaje (100 w) en aquellos lugares donde se suele realizar actividades como coser, leer, etc.
- Se eviten grandes superficies con espejos ya que no dan idea de limitación para los disminuidos visuales.
- La luz natural se aproveche al máximo, y que durante el día se mantengan las cortinas y visillos descorridos.

**1. 3.- Mueble.** Se aconseja que:

- No exista exceso de muebles, que estén fijos a las paredes o al suelo.
- Las estanterías sean bajas.
- La distribución de las sillas, mesas, etc., permitan la libre deambulaci3n, teniendo en cuenta el uso de elementos auxiliares (muletas, sillas de ruedas, andadores u otro material ortoprot3sico).
- Las sillas tengan reposabrazos y respaldos altos.

**1. 4.- Puertas y pasillos.** Se aconseja que:

- Los pasillos sean anchos y las puertas amplias.
- Las puertas tengan picaportes en “L”.
- Existan pasamanos en las paredes.

**1. 5.- Cocina.** Se aconseja que:

- Los muebles y utensilios est3n accesibles, que no tengan que subir a escaleras o sillas para alcanzarlos.
- La limpieza sea diaria. En caso de que se derrame l3quido no se debe colocar paños, sino pasar la fregona de inmediato.
- La grifer3a sea monomando.
- Los cubiertos sean especiales, adaptados a posibles deficiencias.
- Las bandejas sean antideslizantes y que fijen el plato a la mesa.
- Usen material irrompible.
- La señalización de encendido - apagado est3 clara y sencilla, en la cocina.
- El suelo del fregadero tenga estereras de goma.

**1. 6.- Cuarto de baño:** El cuarto de baño presenta serios problemas para la persona con escasa movilidad y estabilidad. Existen adaptadores y ayudas que facilitan la tarea del baño. Es recomendable que:

- Se aumenten los puntos de apoyo con barras o asideros que permitan conservar el equilibrio y la seguridad.



- Se facilite la salida y entrada de la bañera con asientos corridos que permitan entrar sentado.
- Se sustituya la bañera por plato de ducha, o una superficie antideslizante que permita el correcto desagüe del agua, sobre todo si utiliza silla de ruedas.
- Se utilicen alfombras antideslizantes, dentro y fuera de la bañera o plato de ducha.
- El uso de duchas tipo teléfono, ya que permiten una mayor comodidad y estabilidad, estando incluso sentado. También resulta cómodo poner una agarradera a la esponja. Existen otras adaptaciones que ya hemos visto en la unidad didáctica de Higiene Personal.
- La luz sea adecuada.
- El inodoro tenga el asiento alto o un adaptador.
- Los lavabos no tengan pie y su altura máxima sea de 80 cm y el espejo esté inclinado a una altura de 95 cm, en caso de usar silla de ruedas.

**1. 7.- Dormitorio:** Lo más importante a destacar es la limpieza, el confort, la aireación, la luminosidad y la temperatura, evitando en lo posible las barreras arquitectónicas. Se aconseja que:

- La habitación esté ventilada, sin corriente ni malos olores.
- Se aproveche la luz natural, el sol da vida y en las personas mayores cobra mayor relieve porque favorece la absorción de calcio y la cicatrización de posibles heridas.
- Si el paciente está encamado, el ambiente sea tranquilo evitando ruidos innecesarios (reloj, tele, despertador, etc.).
- Los objetos personales o recuerdos están a su alcance.
- Tenga un sillón con apoyabrazos donde se pueda sentar y una campanilla o timbre para que pueda avisar en caso de necesidad.
- La temperatura esté entre 21 – 26°C, evitando calefacción fuerte y próximas al paciente.
- Se eviten los muebles y obstáculos innecesarios así como alfombras.
- Si fuera posible, se adapten rampas de acceso y agarraderas.
- Los armarios se organicen colocando lo más pesado en la parte baja y lo más ligero en la parte alta, y lo que más use, a su alcance.

La cama es un elemento donde la persona pasa mucho tiempo, por su encamamiento o por convalecencia relacionadas con su edad o algunas patologías, por ello debe ser cómoda y no debe provocar problemas de salud.



Se aconseja que:

- Cuando el paciente no esté encamado, la cama tenga entre 60 y 70 cm de alto y como mínimo 80 cm de ancho.
- Si está encamado lo ideal es que se utilice una cama articulada.
- El colchón sea lo suficientemente duro para no provocar dolor de espalda. En caso de no ser así, se puede añadir una tabla de madera debajo. Existen los colchones antiescaras (agua, aire, agua - aire, silicona, etc.) que se utilizaran en el caso de la prevención de UPP.
- La almohada tenga una altura suficiente, no demasiada, para no ocasionar dolor de cuello.
- Se adapten barandillas de protección a la cama.
- La cama esté siempre frenada (si tiene ruedas).
- La luz esté en la cabecera de la cama por si se tiene que levantar.

#### **1. 8.- Escaleras.** Se aconseja que:

- La altura de los peldaños sea menor de 15 cm y que el ancho (fondo –huella) sea mayor de 30 cm.
- Los pasamanos estén fijos a ambos lados, de forma cilíndrica y situados a una distancia entre 2 y 5 cm de la pared.
- Tengan rellanos intermedios, no más de diez escalones.
- Se coloquen en los peldaños huellas antideslizantes de seguridad.
- Se sustituyan tramos cortos por rampas si fuera necesario y posible.

## **2. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.**

### **2.1.- Las Caídas.**

Las caídas en las personas mayores constituyen uno de los factores de riesgo más importantes a tener en cuenta. Su prevención nos asegura una buena calidad de vida.

El 30% de los mayores sufren 1 caída al año y en los mayores de 80 años se eleva al 50%. En pacientes institucionalizados esta cifra se duplica.

Ocupan el 6º lugar entre las causas de muerte de los mayores de 65 años y el 1º lugar entre las causas de muerte producida por lesiones físicas en este grupo de edad.

Las consecuencias que provocan las caídas se enumeran a continuación.

- Lesiones Físicas: el 15% de las caídas producen lesiones de diferente tipo, siendo el 5% de fractura ósea y un 1% de caderas (las más graves).



- Psicológicas: conocidas como el Síndrome postcaídas (miedo a volver a caerse), en el que se produce pérdida de confianza, ansiedad, depresión, temor a futuras caídas y el abandono de actividades cotidianas (25%). Influyen tres factores:
  - No haberse levantado solo.
  - Permanencia de más de una hora en el suelo.
  - Sufrir más de tres caídas al año.
- Social: Sufren retraimiento al ser una causa de institucionalización en las personas mayores.
- Funcionales: inmovilidad, disminución de la movilidad articular, falta de entrenamiento, disminución del reflejo de enderezamiento.
- Económicas: respecto al coste de la cama hospitalaria.

Los factores de riesgo de las caídas pueden ser extrínsecos e intrínsecos. Los factores intrínsecos están relacionados con el estado de salud de la persona; entre ellos tenemos: nutrición, déficit sensoriales, control de patologías, control de la hipotensión ortostática, cuidados podológicos., control de disfunciones propioceptivas, neuropatías periféricas, alteraciones degenerativas cervicales, alteraciones musculoesqueléticas, control del uso de fármacos.

Dentro de los factores extrínsecos están los relacionados con la vivienda y con la comunidad. Las aceras deberían ser amplias, con rampas y no tener obstáculos (contenedores, árboles,...), el pavimento regular sin desniveles, buena iluminación y señalización, los bancos con altura y apoyos adecuados, escaleras con pasamanos. Las guaguas, trenes, taxis, aviones,... deberían adaptarse a los mayores, evitar movimientos bruscos al arrancar y frenar y adaptar el tiempo de apertura y cierre de las puertas a las necesidades del usuario.

## **2.2.- Las Quemaduras.**

Las quemaduras son, junto con las caídas, los accidentes de hogar más frecuentes.

Algunas recomendaciones para prevenir las quemaduras son:

- Desconectar los aparatos eléctricos con cuidado, nunca descalzos o mojados.
- Si usa calefacción eléctrica, evitar acercarla a la piel.
- Precaución con el fuego de la cocina o de las chimeneas. Evitar que entre en contacto con material inflamable (mantas).
- En la cocina, que las asas de los calderos estén en buenas condiciones, que no se calienten demasiado. Los calderos no deben ser pesados. Evitar aquellas tareas para las que la persona mayor no esté capacitada (volcar el agua caliente del caldero, cortar con cuchillos muy afilados). Evitar que



sobresalgan los mangos de los calderos o cucharones para evitar tropiezos y que se vuelquen.

**TOMAR TODAS LAS PRECAUCIONES NECESARIAS AUMENTA LA SEGURIDAD.**



## **UNIDAD 6. MOVILIZACION Y EJERCICIO FISICO.**

---

### **OBJETIVOS:**

1. La cuidadora conocerá la importancia de las movilizaciones periódicas en pacientes encamados como medida preventiva de diferentes procesos, y será capaz de explicar y/o realizar las técnicas empleadas en su realización.
2. La cuidadora será capaz de explicar y/o realizar en la medida de sus posibilidades, los ejercicios físicos adecuados para mantener y /o reforzar el estado físico del paciente a su cuidado.

### **CONTENIDOS:**

1. Las movilizaciones.
2. Cambios posturales.
3. Ejercicio físico.
4. Frecuencia, intensidad y duración de los ejercicios recomendados.
5. Tabla de ejercicios físicos recomendados para personas mayores válidas en atención domiciliaria.
6. Tabla de ejercicios físicos recomendados para personas mayores encamadas.

### **ACTIVIDADES:**

- Exposición teórico-práctica con ayuda de transparencias del contenido de la unidad.
- Demostración práctica de los ejercicios físicos recomendados en las personas mayores válidas y en las personas encamados
- Se acordará con los participantes, de forma individualizada, una visita domiciliaria en la que se pueda completar la práctica de los ejercicios recomendados.



## • DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:

### 1. LAS MOVILIZACIONES.

Las movilizations forman parte de las acciones terapéuticas en el campo de la rehabilitación, así como de las acciones preventivas de las úlceras por presión.

Cualquier tipo de movilización será ejecutada bajo las siguientes premisas:

- ✓ Lentamente, con el fin de que el paciente se adapte al movimiento y para evitar toda respuesta refleja a un estiramiento demasiado rápido.
- ✓ De forma lógica y progresiva, respetando los planos fisiológicos de movimientos de cada articulación. Al inicio del tratamiento se realizarán de forma repetida, suave, comprensible e indolora.

Las movilizations podrán ser pasivas o activas.

Hablamos de movilizations pasivas cuando se trata de la movilización de una o más articulaciones, mediante fuerzas externas al paciente. Los ejercicios pasivos producen multitud de efectos beneficiosos en los sistemas músculo - esqueléticos, circulatorio y neurológico:

- En personas encamadas favorecen la elasticidad de las articulaciones, evitando los procesos de retracción tan frecuentes en ellos.
- Sobre el músculo mantiene su longitud y extensibilidad. El estiramiento lento y progresivo provocará la relajación del músculo. Esta técnica se emplea cuando existen contracturas.
- Sobre el sistema circulatorio potenciará el efecto de bombeo aumentando la oxigenación de los tejidos y la eliminación de sustancias tóxicas, disminuyendo la producción de edemas.

Por ello las movilizations pasivas están indicadas en la prevención de las complicaciones cardiovasculares, capsuloligamentosas, musculares, respiratorias y tróficas.

Las movilizations activas consisten en poner en juego las fibras vasculares contráctiles (músculos) de forma voluntaria. Existe una gran variedad de ejercicios activos que el fisioterapeuta empleará dependiendo de las necesidades del paciente.

Es de gran importancia evitar en todo momento los movimientos enérgicos.





La cuidadora principal podrá realizar algunas movilizaciones básicas sobre el paciente a su cuidado, pero siempre será preciso haber adquirido, previamente, conocimientos prácticos (a través de un fisioterapeuta o cualquier otro profesional sanitario) sobre la realización del ejercicio y sus precauciones para evitar el riesgo de lesiones.

## **2. CAMBIOS POSTURALES.**

Los cambios posturales tienen una función polivalente ya que se pueden utilizar tanto a efectos preventivos en los sistemas cardiovascular, respiratorio y trófico, como curativos en la iniciación a la marcha y en el tratamiento de las escaras.

La periodicidad de los cambios posturales dependerá de la capacidad de tolerancia del paciente; no obstante, lo ideal es realizarlos cada 2 horas si esta encamado y cada media hora si esta sentado. Es importante impedir la fatiga y la incomodidad del paciente para no aumentar el cuadro espástico.

En todo momento debemos animar a realizar ejercicios de movilización en la cama (giros, flexión del tronco,...) a las personas mayores capaces de realizarlos.

## **3. EJERCICIO FÍSICO.**

El ejercicio físico puede ser un elemento preventivo y de gran valor terapéutico para gran parte de los problemas de salud que pueden presentar las personas mayores. Es importante resaltar los beneficios de un ejercicio físico regular, entre ellos:

- Disminuye la TA, la glucemia, favorece el retorno de la circulación venosa, etc.
- Disminuye el consumo de fármacos.
- Produce cambios positivos en la autopercepción de su cuerpo, aumenta la autoestima.
- Otros,...

A la hora de recomendar ejercicio físico a una persona mayor, es importante recordar que la recomendación ha de ser individualizada y debemos tener presente una serie de aspectos:

- Estado de salud.
- Hábitos de ejercicio físico.
- Referencias de la persona.
- Recursos socio - comunitarios.

El ejercicio físico debe ser progresivo (no llegar nunca a estados de fatiga), adecuado a cada persona, regular y constante.



#### 4. FRECUENCIA, INTENSIDAD, Y DURACIÓN DE LOS EJERCICIOS.

##### Frecuencia.

- Establecer de 3 a 4 sesiones por semana, siendo preferible que sean diarias.
- El consejo sobre el ejercicio mínimo adecuado es de media hora 3 veces por semana.
- El ejercicio más adecuado para la persona mayor es aquel que facilita realizar movimientos suaves y lentos, evita la puesta a prueba de la vista y el equilibrio, y permite usar prendas cómodas. En este sentido, los ejercicios más adecuados son caminar, yoga, natación, senderismo, gimnasia de mantenimiento, movimientos articulares, ciclismo, baile, etc.

##### Intensidad.

Se puede controlar mediante el parámetro de la Frecuencia Cardíaca Máxima Teórica (FCMT).

$$\text{FCTM} = 220 - \text{edad}$$

Hay que trabajar siempre por debajo del 80% de esta FCMT, siendo recomendable para las personas mayores realizarlo entre 60 - 80 %, iniciando el programa con un 40% en las personas no acondicionadas previamente e ir incrementándolo progresivamente según objetivo.

##### Duración.

La duración del núcleo de la sesión de ejercicio, a parte del calentamiento y la recuperación, suele ser de 20 a 30 minutos, pero puede variar entre 15 y 60 minutos.

#### 5. TABLA DE EJERCICIOS FÍSICOS PARA PERSONAS VÁLIDAS.

En las diferentes figuras de la tabla I (Anexo3. Material de apoyo) se puede observar el desarrollo de ejercicios físicos indicados en las personas mayores válidas. En este grupo de personas mayores debemos tener en cuenta, de manera individualizada, el grado de capacidad de cada una de ellas a la hora de hacer unos u otros ejercicios de la tabla, y estos, a su vez, guardarán relación con los objetivos que se pretenden alcanzar, previamente pactados con la persona mayor y la cuidadora principal.



## **6. TABLA DE EJERCICIOS PARA PERSONAS ENCAMADAS.**

En las diferentes figuras de la tabla II (Anexo 3. Material de apoyo), se puede observar el desarrollo de ejercicios físicos indicados en personas encamadas. Se trata de ejercicios activos en los que se requiere la participación del paciente. En aquellos pacientes en los que esta participación no esté asegurada por diversos motivos (bajo nivel de conciencia, demencia, etc.), debemos realizar ejercicios físicos pasivos con la finalidad de obtener los efectos beneficiosos del mismo.



## **UNIDAD 7. ULCERAS POR PRESION.**

---

### **OBJETIVOS:**

1. La cuidadora identificará las zonas de riesgo de las úlceras por presión (UPP) de una persona confinada.
2. La cuidadora conocerá las actividades necesarias para su prevención.

### **CONTENIDOS:**

1. Las UPP como principal problema en las personas encamadas.
2. Papel de la familia en el cuidado de las UPP.
3. Factores de riesgo.
4. Zonas de riesgo.
5. Prevención de las UPP.

### **ACTIVIDADES:**

- Exposición teórica, con ayuda de transparencias de los contenidos de la unidad.
- Ejercicio prácticos para la demostración de las zonas de riesgo: invitar a una cuidadora a acostarse sobre una colchoneta o camilla y enumerar las zonas corporales donde siente presión en las distintas posiciones.
- Ejercicios prácticos para la demostración de las diferentes técnicas que ayudan en la prevención de las úlceras por presión: cambios posturales, rotación de las zonas de riesgo, colocación de las almohadas en las zonas de contacto.
- Entregar documento a las cuidadoras de las zonas de riesgo según la postura y los cuidados necesarios para la prevención de las UPP. (Anexo 3. Material de apoyo)



## **DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:**

### **1. LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.**

Las úlceras por presión constituyen uno de los problemas fundamentales de las personas que permanecen encamados durante un tiempo prolongado, tanto en el hospital como en el domicilio.

La importancia de las UPP desde el punto de vista sanitario, no estriba tanto en su mortalidad como en la demanda asistencial que origina y en la atención continuada y la dedicación que exige del profesional de enfermería.

### **2. PAPEL DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE LAS UPP.**

Otro de los protagonistas en el seguimiento y cuidado de las UPP a domicilio es la familia del paciente. Este papel de la familia como cuidadora directa condiciona necesariamente el avance en el desarrollo de métodos preventivos y terapéuticos eficaces y de fácil aplicación, que se puedan adecuar a los recursos y al entorno familiar y domiciliario.

La principal causa de formación de las UPP es la compresión de los tejidos cutáneos entre dos planos duros, constituidos normalmente por el hueso y el colchón o la silla, según sea la posición del enfermo. El grado del efecto nocivo de esta presión local dependerá de la intensidad y duración de la presión.

### **3. FACTORES DE RIESGO.**

Entre los factores de riesgo asociados a las UPP cabe destacar:

- a) Edad. El concepto de aparición de las UPP está asociado al proceso de envejecimiento y a la disminución de la elasticidad y vitalidad de la piel.
- b) Inmovilidad. El riesgo de las UPP es superior para las personas inmovilizadas en cama, principalmente durante los períodos nocturnos, en los que no se les realiza movilizaciones pasivas.
- c) Incontinencia. La incontinencia, ya sea urinaria y/o fecal, favorece la aparición de las úlceras debido a que provoca una maceración de la piel y una abrasión superficial, presentándose en pacientes incontinentes un mayor porcentaje de UPP.



- d) Nutrición. Los aspectos que guardan una relación directa con la aparición de UPP son la deshidratación, desnutrición proteico - calórica y anemia, al alterarse el óptimo estado de la piel.
- e) Higiene. La higiene del enfermo y de la cama favorece el mantenimiento del estado de la piel en óptimas condiciones. Cuando el paciente es incontinente, o incluso cuando hay abandono de las medidas higiénicas, se altera el PH de la piel y en consecuencia se modifica la barrera antibacteriana.
- f) Constitución física. En las personas delgadas, con poco tejido celular y subcutáneo, aumenta la presión debida al apoyo, principalmente coincidiendo con las prominencias óseas. Esto hace que las personas delgadas sean más propensas a las UPP debido a que tienen menos tejido adiposo que sirve de almohadillado.
- g) Posición y sistemas de apoyo. Dependiendo de la posición en la cama o silla y de los puntos de apoyo que soporten la presión, se podrá producir con mayor frecuencia las UPP.
- h) Nivel de conciencia. Los estados de confusión, desorientación y coma provocan una disminución parcial o total de la movilidad y, en definitiva, aumentan el riesgo de aparición de úlceras.
- i) Patologías asociadas. Las enfermedades que con mayor frecuencia predisponen la aparición de úlceras por presión son, en primer lugar, las neurológicas (demencia, esclerosis múltiple, ACV) y las vasculares (arteriosclerosis, trombosis).

#### 4. ZONAS DE RIESGO.

Dependen de la posición del paciente:

- a) Decúbito supino: hueso occipital, omóplato, codos, sacro, cóccix y talón.
- b) Decúbito lateral: orejas, hombro, costillas, pelvis, cóndilos, acromio, trocánter mayor y maléolo externo.
- c) Decúbito prono: mejilla, oreja, nariz, genitales masculinos, mamas, esternón, costillas, rótula y dedos de los pies.

#### 5. PREVENCIÓN DE LAS UPP.

El mejor tratamiento de las UPP es siempre la prevención. Resulta esencial tanto una identificación de todos los factores de riesgo como una inspección diaria de la piel, sobre todo, de la que recubre prominencias óseas. Comenzar la acción preventiva desde el primer momento.



Los objetivos del tratamiento preventivo son:

- ✓ Proteger la piel.
- ✓ Estimular la circulación.
- ✓ Mantener un buen estado nutricional.

Las medidas que podemos utilizar para prevenir son:

- a) Movilización. Es la medida preventiva más importante. Lo recomendable es hacer cambios posturales cada dos horas si está en cama, o cada media hora si está sentado.
- b) Higiene. Es fundamental mantener una adecuada higiene corporal, una piel limpia y seca y una cama igualmente seca, limpia y sin arrugas. Para ello se lavará la piel con un jabón neutro y agua, procurando no alterar su PH ácido, a fin de que no pierda su función de defensa ante agentes externos. Ante pacientes incontinentes usaremos pañales o un colector de orina evitando siempre sondar al paciente. Explorar sistemáticamente al paciente buscando en las zonas de riesgo, signos de alarma (enrojecimiento de la piel, edemas, maceraciones, etc.).
- c) Nutrición. Es necesaria una dieta equilibrada con un adecuado aporte proteico y vitamínico, así como una correcta ingesta hídrica.
- d) Hidratación y masaje. La función de los masajes es activar la circulación. Se realizará después de cada cambio postural, especialmente en aquellas zonas que han estado apoyadas, durante 10 minutos como mínimo, utilizando una crema hidratante o loción. Se efectuarán movimientos en sentido circular, alrededor de los puntos álgidos y zonas vulnerables, sin producir dolor.
- e) Material de protección: Existen diferentes materiales empleados para aliviar los puntos de presión y de esta manera prevenir las UPP, entre ellos tenemos:
  - ✓ Pielés sintéticas: pueden ser de cordero y de felpa, evitando la fricción y absorbiendo la humedad, previniendo así la maceración. Para que sean más efectivas deben colocarse de forma que la parte del pelo esté en contacto con la piel del paciente.
  - ✓ Protectores de espuma: Se utilizan para proteger talones o codos y están fabricados en punto tubular de algodón. No están incluidos en las prestaciones de la Seguridad Social. Para proteger estas zonas también lo podemos hacer de forma artesanal con botines de protección con algodón o celulosa.
  - ✓ Espuma adhesiva: son unas piezas de células abiertas de poliuretano que se recortan a medida y se adhieren en las zonas que padecen mucha presión para



protegerlas. Deben cambiarse cada día y están contraindicadas en flictenas y zonas erosionadas o necrosadas.

- ✓ Apósitos hidrocolóides: De fácil colocación, se utilizan habitualmente para proteger las zonas de apoyo, evitando así la aparición de rojeces o erosiones.
- ✓ Colchones y cojines antiescaras: Existen diferentes tipos como pueden ser de aire conectados a una pequeña bomba, que reparte el aire en el interior del colchón dando diferentes presiones en la superficie del mismo y, por otro lado, tenemos los colchones combinados de agua y goma espuma. La función de los colchones es atenuar la presión. No están incluidos en las prestaciones de la Seguridad Social.

5.1.- Tratamiento de las enfermedades de base.

5.2.- Prevención de úlceras iatrogénicas: Los pacientes portadores de sonda vesical, nasogástrica, oxígeno, férulas prótesis, etc., pueden presentar problemas de úlceras por presión en las zonas correspondientes, si no existe vigilancia y cuidado de las mismas. Las medidas preventivas recomendadas son las que se exponen a continuación:

- ✓ Sonda vesical: realizar cada día una higiene adecuada de los genitales y evitar la tirantez de la sonda.
- ✓ Sonda nasogástrica y sonda de oxígeno: diariamente se deben limpiar las fosas nasales y cambiar el punto de apoyo de la sonda en la aleta nasal. Además, la sonda nasogástrica se debe movilizar retirándola e introduciéndola 1 cm para evitar ulceraciones de la mucosa gástrica.
- ✓ Férulas y prótesis: deberán estar almohadilladas las zonas de roce y hay que vigilar las zonas de presión.





## UNIDAD 8. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN.

---

### OBJETIVOS:

1. La cuidadora será capaz de identificar los diferentes alimentos según su contenido en hidratos de carbono (HC), grasas y proteínas.
2. La cuidadora será capaz de describir la frecuencia correcta del consumo de cada uno de los grupos alimenticios.
3. La cuidadora al finalizar la sesión, citará algunas recomendaciones generales para una alimentación sana.
4. La cuidadora conocerá la técnica de administración de alimentos en personas dependientes y en portadoras de sonda nasogástrica (SNG).

### CONTENIDOS:

1. Alimentación sana: adecuada, equilibrada, regular y variada.
2. Contenido de los alimentos en nutrientes: HC, grasas, proteínas, minerales y vitaminas. Funciones de cada uno de los nutrientes.
3. Ventajas del seguimiento de una alimentación correcta.
4. Consejos de higiene alimentaria.
5. Cambios fisiológicos de las personas mayores que repercuten en su estado nutricional.
6. Alimentación de las personas mayores dependientes.
7. Alimentación con Sonda Nasogástrica (SNG).

### ACTIVIDADES:

- Explicación teórica, con ayuda de transparencias, del contenido de la unidad.
- Intercambio de experiencias a cerca de la dieta habitual de los miembros del grupo y de la persona a su cargo.
- Ejercicios prácticos con el grupo dirigidos a identificar y clasificar los alimentos con relación a los principios inmediatos y frecuencia de consumo.
- Practicar la técnica de alimentación por SNG.



## **MATERIAL NECESARIO:**

- Alimentos de plástico de todos los grupos de nutrientes.
- Recortes de fotos, dibujos,... de alimentos.
- Sondas de alimentación de varios calibres.
- Esparadrapo.
- Guantes desechables.
- Gasas.
- Jeringa de alimentación.
- Tapón de sonda.
- Vaso con agua.



## DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:

### 1. ALIMENTACIÓN SANA.

Se considera que una alimentación es sana cuando la cantidad y la calidad de los alimentos que la componen hacen que tenga las siguientes características:

- Adecuada a las circunstancias personales (realidad biológica: edad, sexo, IMC, niveles de colesterol, glucosa, triglicéridos, etc.; realidad social: ocupación, actividad física, creencias, poder adquisitivo, etc.; realidad psicológica) y a las circunstancias ambientales (lugar física, clima, entorno).
- Equilibrada: El 15% de las necesidades calóricas han de ser proporcionadas por las proteínas, el 55% por los HC y el 30% por las grasas. Es decir, que de la cantidad total de alimentos que comemos en un día, algo más de la décima parte han de ser proteínas, algo más de la mitad han de ser HC y algo menos de un tercio, grasas.
- Variada: Ver pirámide de alimentación.
- Agradable: Con productos naturales, imaginación en la cocina y utilizando especias.
- Regular: Repartiendo los alimentos en cinco o seis comidas diarias, evitando las comidas copiosas.

### 2. CONTENIDO DE LOS ALIMENTOS EN NUTRIENTES.

- **Alimentos ricos de HC.**  
Simples: frutas, azúcar, miel, golosinas, helados, zumos, postres, refrescos, licores,...  
Complejos: arroz, pan, papas, batatas, gofio, verduras y hortalizas, cereales, legumbres,...
- **Alimentos ricos en proteínas.**  
Animales: carnes, pescados, huevos, embutidos, patés, leche.  
Vegetales: legumbres, cereales, frutos secos.
- **Alimentos ricos en grasas.**  
Animales: cerdo, cordero, ternera, pescado, marisco, mantequilla, margarina, beicon, embutidos, vísceras, ...  
Vegetales: aceite de oliva, de girasol, frutos secos,...



<b>SATURADAS</b>	<b>POLIINSATURADAS</b>	<b>MONOINSATURADAS</b>
<b>Animal:</b> carnes rojas, queso graso, yema de huevo, bollería. <b>Vegetal:</b> aceite de coco, aceite de palma.	<b>Animal:</b> pescados, carnes magras o blancas (pollo, pavo). <b>Vegetal:</b> frutos secos y legumbres.	<b>Animal:</b> todas <b>Vegetal:</b> aceite de oliva y otras (soja, girasol, colza, etc.), legumbres, aguacate, frutos secos.

- **Vitaminas y minerales.**

Son sustancias indispensables para el organismo. Una dieta sana contiene todas las vitaminas y minerales que necesitamos.

<b>Vitamina A</b>	<i>Pescados, yema de huevo, leche, perejil, zanahoria, tomates, hortalizas, ajo,...</i>
<b>Vitamina B1</b>	<i>Huevos, trigo, avena, arroz, guisantes, coliflor, cebollas, apio, leche, pescado,...</i>
<b>Vitamina B12</b>	<i>Carne de ternera, mariscos, pescado, yema de huevo, carne de ave,...</i>
<b>Vitamina C</b>	<i>Perejil, pimienta, guisantes, espinacas, lechuga, naranja, fresas, kiwi,...</i>
<b>Vitamina D</b>	<i>Leche, yema de huevo, pescado,...</i>
<b>Vitamina E</b>	<i>Aceite de oliva, harina integral, ensalada, plátanos,...</i>
<b>Vitamina K</b>	<i>Fresas, espinacas, coliflor, guisantes, tomates, leche de vaca, avellanas,...</i>

- **Funciones de los nutrientes.**

Los alimentos nos proporcionan las sustancias nutritivas (nutrientes) que nuestro organismo necesita. El cuerpo humano al recibir los alimentos los transforma y utiliza como nutrientes, para la supervivencia, reparación, construcción y mantenimiento de las células que forman diferentes tejidos. Las sustancias nutritivas pueden ser de dos tipos:



- Calóricas: que proporcionan energía al cuerpo (HC, proteínas y grasas).
- Acalóricas: no aportan energía al cuerpo (agua, vitaminas, minerales).

Tanto unas como otras son necesarias y sin ella es imposible la vida, por tanto, todas tienen unas funciones.

<b>Función</b>	<b>Descripción</b>	<b>Alimentos que los contienen</b>
<b>FORMADORA O PLÁSTICA</b>	Construcción, reparación y mantenimiento de las células que forman los distintos tejidos (muscular, óseo,...) Las proteínas son las sustancias que tienen esta función.	Se encuentran en los distintos alimentos de los grupos 1,2 y 3 de la rueda de alimentos. Leche y derivados, carne, pescados, huevos, legumbres y frutos secos.
<b>REGULADORA</b>	Regulan el funcionamiento y equilibrio del organismo, de modo que los restantes nutrientes cumplan su función. Son las vitaminas y minerales, necesarias en muy pequeñas cantidades	Se encuentran en todos los alimentos pero, sobre todo, en los que aparecen en los grupos 4 y 5 de la rueda de alimentos. Hortalizas, frutas y verduras.
<b>ENERGETICA</b>	Aportan energía. Nuestro organismo tiene necesidades energéticas basales (respirar, funcionamiento de los órganos, y aparatos, mantener la temperatura) y otras que dependen de las circunstancias personales y ambientales. Son los HC y las grasas los nutrientes que tienen esta función.	Los HC y grasas se encuentran en los alimentos de origen animal y vegetal, pero, sobre todo, en los alimentos de los grupos 3,6 y 7. HC: cereales, pan, pastas, frutas, papas,... Grasas: aceite de oliva, tocino, mantequilla, carnes grasas.

- **Fibras.**

Son sustancias vegetales que no son digeridas por las enzimas digestivas del ser humano. Los alimentos ricos en fibras son:

- Cereales: salvado, pan integral, maíz en grano, pan de payés, arroz integral,...
- Legumbres: judías, garbanzos, lentejas, soja, ...
- Frutos secos: higos secos, almendras, dátiles, cacahuetes, nueces, aceitunas, ...



- Verduras: espinacas, guisantes, alcachofas, zanahorias, judías verdes.

#### Ventajas:

1. Regulan la movilidad intestinal, favoreciendo el tránsito intestinal y retrasando la absorción de los HC.
2. Proporciona volumen a las heces, debido a su capacidad para retener agua, acelerando el tránsito a través del intestino grueso, siendo especialmente recomendable en las personas que padecen estreñimiento.
3. Modera la digestión en el intestino delgado.
4. Es una sustancia preventiva del carcinoma de colon.

#### Inconvenientes:

Si se recomienda un régimen rico en fibras, es preciso introducirlas progresivamente (en especial el salvado), ya que podrían desencadenar dolores abdominales, flatulencia y problemas de fermentación. Una dieta rica en fibras debe acompañarse de una cantidad de líquidos importantes (1,5 – 2 litros diarios), porque de lo contrario se obtendría un efecto inverso (problemas suboclusivos).

Para mantener un tránsito intestinal correcto en las personas mayores, la ingesta diaria recomendada es de 20 gr. de fibra vegetal al día. Para conseguir estos 20 gramos hay que comer:

150 gr. de pan blanco	4 gr.
200 gr. de verdura	4 gr.
1 ensalada (100 gr.)	2 gr.
2 frutas (crudas o cocidas)	6 gr.
200 gr. de papas	7 gr.

### **3. VENTAJAS DEL SEGUIMIENTO DE UNA ALIMENTACIÓN CORRECTA.**

Cuando realizamos una alimentación saludable ingiriendo la cantidad y calidad de alimentos que nuestro organismo necesita, estamos promocionando nuestra salud. La mayoría de las necesidades nutricionales en las personas mayores pueden cubrirse por medio de alimentos naturales, reservando el uso de suplementos artificiales cuando la



persona o la familia no puedan asegurar la ingesta o bien cuando surgen signos y / o síntomas relacionados con un déficit nutricional.

Por el contrario, si la alimentación es inadecuada (desequilibrada, irregular y repetitiva), ponemos en riesgo nuestra salud, ya que la alimentación influye en una adecuada nutrición, y ésta en la salud, y por tanto, en nuestra calidad de vida.

Entre las ventajas de una alimentación sana tenemos:

- a) Reducción del riesgo de infecciones: Con la edad surgen cambios en el sistema inmune que hacen a las personas mayores más susceptibles de presentar infecciones, existiendo la evidencia de que un aumento en el aporte de vitaminas y minerales puede contrarrestar este proceso.
- b) Prevención de las úlceras por presión (UPP) y mejor cicatrización: El mejor tratamiento de las UPP es la prevención. En ella juega un importante papel la valoración del estado nutricional del paciente. Un adecuado aporte hídrico, proteico-calórico y vitamínomineral, reduce el riesgo de aparición de las úlceras y favorece su cicatrización.
- c) Prevención del estreñimiento: Para prevenir el estreñimiento es necesario asegurar una adecuada ingesta de líquidos y de alimentos ricos en fibras.
- d) Evita la aparición de enfermedades relacionadas con déficit nutricionales.

#### **4. CONSEJOS DE HIGIENE ALIMENTARIA.**

La correcta manipulación y conservación de los alimentos es de gran importancia en la alimentación, ya que de esta manera se evitan las toxiinfecciones alimentarias.

Los aspectos a tener en cuenta para una adecuada higiene en la alimentación son:

- a) Lavado de manos cuando se vaya a manipular los alimentos, antes y después de las comidas.
- b) Los alimentos que se van a consumir fríos (ensaladillas, tartas, pasteles, natillas, etc.) deberán mantenerse en refrigeración hasta el momento de su consumo y en recipientes cerrados para evitar la contaminación. Hay que sacar sólo las raciones que vayan a ser utilizadas de inmediato, dejando el resto en el frigorífico.
- c) Las frutas que vayan a ser consumidas sin pelar, deberán lavarse escrupulosamente con agua corriente.
- d) Los alimentos crudos que se emplean en las ensaladas (lechugas, escarola, tomate, etc.) deberán lavarse con agua y un chorrito de lejía (aproximadamente dos cucharas



soperas por cada 5 litros de agua), siendo importante emplear las recomendadas para este uso, ya que no todas las lejías de uso doméstico son aptas para la desinfección de alimentos.

- e) Evitar el consumo de enlatados que se encuentren en mal estado: latas abolladas, oxidadas, o que desprendan gas al abrirse. Cuando se abre una lata de conserva, si no va a ser consumida de inmediato, deberá traspasarse su contenido a un recipiente limpio, cerrarlo y conservarlo en el frigorífico.
- f) Destruir por acción del calor todos los microorganismos presentes en los alimentos.
- g) Los huevos que estén rotos o sucios no se deben utilizar ya que la cáscara es porosa y los microorganismos penetran en su interior.
- h) No consumir carnes crudas ni moluscos sucios.
- i) Nunca se debe descongelar un alimento a temperatura ambiente: sáquelo del congelador, páselo al frigorífica y luego al exterior. Los alimentos que se descongelan, no deben volver a congelarse.
- j) Desechar los alimentos con moho.

## **5. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LAS PERSONAS MAYORES QUE REPERCUTEN EN SU ESTADO NUTRICIONAL.**

Con la edad se producen una serie de cambios fisiológicos en las PM que pueden incidir de forma negativa en su estado nutricional. La comprensión de estos cambios, es clave para el manejo de la dieta de las PM y prevenir una eventual desnutrición.

Cambios fisiológicos:

➤ Aparato musculoesquelético:

Hay una pérdida de masa muscular (sarcopenia) y de densidad ósea (osteoporosis), lo que supone una disminución de la fuerza y la movilidad y conlleva una menor actividad física, mayor fragilidad y riesgo de caídas.

La masa grasa aumenta y se redistribuye aumentando la grasa subcutánea y aumentando la de los distintos órganos. Se produce una disminución del agua corporal total. El metabolismo basal disminuye debido a la disminución de la masa magra y de la actividad física.

➤ Aparato digestivo:

La pérdida de vellosidades intestinales lleva consigo una alteración en la digestión al disminuirse la absorción de los alimentos. La movilidad del aparato digestivo está disminuida, por lo que los alimentos progresan más lentamente. Una tercera parte de





las PM de 70 años presentan una disminución de la secreción gástrica, lo que explica una menor absorción de calcio, hierro, ácido fólico, cinc y vitamina B12, y por tanto, es necesario cubrir esa demanda de nutrientes aumentando el consumo de vegetales verdes, frutas frescas, aceite de oliva, pescados, huevos, etc..., con la frecuencia recomendada en la pirámide de la alimentación.

➤ Cavidad oral:

Más de un 50% de las PM de 65 años, sufren pérdida de los dientes que se acompañan de otras modificaciones en la boca, como es disminución del flujo salival, estando ambas modificaciones relacionadas con una mayor dificultad de la masticación de los alimentos.

La sequedad bucal produce sensación de ardor y grietas en la lengua y en los labios. La saliva se hace viscosa y espesa. La lengua queda sin papilas y con grietas. Pueden aparecer alteraciones labiales e inflamación de las comisuras que van fácilmente ligadas a las carencias vitamínicas y a la deshidratación.

➤ Gusto y olfato:

Se observa una pérdida o disminución del gusto salado y la conservación del gusto dulce. Esta pérdida explicaría la insipidez de los alimentos. No obstante, dichas modificaciones gustativas varían según las personas. De igual modo, el olfato puede quedar modificado. Estas modificaciones del gusto son las responsables de la pérdida del placer de comer.

➤ Sensación de sed:

En las personas de edad avanzadas, la sensación de la sed disminuye con el consiguiente riesgo de deshidratación al verse reducida la ingesta hídrica. Si hay problemas con la ingesta de líquidos, podemos probar con gelatinas de diferentes sabores para aportar el agua necesaria.

➤ Vista:

En ocasiones aparecen problemas en la vista ligados a la edad, como ocurre con las cataratas, que generan una disminución de la agudeza visual en las PM. La afectación del sentido de la vista va a dificultar la propia alimentación del paciente, así como la capacidad para preparar ciertos platos de comida que precisan de ciertas



manipulaciones (cortar los alimentos). Ello implica que en estos casos pueda haber cierta preferencia por alimentos más fáciles de preparar.

## **6. CONSEJOS PARA ALIMENTAR A UNA PERSONA DEPENDIENTE.**

- a) Colocar a la persona en posición de Fowler (semisentado) si está encamado, o bien sentado.
- b) Preparar los alimentos que se van a consumir, adecuando estos a la capacidad de masticación y deglución de la persona: enteros, troceados, triturados, etc. Procurar no mezclar alimentos sólidos y líquidos en personas con problemas de deglución.
- c) La presentación del plato y el adecuado mantenimiento del calor, en los platos calientes, lo hacen más apetitosos y favorecen su ingesta.
- d) Las comidas serán lentas, evitando que la persona se atragante o se canse. Se fomentará la independencia en la persona, para la alimentación.
- e) Respetar las preferencias sobre los diferentes alimentos de la persona, en la medida de lo posible, asegurando siempre una alimentación sana.
- f) Crear un ambiente agradable durante la alimentación de la persona: temperatura ambiental óptima, diálogo amistoso con la persona, etc.
- g) Mostrar paciencia, evitando que nuestras prisas transmitan agobio a la persona.

## **7. ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGASTRICA (SNG).**

La alimentación por SNG consiste en nutrir a una persona mediante alimentos introducidos en el interior del aparato digestivo a través de una sonda de alimentación. Su utilización ha aumentado de forma progresiva a lo largo de los años al ponerse de manifiesto su utilidad en prevenir o tratar la desnutrición. Se recomienda su uso durante 4 – 6 semanas, aunque se puede prolongar más si las circunstancias no aconsejan la realización de ostomías.

Está indicada en personas que sin precisar ingreso hospitalario, requieren alimentación a través de una sonda para asegurar su estado nutricional por estar afectados de un proceso evolutivo que imposibilita la alimentación por vía oral.

- **Características de la alimentación por SNG.**

La mayoría de las necesidades nutricionales en las personas mayores pueden cubrirse a través de comidas naturales, reservando el uso de suplementos artificiales cuando



la persona o la familia no puedan asegurar la ingesta o bien cuando surgen signos y/o síntomas relacionados con déficit nutricionales.

Las necesidades nutricionales de las personas portadoras de SNG son las mismas que para el resto de la población, y se alcanzan a través de una alimentación sana: adecuada, equilibrada, variada y regular.

Los alimentos que se introducen a través de la sonda deben ser bien triturados hasta conseguir una textura cremosa, sin grumos, pudiendo diluir los alimentos con líquidos si están demasiado espesos. Con ello se consigue facilitar el paso de los mismos a través de la sonda.

- **Técnica de alimentación por SNG.**

- ✓ Antes de introducir los alimentos debemos asegurarnos la correcta colocación de la sonda en el estómago. Para ello es preciso aspirar el contenido gástrico antes de cada comida.
- ✓ Ha de colocarse a la persona mayor en posición semisentada, si está encamada, o bien sentada para evitar la regurgitación esofágica.
- ✓ Administrar 50cc de agua antes de cada comida.
- ✓ Los alimentos deben administrarse a temperatura ambiente, para reducir el peristaltismo excesivo y prevenir la regurgitación.
- ✓ Para introducir los alimentos o líquidos a través de la sonda se hará uso de una jeringa de alimentación de 50 cc de capacidad.
- ✓ La velocidad de administración de los alimentos debe ser lenta, para prevenir la distensión abdominal, náuseas y diarreas.
- ✓ Antes de conectar o desconectar la jeringa de la sonda es importante clamparla para impedir que penetre aire en el estómago.
- ✓ Limpiar la SNG con 50 cc de agua después de cada comida, con el fin de conservar su permeabilidad.
- ✓ Taponar hasta la próxima comida.
- ✓ Mantener a la persona en posición semisentada o sentada unos 30 minutos después de la comida.
- ✓ Es importante mantener una adecuada higiene de la cavidad oral.

- **Cuidados de la sonda.**

El éxito de la alimentación por SNG en domicilio requiere la existencia de un equipo multidisciplinar formado por el personal sanitario, el paciente y la familia, sobre todo la



cuidadora principal. El personal sanitario se encargará de prescribir y colocar la sonda y dar pautas a la familia sobre la administración de los alimentos, cuidados a la persona mayor y cuidados del equipo de infusión, controlando la aparición de cualquier complicación.

Los cuidados que requiere la sonda son:

- ✓ Anclaje: para evitar que la sonda se desplace, se debe fijar a la nariz mediante esparadrapos.
- ✓ Movilizaciones: para prevenir posibles lesiones en la mucosa gástrica o en la aleta nasal se deben realizar pequeñas movilizaciones de la sonda.
- ✓ Permeabilidad: comprobar regularmente la permeabilidad de la sonda, evitando acodamientos.

**ES MUY IMPORTANTE FOMENTAR EN LA PERSONA MAYOR LA REALIZACIÓN DE TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES QUE SUS LIMITACIONES LE PERMITAN.**



## UNIDAD DIDÁCTICA 9. ELIMINACIÓN.

---

### OBJETIVOS:

La cuidadora reconocerá las medidas a tomar ante los diferentes problemas relacionados con la eliminación de la persona que cuida.

### CONTENIDOS:

1. Problemas de eliminación vesical:
  - 1.1.- Incontinencia urinaria.
  - 1.2.- Detección precoz de las incontinencias urinarias.
  - 1.3.- Dispositivos empleados en las incontinencias.
  - 1.3.- Retención urinaria.
2. Problemas de eliminación intestinal:
  - 2.1.- Incontinencia fecal.
  - 2.2.- Estreñimiento.
  - 2.3.- Impactación fecal.
  - 2.4.- Diarrea.

### ACTIVIDADES:

- Explicación teórico-práctica, con ayuda de transparencias, de los contenidos de la unidad.
- Mostrar los distintos dispositivos que existen en el mercado (pañales, compresas, colectores, sondas, etc.), como se utilizan y aclarar dudas.



## **DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:**

En las personas mayores, los problemas de eliminación guardan una estrecha relación con su calidad de vida.

Son principalmente las incontinencias urinarias y fecales, así como las retenciones urinarias y el estreñimiento, los problemas de eliminación que afectan a la mayoría de estas personas. Otros problemas comunes relacionados con la evacuación son la impactación fecal y la diarrea.

### **1. PROBLEMAS DE ELIMINACIÓN VESICAL.**

#### **1. 1.- Incontinencia urinaria..**

La incontinencia urinaria consiste en una pérdida involuntaria de orina de forma regular, que ocasionan problemas higiénicos, psicológicos y sociales. La prevalencia es de más del 15% en mayores de 65 años, predominando el sexo femenino.

En bastantes ocasiones, tanto los cuidadores como las personas que sufren de incontinencia, piensan que es preferible hablar lo menos posible de un tema que les provoca sentimientos de vergüenza y que dañan su dignidad como persona. Por ello es necesario descubrir cuanto antes el problema para poner tratamiento y resolverlo. En la solución participan los profesionales sanitarios, la familia, las cuidadoras y las personas afectadas.

Los factores predisponentes pueden ser:

- a) Ambientales: uno de los más importantes es la existencia de las denominadas barreras arquitectónicas: objetos, muebles, parte de la arquitectura de los edificios, que impiden o dificultan el acceso de forma eficaz al baño.
- b) Personales: deterioro físico (encamado, enfermo terminal, minusvalías), deterioro psíquico (demencias, desorientación), fármacos (sedantes, hipnóticos, diuréticos), infecciones urinarias, impactación fecal.

#### **1.2.- Detección precoz de las incontinencias urinarias.**

Para detectar posibles situaciones de IU, es importante formular preguntas relacionadas con el hábito miccional de la persona. Conviene comprobar la existencia de algunos de los siguientes síntomas:



- Es incapaz de esperar unos minutos una vez que tiene deseos de orinar.
- No tiene la sensación de que se llena la vejiga.
- Cuando comienza a orinar no tiene la sensación física de estar haciéndolo.
- Acude muy pocas o muchas veces a orinar al cabo del día.
- Acude varias veces al baño por la noche.
- Orina unas gotas sin llegar a tener la ropa húmeda.
- No es capaz de parar de orinar, una vez que ha empezado a hacerlo.
- Tiene una excesiva sequedad vaginal.

Ante el problema de las IU, se recomiendan algunas pautas, que puede, si no eliminarlo totalmente, si al menos, reducir sus consecuencias y su gravedad. Entre ellas tenemos:

a) Medidas socioambientales:

- Facilitar el camino hasta el baño, evitando obstáculos como muebles, plantas, alfombras, etc...
- Adecuar el baño a la situación de la persona: colocar barras asideras, así como una taza del WC. más alta de lo habitual, sustituir bañera por plato ducha, etc.
- Asegurar una adecuada iluminación en el trayecto hacia el baño y en el interior del mismo.
- Señalizar la puerta del baño con un color diferente, o colocando un cartel.
- Las ropas serán amplias y fáciles de abrir y quitar, vestidos con broches automáticos, velcros, etc...

b) Medidas personales:

b.1. Apoyo psicológico:

Es importante dar estímulos positivos, apoyar y compartir los episodios de incontinencia. Enfadarse o ser crítico es siempre contraproducente; evitar la marginación y frases como: “ya está otra vez, esto no se puede aguantar”. Reforzar los logros obtenidos y animar a seguir poniendo en práctica las acciones efectivas.



## b.2. Consejos higiénico-dietéticos:

- Reducir el consumo de sustancias excitantes: alcohol, café, té colas, porque irrita la vejiga y aumenta la necesidad de orinar.
- Crear un hábito miccional, con ello se reducen los episodios de incontinencia al tener la vejiga vacía.
- Si la PM está en la cama y no puede ir al baño de manera independiente o con ayuda, existen dispositivos como cuñas y orinales que pueden ser útiles.
- Entre las medidas preventivas podemos distinguir, principalmente, los ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pelviano, aunque en muchas personas que permanecen encamados un período de tiempo prolongado, éste tipo de prevención ya no es viable.
- Reducir la ingesta hídrica de 2 a 3 horas antes de acostarse, para evitar la necesidad de orinar en la noche. Ello **NO** supone una reducción de la ingesta hídrica diaria (1.5-2 L.), ya que se correría el riesgo de aparición de infección urinaria y/o deshidratación.
- Mantener una buena higiene, y cuidado de la piel. En este punto, juegan un importante papel los distintos dispositivos existentes para corregir el problema de las IU.

## 1.3.- Dispositivos empleados en las incontinencias.

**Dispositivos absorbentes (pañales):** Son generalmente el sistema de elección, ya que son sencillos de aplicar, no aumentan el riesgo de infección urinaria y, por variedad de tamaños existentes, se adaptan a las distintas situaciones del paciente.

El uso de este dispositivo conlleva la necesidad de un cambio de pañales cuando se produzcan episodios de incontinencia, sin demora en el tiempo, manteniéndose así la piel seca y evitando el riesgo de escoriación.





## Dispositivos conductivos:

- **Colector:** Indicado solo en varones incontinentes que no presenten infecciones urinarias ni obstrucciones. Es un dispositivo de caucho o látex que se aplica en la parte externa del pene y presenta un tubo que se conecta a la bolsa de drenaje. Su colocación sigue los siguientes pasos:

Desenrollar con suavidad el colector sobre el pene, dejando unos 2,5 cm entre el extremo del pene y el colector.

El colector puede fijarse mediante una tira de espuma adhesiva a la piel. La fijación se hará con seguridad pero con cuidado de no limitar el riego sanguíneo hacia el pene.

Unir el sistema de drenaje urinario al tubo de conexión del colector.

Cambiar el colector a diario. Lavar el pene con agua y jabón, y secar antes de aplicar el nuevo colector.

Vigilar el estado de la piel del pene: coloración, irritación y presencia de otras posibles lesiones.

- **Sonda vesical:** Catéter de látex o silicona, utilizado para drenar el contenido de la vejiga o introducir líquidos o fármacos en su interior.

Indicaciones:

Incontinencia o retención urinaria.

Prevención de infecciones de UPP.

Administración de tratamientos.

Este dispositivo tiene inconvenientes relacionados con un mayor riesgo de infección y la incomodidad del paciente. Es un método de elección cuando los demás fracasan.

## Cuidados generales de la sonda y el colector.

Para un adecuado funcionamiento y mantenimiento de estos dispositivos, y para evitar posibles complicaciones, es necesaria una adecuada higiene de la piel y cuidados óptimos de la sonda y el colector.

Higiene de la Piel: El sistema ideal de sondaje ha de proteger la piel de las posibles fugas de orina para que el tiempo de contacto de la orina con la piel sea mínimo. La conservación de la integridad de la piel está en función de una adecuada limpieza y una ausencia total de humedad.

Para ello es preciso:



Limpieza de la zona genital con agua y jabón: la limpieza de la zona alrededor del meato debe hacerse de delante hacia atrás en la mujer y del meato hacia fuera en el hombre, evitando así la contaminación.

Para evitar la humedad, debe cuidarse la piel, prestando especial atención aun correcto secado de los pliegues. En el caso de que la ropa de la persona mayor o de la cama se hayan mojado con orina, hay que cambiarlos inmediatamente para evitar la humedad prolongada de la orina sobre la piel.

*Cuidados de la sonda y el colector. Se recomienda que:*

1. Se lave las manos antes y después del manejo de la sonda / colector.
2. Se mantenga la bolsa de drenaje más baja que la sonda / colector, puesto que así la orina no ascenderá en contra de la gravedad hacia la vejiga.
3. Se fije la sonda / colector con tiras adhesivas a la parte interna del muslo de la persona y a su cama. En este último caso debe dejarse que el tubo forme un pequeño arco para que al cambiar de posición en la cama al paciente no se produzcan tirones en la sonda / colector con el consiguiente riesgo de salida de su sitio.
4. En personas portadoras de sonda o colector, con conexión permanente a bolsa y con posibilidad de deambular, se podrá fijar la bolsa en la parte inferior de la pierna. En algunos casos se podrán crear bolsillos interiores en la parte interna y baja del pantalón, para guardar la bolsa recolectora de orina.
5. Se evite que la sonda o la bolsa de orina entren en contacto con el suelo, superficies contaminadas o suciedad.
6. Se cambie la bolsa cuando esté llena, evitando retrasar el vaciado, ya que la orina puede retroceder por rebosamiento hacia la vejiga, provocando infecciones.
7. Se observe regularmente la permeabilidad de la sonda / colector para detectar posibles obstrucciones o acodamientos.
8. Debemos fomentar la máxima autonomía en personas portadoras de sonda vesical y con capacidad funcional para la deambulación. Para ello es importante el correcto manejo del tapón, como dispositivo de cierre, teniendo en cuenta que las personas con reflejo vesical que presente deseos de miccionar, acudirá al wc y liberará la sonda del tapón a fin de facilitar el drenaje vesical, y, una vez finalizado, procederá de nuevo a su colocación. En las personas con vejiga neurógena se debe crear un hábito miccional cada 2 ó 3 horas, procediendo de



igual manera. Durante la noche se conectará la sonda vesical a la bolsa recolectora de orina.

### **Prevención de la infección urinaria.**

- a) Acidificar la orina, favoreciendo el consumo de alimentos con residuos ácidos (cítricos).
- b) Aumentar la ingesta hídrica a 2 – 3 litros de agua al día, salvo contraindicación.
- c) Mantener el sistema cerrado permanentemente, excepto en el momento de realizar el cambio de bolsa.
- d) Evitar el reflujo de la orina hacia la vejiga.

### **1. 4.- Retención urinaria.**

Estado en que una persona experimenta un vaciado incompleto de la vejiga. Para valorar esta situación es preciso considerar los siguientes puntos:

- ✓ Presencia de distensión vesical, dificultad para iniciar la micción, goteos, micciones frecuentes de poca cantidad, ausencia de micción.
- ✓ Fuerza del chorro de orina.
- ✓ Sensación de vaciado incompleto de la vejiga al finalizar la micción.

### **Abordaje de la Retención Urinaria.**

El abordaje de la retención urinaria tiene como fin el restablecimiento del flujo urinario. Cuando la persona tiene dificultad para evacuar la vejiga, se intenta estimular la micción, adoptando ciertas medidas antes de sondar, como:

- a) Estímulo postural: adopción de posturas que facilitan la micción (Valsalva, Credé, estiramiento anal).
- b) Estímulo auditivo: dejar correr el agua.
- c) Estímulo táctil: verter agua en el periné, introducir las manos en agua, así como los baños de asiento tibio, favorecen la relajación de los esfínteres.

En caso de fracaso de estas medidas, habrá que valorar la necesidad de realiza un sondaje vesical.



## 2. PROBLEMAS DE ELIMINACIÓN INTESTINAL.

### 2. 1.- Incontinencia Fecal.

Estado en que una persona experimenta un cambio en sus hábitos intestinales normales, caracterizado por la expulsión involuntaria de heces. Cualquier trastorno que altere la función de control del esfínter anal puede producir incontinencia fecal (trastorno gastrointestinal, trastornos neuromusculares, deterioro cognitivo, etc.).

#### **Factores relacionados con la incontinencia fecal.**

Factores ambientales: uno de los más importantes es la existencia de las denominadas barreras arquitectónicas, aquellos objetos, muebles, parte de la arquitectura de los edificios, que impiden o dificultan el acceso de forma eficaz al aseo, por parte de la persona con incontinencia. Por ej: el mobiliario mal colocado, escalones altos, alfombras dobladas, suelos resbaladizos, iluminación deficiente, etc.

Factores personales: deterioro físico (enfermedad terminal, trastornos neuromusculares,...) deterioro psíquico (demencias, desorientación,...)

#### **Actuación ante el paciente con incontinencia fecal.**

- a) Dar dieta rica en fibra, para facilitar la formación del bolo fecal.
- b) Asegurar una ingesta de 2-2,5 litros de agua al día, si no está contraindicado.
- c) Elaborar un programa de reeducación intestinal, que consistirá en:
  - ✓ Observar cuando se produce normalmente la evacuación intestinal.
  - ✓ Si es posible, sentar a la persona en el wc, para que defeca en su horario habitual; lo ideal es después de las comidas para aprovechar el reflejo gastrocólico.
  - ✓ Si es necesario estimular la defecación mediante masajes abdominales en la zona sigmoidea. El tacto rectal pueda también estimular la defecación.
- d) En caso de inmovilidad, facilitarle la cercanía del orinal o cuña.
- e) En las personas mayores con incontinencia fecal irreversible, el objetivo se centrará en evitar las complicaciones de la misma, como puedan ser las UPP, principalmente en personas inmovilizadas, y para ello es preciso realizar cambios de la ropa de la cama y del paciente, así como de los protectores (pañales), para que la piel pueda conservarse limpia, seca e intacta.



- f) Observar la piel con frecuencia para descubrir precozmente signos como: enrojecimiento, vesículas y otras lesiones de la piel.
- g) Establecer y mantener un clima de intimidad y confianza, para reducir la ansiedad.

## **2.2.- Estreñimiento.**

Estado en que la persona experimenta un cambio en sus hábitos intestinales normales, caracterizado por una disminución en la frecuencia y/o por la eliminación dificultosa de heces duras y secas.

### **Factores de riesgo de estreñimiento o impactación fecal.**

- Desnutrición.
- Deshidratación.
- Inmovilidad.
- Fármacos: antiácidos, anticolinérgicos, antidepresivos, antihistamínicos, narcóticos, fenotiacidas, sales de bismuto, hierro y calcio.

### **Actuación ante el estreñimiento.**

El objetivo que se persigue es conseguir que la evacuación intestinal se produzca con normalidad, y para ello conviene tener en cuenta los siguientes puntos:

- a) Recomendar una dieta que contenga alimentos ricos en fibras (20 gr/día).
- b) Evitar alimentos astringentes.
- c) Recomendar la ingesta de 2 – 2,5 litros de agua al día, salvo contraindicación.
- d) Aumentar la actividad física, adecuándola a la situación de cada persona. El ejercicio cotidiano es necesario para aumentar o mantener el peristaltismo intestinal; sin embargo, en las personas que presentan dificultad para moverse, se crea una situación de dependencia, por lo que es importante recordarles la necesidad de realizar ejercicios ligeros que favorezcan la movilidad intestinal: sentarse en la cama, darse la vuelta, moverse estando sentado, etc. Las movilizaciones pasivas de la musculatura abdominal favorecen la movilidad intestinal, estado indicadas en personas encamadas.
- e) Revisar los fármacos que utilizan las personas mayores con incontinencia fecal ya que, en ocasiones, presentan efectos secundarios a nivel del intestino. La utilización de laxantes no tiene que formar parte del plan de actuación como primera medida. Solo deben ser usados como medida de urgencia. Los laxantes son una causa



frecuente de diarrea en las personas mayores. Los mecanismos naturales de defecación dejan de trabajar a medida que el cuerpo se acostumbra a laxantes y enemas. Los laxantes no forman parte de un programa de control intestinal.

- f) Mantener intimidad durante el acto de la defecación.

### **2.3.- Impactación fecal.**

La impactación fecal es la retención y acumulación prolongada de las heces endurecidas y secas en el recto. Puede producir una irritación de la mucosa, dando lugar a una diarrea con contenido mucoso o a una fuga de materia fecal. A veces la impactación fecal puede ocasionar una obstrucción de la porción distal del intestino, que requiere una intervención quirúrgica.

#### **Actuación ante la impactación fecal.**

El mejor tratamiento de la impactación fecal es la prevención y para ello se tendrán en cuenta las mismas medidas preventivas que en el estreñimiento. Si las medidas preventivas fracasan y se origina un cuadro de impactación fecal, es importante una rápida actuación a fin de evitar problemas más graves (peritonitis). Esta actuación consiste en:

- Ablandar y lubricar las heces mediante supositorios o enemas de retención de aceite, favoreciendo así la eliminación de la materia fecal (fecalomas).
- Si los enemas fracasan, eliminar manualmente el fecaloma, de la siguiente manera: colocar a la persona en posición de decúbito lateral izquierdo con las piernas flexionadas hacia el tórax (posición de Sims). Ponerse guantes y lubricar el dedo índice para insertarlo, con suavidad, en el ano. Romper el fecaloma con el dedo en pedazos más pequeños, procediendo a la extracción manual de los mismos. Al finalizar, proceder a la correcta limpieza de la zona anal. Es muy importante mantener la intimidad durante la intervención.

### **2.4.- Diarreas.**

Es la eliminación frecuente de heces líquidas y, en ocasiones, causa de incontinencia fecal. Las causas más frecuentes de diarreas en las personas mayores son:

- Infecciones gastrointestinales.
- Alimentos irritantes.
- Fármacos: antiácidos con magnesio, laxantes salinos.
- Trastornos intestinales crónicos.



- Estrés.

#### **Actuación ante la diarrea.**

- Favorecer la evacuación intestinal inmediata de la persona, acercándole la cuña o facilitándole la llegada al wc.
- Asegurar una higiene adecuada, con especial atención al cuidado de la piel, ya que las heces líquidas son muy irritantes.
- Prevenir la diseminación de microorganismos con una adecuada higiene de las manos.
- Favorecer el reposo digestivo, mediante dietas blandas o absolutas, dependiendo de la gravedad del cuadro.
- Conseguir una adecuada reposición hidroelectrolítica, para evitar la deshidratación.
- Administración de fármacos, si fuera preciso, según prescripción médica.



## UNIDAD DIDÁCTICA 10. CUIDADOS RESPIRATORIOS

---

### OBJETIVOS:

1. La cuidadora será capaz de explicar las causas de acumulación de secreciones en vías respiratorias.
2. Conocerá la importancia de ayudar a eliminar las secreciones a la persona que cuida.
3. Realizará técnicas básicas de percusión, vibración y drenaje postural.

### CONTENIDOS:

1. - Origen de las secreciones y mecanismos naturales de expulsión.
2. - Técnicas de Fisioterapia Respiratoria (FTR):
  - 2.1. - Finalidad y tipos
  - 2.2. - Respiración Profunda y Tos.
  - 2.3. - Percusión y Vibración.
  - 2.4. - Drenaje postural.
3. - Indicaciones de las técnicas de Fisioterapia Respiratoria (FTR).
4. - Contraindicaciones de las técnicas de Fisioterapia Respiratoria.
5. – Condiciones a tener en cuenta.

### ACTIVIDADES:

- Exposición teórica, con ayuda de transparencias, de los contenidos de la unidad.
- Demostración práctica de las diferentes técnicas que ayudan a mejorar la ventilación pulmonar.





## DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:

### 1. ORIGEN DE LAS SECRECIONES. MECANISMOS NATURALES DE EXPULSIÓN.

Las secreciones se forman en las vías respiratorias como un mecanismo de defensa del organismo ante sustancias que entran en el árbol respiratorio durante la respiración.

Con el aire que se respira, entran en la nariz todas las partículas que se encuentran en suspensión en el mismo, así como microorganismos que pueden provocar una infección. Las fosas nasales no solo permiten el paso del aire, sino que aquí se produce una primera limpieza de dicho aire, ya que la función de la nariz es, precisamente, preparar el aire para que entre caliente, húmedo y limpio. Además, en la mucosa nasal se fabrica moco, que fija las partículas de polvo y las desplaza hacia la nasofaringe por la acción de los cilios. Hasta llegar a los pulmones, el aire pasa por la, faringe y la laringe, (que impide que cualquier sustancia sólida o líquida alcance la tráquea) y los bronquios que se van ramificando dentro de los pulmones hasta llegar al alvéolo, que es donde se produce el intercambio de gases.

Todas las vías respiratorias, están provistas de algún mecanismo para detener y hacer salir las partículas que entran con el aire. En la nariz, existen los **pelos**, los **cilios** y el **moco**. Además está el reflejo del **estornudo**, que se estimula cuando hay alguna sustancia irritante, cuya finalidad es expulsarla. En la tráquea y en los bronquios existe una especie de “escobillas”, de **cilios** que tapizan toda su superficie. Estos cilios tienen un movimiento constante de barrido hacia fuera, que hacen progresar hacia el exterior toda sustancia anómala que aparezca por allí, ya sean partículas o moco que se segrega cuando hay algún proceso infeccioso. Éstos, además, suelen desencadenar normalmente, el reflejo de la **tos**, que es otro mecanismo de defensa del organismo para expulsar fuera del árbol bronquial lo que le perjudica.

En las personas mayores, con el deterioro normal del organismo, tanto el reflejo de la tos como el movimiento de los cilios, están disminuidos. Además, cuando el deterioro físico y/o cognitivo aumenta, se suman a las secreciones normales del árbol bronquial, la saliva. Habitualmente, se fabrican hasta 1500ml de saliva cada día que, entre otras funciones, se utilizan para diluir los alimentos y lubricarlos con el fin de hacer más fácil la deglución y la digestión de algunos alimentos, el resto del día, va pasando imperceptiblemente al estómago por gravedad o por deglución.

En una persona con los reflejos de la tos y de la deglución, y el tono muscular de la faringe disminuidos, y que pasa el día en la cama, gran parte de la saliva que tendría que ir a



parar al estómago, acaba en las vías respiratorias. Esto puede llegar a ser un verdadero problema, siendo causa de infecciones y afecciones respiratorias importantes.

## **2. TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA (FTR).**

Las técnicas de Fisioterapia Respiratoria (FTR) son un conjunto de técnicas físicas que se utilizan de forma complementaria con el tratamiento médico/ farmacológico en un intento de mejorar la función respiratoria. Está muy generalizado su uso desde que se comprobó su eficacia en la mejoría de los pacientes con diversas afecciones pulmonares, y como medida preventiva en casos de pacientes que van a ser sometidos a algún tipo de cirugía.

### **2.1.- Finalidad y tipos.**

Los ejercicios respiratorios permiten, en general:

- Una ventilación pulmonar máxima.
- Prevenir y tratar las atelectasias.
- Aumentar la ventilación alveolar.
- La relajación.
- La disminución de la frecuencia respiratoria.
- El refuerzo del diafragma y otros músculos respiratorios.

Dentro del grupo de técnicas de FTR, se encuentran, entre otras, las siguientes: **Respiración profunda y tos, Drenaje postural, Percusión y Vibración**, que son las que se van a desarrollar en este taller.

### **2.2.- Respiración profunda y tos.**

Los ejercicios de respiración profunda o diafragmática, son la más ampliamente utilizada, no solo como FTR, sino también como técnica de relajación. Se acompañan casi siempre de tos para facilitar la expectoración de las secreciones.

El paciente debe estar sentado o en semi Fowler, con los músculos abdominales relajados. Se le pide que ponga la mano sobre el estómago (a la altura del apéndice xifoides) y que coja aire hasta que “se eleve la mano”. A continuación, debe exhalar el aire y dejar relajados todos los músculos. Esto lo debe hacer 10 veces cada hora. Diez respiraciones profundas aportan mayor beneficio que 50 respiraciones rápidas, superficiales. Se pretende que se expandan los alvéolos, enseñar a la persona a expulsar el aire por la boca, con los labios fruncidos.



Una vez que el paciente ha aprendido a hacer las respiraciones profundas, se le pide que, cada tres respiraciones profundas, tosa dos veces. Así, la primera tos elevará las secreciones en el árbol bronquial y la segunda las expulsará.

### **2.3.- Percusión y vibración.**

La Percusión consiste en dar golpes secos, rítmicos y suaves con las manos ahuecadas y movimientos de las muñecas, en las zonas de la pared torácica que se corresponda con las porciones del pulmón afectadas que se quieran drenar. En general, no se debe percutir sobre la columna vertebral, los omoplatos, los senos, ni cuando existen heridas o quemaduras en las zonas a tratar.

La Vibración consiste en aplicar presión sobre una zona determinada del tórax con la palma de la mano. Mientras el paciente expulsa el aire por la boca, se hacen movimientos de vibración u oscilación con la mano.

Estas técnicas ayudan a desprender las secreciones mucosas de los bronquios y deben ser seguidas de respiraciones profundas y tos en los casos en que esto sea posible.

La Percusión y la Vibración están contraindicadas en pacientes con inyecciones epidurales o raquídeas recientes, en pacientes con lesiones en la piel del tórax (heridas quirúrgicas recientes, quemaduras...), en pacientes con alguna alteración de la coagulación, en sospecha de tuberculosis pulmonar, en osteopatías como la osteomielitis o la osteoporosis, en caso de enfisema subcutáneo o con dolor torácico.

### **2.4.- Drenaje postural.**

Consiste en colocar al paciente en una posición que favorezca el flujo de moco hacia el exterior por gravedad. Se elegirá la posición del paciente, dependiendo de la zona del pulmón que esté ocupada por moco, buscando siempre que la zona pulmonar a drenar, esté por encima del bronquio del mismo lado. En general, se drenan mejor los bronquios de los lóbulos medio e inferior cuando la cabeza está más baja que el tórax y los bronquios de los lóbulos superiores cuando la cabeza está más alta que el tórax.

El drenaje postural es una técnica que suele utilizarse con la vibración. Con el paciente colocado en la posición determinada, se le pide que respire pausadamente, alargando la espiración y, durante ésta, se le aplica una percusión rítmica o una vibración.

En el caso de los pacientes que nos ocupan, generalmente personas mayores, en muchos casos encamados o que pasan la mayor parte del tiempo sentados o semisentados,



lo más fácil es que las secreciones suelen acumularse en los lóbulos inferiores. En este caso, la posición suele ser en decúbito lateral derecho y/o izquierdo, con las caderas apoyadas sobre unas mantas dobladas para levantar la parte inferior del tórax con respecto a la cabeza, o en decúbito prono. En cualquier caso, la enfermera/o deberá auscultar al paciente para determinar dónde hay acumulación de secreciones, y debe ser ella o él quien determine cómo se ha de colocar al paciente, ya que hay descritas al menos 11 posturas de drenaje postural.

### **3. INDICACIONES DE LAS TÉCNICAS DE FTR.**

Las técnicas de FTR están indicadas en todas aquellas situaciones que requieran ayuda para mejorar la ventilación pulmonar: postoperatorios, neumonías, atelectasias, EPOC y enfermedades neuromusculares que afecten los músculos de la respiración.

### **4. CONTRAINDICACIONES DE LA FTR.**

- Situaciones en las que pueda aumentar un broncoespasmo.
- Diátesis hemorrágica o coagulopatías.
- Neumonía en fase sangrante o hemoptisis.
- Tratamiento con anticoagulantes.
- Contusión pulmonar.
- Enfisema subcutáneo.
- Osteomielitis.
- Osteoporosis.
- Sospecha de tuberculosis pulmonar.
- Dolor torácico.
- Paciente terminal con afectación del estado general.

### **6. CONDICIONES A TENER EN CUENTA.**

1. Vestido o ropa cómodas.
2. Postura cómoda.
3. Realizar la técnica elegida por encima de la camisa o poniendo una toalla sobre la piel.
4. Vigilar signos de complicación.



5. Hacer la fisioterapia alejada (al menos una hora antes y después) de las comidas.
6. Estimular la respiración profunda y la tos después del tratamiento.

**EN CASO DE QUE FUERA NECESARIO, SE PUEDE ASPIRAR LAS SECRECIONES.**



## **UNIDAD DIDACTICA 11. ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS.**

---

### **OBJETIVOS:**

1. La cuidadora será capaz de asociar las diferentes vías de administración de los medicamentos con relación a las presentaciones de los productos.
2. La cuidadora administrará el tratamiento prescrito a la persona a su cuidado de acuerdo al plan terapéutico prescrito.
3. La persona mayor conocerá y manejará su propio tratamiento si está capacitado, con vigilancia de la cuidadora o persona responsable.

### **CONTENIDOS:**

1. Vías de administración de los medicamentos.
2. Importancia del cumplimiento del tratamiento.
3. Efectos de la automedicación.
4. Medidas higiénico - dietéticas en el tratamiento farmacológico.

### **ACTIVIDADES:**

- Explicación teórica, con la ayuda de material audiovisual, de los conceptos relacionados en el apartado de contenidos.
- Práctica dirigida a identificar desde un grupo de productos terapéuticos, las distintas vías de administración.
- Reflexión - discusión con el grupo sobre los aspectos comentados en la charla, conocimientos previos, situación actual, hábitos de automedicación.
- Cumplimentación de la "Planilla de Medicación" de forma individual, con la visión directa de los envases.



## DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:

**Medicamento:** Sustancia simple o compuesta que se administra con fines terapéuticos.

**Dosis:** Cantidad de medicamento que se da de una sola vez.

**Dosis diaria:** Es la suma de las dosis que deben administrarse en 24 horas.

### 1. VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.

- Oral: es la más utilizada por su comodidad, sin embargo, tiene el inconveniente de que la absorción se ve modificada por varios factores: acidez de estómago, tomarlo con comida o no, diarreas o vómitos,...
- Sublingual: es una vía de absorción rápida. Se coloca la pastilla debajo de la lengua hasta que se deshaga, procurando que no se mezcle con la saliva.
- Vía rectal: alternativa de la oral, pero de absorción muy variable.
- Vía subcutánea: absorción más lenta que la vía intramuscular.
- Vía intramuscular: vía de absorción más rápida que la oral, el fármaco se administra disuelto mediante punción intramuscular.
- Vía local o dérmica: pomadas y cremas.
- Vía inhalatoria: vía de absorción rápida, para fármacos en forma de aerosoles.

### 2. IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO.

En las personas mayores varía la distribución, metabolismo y eliminación de algunos fármacos. Esto obliga a tener un cuidado especial en la medicación, individualizar el tratamiento, evitar la polimedicación y cumplir correctamente con las dosis, pautas y tiempo de tratamiento.

Por otro lado, el manejo de la medicación de la persona mayor ha de ser cuidadoso, por lo que la persona encargada de la gestión de la medicación, debería tener en cuenta una serie de pautas:

- Conocer el nombre del medicamento y para qué sirve.
- Como se debe aplicar: vía de administración, dosis y frecuencia en 24 horas.
- El tiempo que debe durar el tratamiento.
- Conocer los efectos indeseados: mareos, somnolencia,...



- Precauciones durante el tratamiento: no conducir, no ingerir alcohol, no exponerse al sol,...

### **3. EFECTOS DE LA AUTOMEDICACIÓN.**

La persona mayor toma con frecuencia medicación que no ha sido prescrita por el médico. El consumo de fármacos de venta libre, o recomendado por otras personas no facultadas, es muy alto en personas mayores, así como la utilización de medicamentos almacenados en botiquines caseros.

Este consumo incontrolado de medicamentos hace que las interacciones sean muy frecuentes en estas personas, aumentando, reduciendo o modificando la intensidad del efecto del medicamento.

Son también especialmente frecuentes en la persona mayor el alcoholismo y la subnutrición, situaciones que, por diversos mecanismos, modifican por sí mismas las respuestas farmacológicas.

### **4. MEDIDAS HIGIÉNICO - DIETÉTICAS.**

- a) Una alimentación equilibrada y una buena hidratación aumentan la eficacia del tratamiento farmacológico.
- b) Evitar los hábitos tóxicos y seguir las instrucciones del médico facilita la efectividad de los fármacos y evita el incremento innecesario de la dosis.
- c) Evitar el sedentarismo y practicar ejercicio físico regularmente.
- d) El tratamiento farmacológico es solo una parte de la terapia.

#### **Precauciones básicas en el uso de medicamentos para personas mayores.**

- Los medicamentos se guardarán siempre en su envase y con el prospecto.
- No deben almacenarse. Tener en casa solo los de uso diario.
- Conservación según se indique: signo \* en frigorífico.
- Fuera del alcance de los niños y de las personas que tengan perturbada sus facultades mentales.
- Fecha de caducidad.
- Llevar un orden para administración del tratamiento.
- Cada 24 h. (una vez al día) siempre a la misma hora y asociado a un acto que se repita cada día.
- Cada 12 h (dos veces al día).





- Cada 8 h (tres veces al día).
- Cada 6 h (cuatro veces al día).
- Hacer una planilla de medicación y ponerla en un lugar visible.
- Los medicamentos que debe llevar consigo el paciente conservarlo en su envase.
- Otras precauciones.

**ES MUY IMPORTANTE SEGUIR LAS INDICACIONES DEL MÉDICO Y TERMINAR EL TRATAMIENTO COMPLETO PARA EVITAR RECAÍDAS, RESISTENCIAS AL FÁRMACO O EFECTOS INDESEADOS.**



## UNIDAD 12. SINTOMAS DE ALARMA.

---

### OBJETIVOS:

1. La cuidadora será capaz de reconocer los signos de alarma que puedan indicar la aparición de una complicación o el agravamiento del estado de salud de la persona a su cargo.
2. La cuidadora será capaz de identificar las actuaciones adecuadas ante la aparición de signos de alerta en la persona a su cuidado.

### CONTENIDOS:

1. Principales signos de alerta.
2. Protocolos de actuación.

### ACTIVIDADES:

- Exposición teórica, con ayuda de transparencias, de los contenidos de la unidad.
- Compartir si alguna vez nos hemos encontrado en una de estas situaciones y que hemos hecho para intentar solucionarla. Durante el diálogo aclarar dudas, corregir fallos y reforzar aciertos.
- Reflexión en grupo sobre los aspectos comentados.



## DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:

### 1. PRINCIPALES SIGNOS DE ALERTA.

**Enrojecimiento de la piel:** Es la antesala de la úlcera por presión y suele aparecer en las zonas del cuerpo donde existen prominencias óseas (caderas, rodillas, codos, hombros), y generalmente debido a la posición continuada durante más de dos horas, del peso del cuerpo en la misma zona. Puede también aparecer enrojecimiento de la piel debido a la exposición al sol, sin protección, lo que provoca una quemadura de primer grado o eritema solar.

**Fiebre:** Aumento de la temperatura corporal por encima de 37,5 ° C. En las personas mayores la temperatura corporal en situación normal suele estar en 36 ° C así que un aumento de la temperatura corporal puede indicar un proceso infeccioso que desequilibre su situación psíquica y física.

**Diarreas, vómitos:** Pueden desencadenar alteraciones metabólicas y/o deshidratación por pérdidas de líquidos y baja ingesta hídrica, por la disminución de la sensación de sed de los mayores.

**Flemas, tos:** La tos en el mayor puede ser causada por un cuadro de asma bronquial de base o bien por procesos infecciosos pulmonares, que además vendrán acompañados de flemas. Hay que fomentar la tos para ayudar a la expectoración.

**Caídas:** Las complicaciones a consecuencia de las caídas suponen la 6ª causa de muerte en las personas mayores de 65 años. Los problemas más frecuentes que aparecen son el miedo a una nueva caída, por lo que la persona mayor no quiere volver a caminar, la pérdida de confianza en sí misma y el aislamiento social.

**Confusión o incoherencia al hablar:** Falta de capacidad para pensar y para hablar, que puede evolucionar hacia el deterioro (desorientación temporo - espacial) y alucinaciones visuales. Puede desencadenarse por una infección (las más frecuentes son las neumonías y las infecciones urinarias), por efectos de algunos fármacos (anticolinérgicos), alteraciones metabólicas, enfermedades cerebrovasculares, traslados y/o cambios de domicilio.



## **2. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.**

- a) Evitar el apoyo sobre esa zona y consultar con la enfermera.
- b) Nutrición e hidratación adecuada.
- c) Consulta con el personal facultativo si aparecen fiebre alta, vómitos y/o diarreas.
- d) Fomentar la tos productiva, respiraciones profundas y si es preciso, drenajes posturales.
- e) Avisar lo antes posible, al personal sanitario, en caso de caída. Ante la sospecha de fractura, no movilizar, protegerlo del frío y tranquilizarlo.
- f) Fomento de la deambulación con elementos de apoyo: bastón, muletas, andadores,...
- g) Consultar al médico en caso de aparición de estado confusional y/o incoherencia al hablar.



## UNIDAD DIDÁCTICA 13. CUIDADOS EN LA DEMENCIA.

---

### OBJETIVO:

- La cuidadora conocerá las características principales de presentación de síndromes demenciales.

### CONTENIDOS:

1. Definición y tipos de demencias.
2. Evolución de la enfermedad.
3. Cuidados del enfermo con demencia.
4. Recomendaciones jurídicas.

### ACTIVIDADES:

- Exposición teórico-práctica de la unidad con apoyo visual de transparencias.
- Discusión grupal de las aportaciones procedente de la experiencia del grupo. Situaciones que se le han presentado como han actuado y como se debería haber hecho. Rol-playing.



## DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:

### 1. DEFINICIÓN Y TIPOS DE DEMENCIAS.

Es una enfermedad del Sistema Nervioso Central (SNC) y se caracteriza por la aparición de múltiples síntomas (síndrome), debido a la pérdida de las funciones superiores del SNC, como: alteraciones en la memoria inmediata y retrógrada, orientación, lenguaje, escritura, cálculo, alteración del pensamiento abstracto, capacidad de ejecución, etc.

Este déficit está determinado bien por la disfunción neuronal, o por la muerte de estas neuronas. Puede ser debido a múltiples causas (pluripatología) tales como: falta de riego sanguíneo, degeneración de las neuronas y otras enfermedades tanto locales como generales que afectan al buen funcionamiento del sistema nervioso o a la supervivencia de las neuronas.

Esta pérdida global de funciones tiene un curso progresivo e interfiere en las actividades de la persona así como, en su relación social y laboral.

Es una enfermedad asociada a la edad, afectando al 9% de las personas mayores de 65 años y al 39% de los mayores de 90 años. En cuanto a la distribución por sexos, afecta predominantemente a las mujeres, debido a la mayor esperanza de vida de estas.

#### Tipos de demencias.

Las causas que pueden generar un **Síndrome Demencial** son más de 60, entre algunas de las más importantes causas tenemos:

- **DEGENERATIVAS:** Enf. de Alzheimer, Enf. de Pick, Enf. de cuerpos de Lewis, etc.
- **ENDOCRINAS:** Disfunciones Tiroideas, Disfunciones Paratiroideas. etc.
- **MULTIINFARTO:** Demencias vasculares, Enf. de Biswanger. etc.
- **EXPANSIVAS:** Hidrocefalia a Presión Normal, Tumoral, Metastásicas.
- **NUTRICIONAL:** Desnutrición, Déficit de vitamina B12, Déficit de A. Fólico.
- **CONTUSIONAL:** Hematoma Subdural, Demencia Pugilística, etc.
- **INFECCIOSA:** SIDA, Sífilis, Enfermedades por virus lentos etc.
- **ALCOHOLICA:** Alcoholismo, Tóxicos, Fármacos, etc.

De todas ellas, las más frecuentes son las degenerativas y dentro de estas la Enfermedad de Alzheimer que representa más del 50%- 65% de todos los Síndromes Demenciales.



La demencia se produce cuando existe un déficit funcional o estructural a nivel neuronal, lo suficientemente importante como para afectar a las funciones superiores del sistema nervioso (memoria, orientación, praxia, lenguaje, trastornos de las funciones ejecutivas, etc.) y con ello a la vida de relación sociolaboral. Dichos déficit se instauran de forma progresiva y permanente en el tiempo. Los síntomas que configuran un Síndrome Demencial vienen determinados bien por fallos locales en las conexiones interneuronales, por falta de aporte sanguíneo, nutricional o de otras sustancias necesarias en el proceso de la síntesis de neurotransmisores que intervienen en la comunicación interneuronal. O bien por muerte neuronal debida a falta de aporte sanguíneo (por infartos cerebrales), o por degeneración debido a la presencia de sustancias neurotóxicas en el cerebro que inician un proceso de adelantamiento de la apoptosis (muerte programada) neuronal y desaparición de las conexiones interneuronales, generando un mal funcionamiento y la aparición de déficit múltiples.

La evolución de la enfermedad podemos dividirla en tres etapas:

- FASE I → Inicial o Leve
- FASE II → Intermedia o Moderada.
- FASE III → Terminal, Final o Grave.

### **Enfermedad de Alzheimer.**

Es una demencia degenerativa irreversible de predominio cortical, de causa orgánica desconocida (genética y ambiental) descrita por el neuropsiquiatra alemán Alois Alzheimer de donde le viene su nombre.

En 1907 tras describir los hallazgos anatomopatológicos encontrados en el cerebro de una paciente de 51 años de edad que en vida cursó con un cuadro clínico de deterioro cognitivo, alucinaciones, delirios y síntomas focales. Los hallazgos encontrados en dicho cerebro fueron: una disminución del peso, una atrofia cortical y la existencia de placas y ovillos neurofibrilares, así como la existencia de amiloide peri vascular.

Este tipo de Demencia, representa el 50-65% de todas las demencias en los países occidentales. Es una demencia edad dependiente afectando al 3% de los mayores de 60 años y al 39% de los mayores de 90 años, doblándose su prevalencia cada 5 años y afectan predominantemente a las mujeres debido a la mayor esperanza de vida de estas.



Actualmente, para la demencia tipo Alzheimer, existen fármacos que retrasan la evolución de la enfermedad y su efectividad aumenta dependiendo del estadio en que se encuentre la enfermedad, y por tanto de la precocidad con la que lo instauremos. Entre estos, destacan los fármacos que inhiben la degradación de la acetilcolina: tacrina (Cognex), donezepilo (Aricept), rivastigmina (Exelon) y la galantamina. Estos fármacos pueden generar efectos secundarios dosis-dependientes, siendo los más frecuentes los que afectan al aparato digestivo (inapetencia, náuseas, vómitos y diarrea).

### **Signos de alarma.**

Antes de recibir el diagnóstico el enfermo y/o la familia suelen venir percibiendo una serie de trastornos o rarezas, que suelen ser en la mayoría de las ocasiones el motivo de la primera consulta médica. Estas rarezas son del tipo de:

1. Torpeza. Falta de precisión para la realización de actividades cotidianas y habituales.
2. Aturdimiento. Falta de nitidez en sus percepciones.
3. Errores de repetición.
4. Sentimientos inespecíficos de pérdida.
5. Cambios de carácter y de humor sin causa aparente.
6. Intento de disimular las pérdidas con estrategias paliativas.
7. Autoestima disminuida, angustia, temor, miedo sin identificar a qué o a quien, tristeza,...

## **2. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.**

Se admite que la enfermedad de Alzheimer evoluciona por fases, aunque cada enfermo es totalmente distinto y es muy difícil diferenciar claramente el final de una y el inicio de la siguiente.

**Fase I o Fase Inicial (dura de 3 a 4 años):** en ella aparecen los fallos de memoria, pérdida de palabras, nombres y objetos, déficit en la concentración, trastornos de personalidad y de ánimo, confundiéndose muchas veces el cuadro con ansiedad o depresión. El paciente se puede perder en viajes, en lugares no conocidos y presenta un bajo rendimiento laboral. En esta etapa, el enfermo puede llevar una vida prácticamente normal, tan solo presenta algunos fallos de memoria y una cierta reiteración. En la fase inicial el enfermo va a presentar un cuadro característico con la presencia de sintomatología como:





- a) Percepción subjetiva de pérdida real de memoria. Dificultad reiterada para recordar hechos de cierta importancia: nombres de personas muy conocidas, teléfonos habituales, etc.
- b) Ligeras desorientación témporo - espacial.
- c) Dificultad para nuevos aprendizajes, así como para adaptarse a nuevos entornos.
- d) Ligeras alteraciones en el uso del lenguaje con dificultad para encontrar la palabra precisa, preferencia por frases cortas y/o dificultad para terminar estas, uso de genéricos, etc., alteraciones que constituyen un inconveniente para mantener una conversación fluida, por lo que suelen aislarse.
- e) Ligeras dificultades en la escritura, con producción de escritura imprecisa y generalmente empobrecida.
- f) Dificultad para el cálculo: manejo de dinero, operaciones bancarias, finanzas, etc.
- g) Ligeras dificultades en la praxia y las destrezas laborales, dificultades para la ejecución de tareas automatizadas, lo que va a ocasionar un rendimiento laboral, extra e intra doméstico, en disminución.
- h) Cambios de personalidad y carácter que dificultan su trato y manejo.
- i) Alteraciones en el estado de ánimo y comportamiento.

**Fase II o Fase Intermedia (suele durar de 2 a 3 años):** En esta fase aparecen además de los trastornos en la memoria inmediata, también en la memoria remota, con disminución en los acontecimientos actuales, déficit en el recuerdo de su historia natural. Nos podemos encontrar cuadros de apraxia, con alteración en el manejo de las finanzas, e incapacidad para realizar tareas complejas, desorientación en tiempo y espacio, agnosia con incapacidad para recordar personas y caras familiares y trastornos en el lenguaje, apareciendo así mismo trastornos en el contenido del pensamiento, en la conducta, sueño y en la percepción. No suelen requerir ayuda para el aseo ni para comer. En la fase intermedia el enfermo suele presentar un cuadro característico con la presencia de sintomatología como:

- a) Desorientación témporo - espacial grave. Dificultades para reconocer lugares muy habituales (riesgo de pérdidas), confusión entre el día y la noche (riesgo de salidas nocturnas), percepción errónea del espacio con dificultad para el cálculo de las distancias (riesgo de accidente).
- b) Deterioro importante de memoria y dificultad para el aprendizaje de nuevas tareas perceptivo - motoras.
- c) Alteraciones gnósicas. No reconocimiento de personas, caras, lugares, objetos familiares y conocidos incluso no reconocimiento de la propia imagen reflejada en un espejo



- d) No asimilación de acontecimientos personales y/o familiares muy significativos: muerte de un hijo, boda de una nieta, etc.
- e) Dificultades serias para la praxia con dificultad para realizar movimientos complejos o acciones secuenciadas que conduzcan a un fin, lo que dificulta enormemente la realización de las actividades básicas para la vida diaria.
- f) Pérdida de control sobre gestos y/o movimientos significativos y aprendidos con anterioridad.
- g) Empobrecimiento significativo del lenguaje con falta de palabras, reiteración de términos, confusión de palabras, creación de palabras nuevas, o verborrea incoherente.
- h) Dificultades importantes para la escritura, el dibujo y la construcción de dibujos o figuras bi o tridimensionales.
- i) Disfuncionalidad y reacciones conductuales diversas: conductas de riesgo, reacciones catastróficas, agresividad, agitación, fobias, etc.
- j) Pérdida de actividad laboral extra e intra doméstica.
- k) Modificación de la sexualidad pudiendo aparecer hiperactividad y desinhibición.
- l) Posibilidad de ilusiones o alucinaciones.
- m) Alteración frecuente del patrón de sueño.
- n) Aparición de incontinencia.

**Fase III o Fase Terminal (suele durar de 2 a 3 años):** El enfermo es incapaz de valerse por sí mismo en las AVD (actividades de la vida diaria), no conoce a sus familiares, desorientación total del espacio y tiempo, pérdida de las habilidades verbales, presenta trastornos en la continencia de esfínteres, en la marcha, y sus capacidades de relación cada vez son menores. Necesitan, a estas alturas una ayuda constante y permanente. En la fase terminal el enfermo puede presentar un cuadro característico con la presencia de sintomatología como:

- a) Grave afectación del lenguaje y/o ausencia de este.
- b) Grave alteración de la praxia o apraxia total para la realización de las actividades cotidianas básicas.
- c) Desorientación témporo-espacial total con incapacidad para el reconocimiento del propio cuerpo.
- d) Doble incontinencia total vesical y fecal.
- e) Perdida total de memoria excepto de la afectiva.
- f) Graves trastornos del movimiento que van desde alteraciones graves en el equilibrio y en la marcha hasta la inmovilidad total, con el consiguiente riesgo de la aparición de problemas derivados de este.



- g) Pérdida de reflejos excepto de los más primarios: aprensión, succión, etc.
- h) Pasividad emocional y desconexión total de mundo que le rodea, aunque se da cuenta de las personas que le cuidan y le agradan los toques y las caricias.
- i) Frecuente alteración del patrón de descanso y sueño.

### **3. CUIDADOS DEL ENFERMO CON DEMENCIA.**

Es fundamental mantener la rutina diaria, evitar la corrección continua, ya que de esta forma vamos a generar un nivel de frustración contraproducente en el enfermo y, ante la reiteración, desviar la atención.

Podemos potenciar la memoria inmediata mediante ejercicios de repetición de series de palabras, imágenes familiares, objetos cotidianos a los que haya mostrado interés.

Un tipo de memoria que suele alterarse muy precozmente es la memoria olfatoria. Para estimularla, podemos realizar ejercicio de olfacción discriminativa acompañada de reconocimiento visual.

Para trabajar la memoria reciente recordar un acontecimiento cotidiano por ejemplo comida efectuada, o bien recordar una información o noticia periodística y evocarla al tiempo.

Para trabajar la memoria remota efectuar trabajo de recuerdos cotidianos como nombres de la familia, direcciones y teléfonos.

#### **Si nuestro enfermo se pone agresivo.**

Lo primero es detectar el motivo que le ha llevado a mostrarse agresivo, comprender que la interpretación que él le ha dado es totalmente diferente a la nuestra. Se aconseja no dar órdenes continuamente, reducir el nivel de exigencia al que lo tenemos sometido, evitar cambios de hábitat.

Foméntele su independencia y estimúlele y alábelo en las cosas que realice bien, no le reprenda ni le castigue por lo que ha hecho mal.

Como actitud personal evitar la confrontación, es fundamental mantener la calma, no tome las cosas de forma personal, y si se diera una pequeña confrontación, dejar camino a la retirada, no intentando que se nos reconozca el que nosotros llevamos la razón.

Háblele con voz tranquila, no levantando el tono de voz, no muestre temor ni miedo. En esos momentos mantenga una cierta distancia vigilada.



## **Cuidados ante problemas de lenguaje.**

Dirigirnos al paciente prestándole la máxima atención y cercanía corporal a fin de poder captar el lenguaje no verbal que a veces utiliza para suplir al verbal.

Mantenerse relajado, hablando despacio con tono afectivo, mirándole a los ojos, evitando así las barreras que pudieran existir en la comunicación.

Podemos potenciar el lenguaje mediante ejercicios de nominación de objetos, potenciando la capacidad de repetición, ejercitar el lenguaje automático y espontáneo, estimular la comprensión verbal, y la fluidez. Para ello le pediremos que nos relate sus viejas historias, potenciar la escritura mediante dictados, escritura de frases, series de palabras.

## **Problemas de comunicación.**

Debe procurarse mantener un nivel óptimo de comunicación / relación con este tipo de pacientes a lo largo de toda la enfermedad, aunque el deterioro sea importante, siendo recomendable que se emprendan acciones como:

- No forzarle a comunicarse en un momento o circunstancia que no desee.
- No intentar que de forma permanente esté conversando, respetar los silencios.
- Cuando haya que decirle algo significativo, que se quiera que entienda y/o que recuerde se debe:
  - ✓ Escoger el momento en que esté más relajado.
  - ✓ Procurar un sitio tranquilo, sin ruidos y con buena iluminación.
  - ✓ Usar un lenguaje sencillo y simple.
  - ✓ Evitar que le hablen más de una persona al mismo tiempo.
  - ✓ Situarse siempre de frente y a la altura de sus ojos.
  - ✓ Vocalizar bien.
  - ✓ No elevar el volumen.
  - ✓ Darle tiempo para que procese la información y responda.
  - ✓ Si lo que busca es una opinión plantear el tema de manera que sólo precise responder "sí ó no". No plantearle el que tenga que elegir entre varias opciones.
- Si tiene problemas con algún tema o palabra concreto eludirlos.
- No terminar las frases por él, ni antedecir lo que él puede tardar un rato más en pronunciar.
- Utilizar el lenguaje de los gestos para ayudarle a comprender nuestras palabras y fomentar el suyo facilitándole objetos y/o personas que pueda señalar.



- Aprender a descifrar sus "nuevas palabras".
- En los últimos estadios buscar alternativas a la comunicación tradicional: hablándole frecuentemente aunque no responda, haciéndole participe de la vida familiar, creando un ambiente grato, utilizando el tacto como medio de comunicación, evitar pronunciar en su presencia, aunque presente signos de total desconexión, expresiones que puedan afectarle negativamente.

### **Desorientación.**

Es fundamental mantener la calma por parte de la cuidadora, orientarles continuamente tanto temporal como espacialmente, ponerle señales orientadoras en la casa, tales como calendarios, señales para localizar el servicio, la habitación, la cocina, etc.

Es muy frecuente la desorientación nocturna. Con el fin de evitar accidentes es necesario tener luces nocturnas tenues no deslumbrantes que le ayuden en la orientación espacial en el hábitat.

Para evitar pérdidas es necesario tener elementos de identificación personal.

### **Cuadro de vagabundeo.**

En estas circunstancias lo primero es intentar descubrir la causa que le está generando dicho movimiento continuado sin parada y sin sentido. Muchas veces este problema se debe simplemente a cambios de ambiente, ruidos, la presencia de mucha gente o de gente extraña, miedos, dolores o malestares físicos, exceso de energía, hábitos, o bien por la propia enfermedad.

Esto nos genera cuadro de ansiedad, incomprensión, nerviosismo y sentimientos de culpa. En esta situación permanezca en calma, no transmita su propia inquietud, intente expresarle su comprensión y déle a entender que lo comprende.

Acérquese relajado, de frente, mirándole a los ojos, ofrézcale el máximo de afectividad, ponga medidas preventivas para evitar que pueda salir de casa o perderse.

### **Trastornos de sueño.**

Esto puede ser debido a cambios de medicación, de ambiente, a la propia enfermedad, a manifestaciones depresivas y al tipo de vida que lleve el enfermo. En estas circunstancias mantenga la tranquilidad.



A la hora de dormir demuéstrole seguridad y afectividad, efectúele ejercicios diurnos. En caso de que esté en casa, mantenga una buena iluminación diurna.

En la alimentación, procurar cenas ligeras, evitar bebidas excitantes, masaje en la planta de los pies y baño antes de acostarse.

Evitar las barreras arquitectónicas que pudieran generar accidentes si se levanta por la noche.

Procurar un ambiente confortable en la habitación.

Léale algo relajante con voz monótona, o bien efectúe una oración de su infancia por él conocida.

### **Trastornos práxicos y déficit en el autocuidado.**

- Tener paciencia y dar tiempo para la realización de las tareas, no anular al enfermo realizando nosotros la tarea.
- Proporcionar instrucciones sencillas para que pueda realizar el máximo de actividades por sí solo.
- Entregar una serie de objetos reales y pedirle que los nombre y nos comente para qué sirven.
- Para trabajar la apraxia constructiva pedirle que pinte, que dibuje un coche, una casa, un paisaje.
- Para vestirse, ponerles la ropa en el orden que debe de ponérsela, evitar vestidos con muchos botones o con cremalleras dificultosas.

### **Apraxia para las actividades de la comida.**

Si el enfermo ha olvidado el uso de los cubiertos o presenta apraxia para la realización de actividades básicas como cortar, pelar, pinchar, etc., se intentaran actividades tales como:

- Utilizar cubiertos de mango ancho, de pala curva, anclados a la mano, etc.
- Servir la comida en platos y vasos irrompibles y antivuelcos.
- Servir la comida en trozos pequeños y fáciles de comer.
- Dejarle que coma con las manos, proporcionándole en este caso comida adaptada: croquetas, albóndigas, bocaditos, empanadillas,...

### **Ha olvidado cómo preparar la comida.**

Si el paciente ha olvidado como se prepara una dieta correcta la elaboración de una lista, por ejemplo semanal, con una serie de menús tipo a base de dietas completas, equilibradas y variadas, puede ser la solución.



Elaborar una guía de recetas con las comidas más usuales para él.

Procurar que el enfermo participe en todas las actividades que pueda en relación con la comida: compra, preparar, poner la mesa,...

Al mismo nivel de interés hay que tratar de que el enfermo realice todo el tiempo que pueda las actividades que hemos mencionado de ayudar en la confección de la comida, poner la mesa, recoger los útiles, aunque para ello haya que tener que ir haciendo algunas de las modificaciones en el hogar como las que expondremos en el epígrafe de la necesidad de seguridad.

### **Necesita que se le dé de comer en la boca.**

Si el paciente presenta incapacidad para llevarse la comida a la boca hay que darle de comer, para ello:

- Sentarlo completamente recto y proveerle de un babero o delantal.
- Sentarse frente a él y si está inclinado hacia delante, hacerlo en un nivel ligeramente inferior.
- Administrar la comida en la textura que este pueda admitir triturando si es preciso.
- Administrar lentamente y vigilar que ha tragado una porción antes de administrar la siguiente.

### **Problemas para masticar.**

En este caso hay que:

- Recurrir a la alimentación triturada, pero recordando que esta debe continuar siendo completa, variada y equilibrada.
- Administrar con cuchara, jeringa o con biberón según sea preciso, pero siempre cuidar la preparación, la temperatura, la velocidad de la ingesta, etc.
- Colocar al enfermo en la postura que soporte más parecida a la natural para comer, es decir lo más incorporado posible.
- Si la administración es con jeringa colocar está en el interior de la boca y en el centro de la lengua y administrar presionando de ella ligeramente para abajo.

### **Dificultades para tragar.**

- Utilizar alimentos pastosos o espesados, ya que los atragantamientos son más frecuentes con los líquidos.
- En caso de atragantamiento realizar la maniobra de Heinelich (realizar compresiones abdominales, una mano sobre el abdomen, en la línea media, ligeramente por encima del ombligo y por debajo del apéndice xifoides, coloque la segunda mano



directamente sobre la primera. Presione el abdomen con una compresión rápida hacia arriba, realice hasta 6-10 compresiones seguidas).

- Si es preciso valorar la necesidad de solicitar que se le coloque una sonda nasogástrica.

### **Quiere estar comiendo continuamente.**

Es situación que puede ser debida al aburrimiento, por lo que es muy importante que el enfermo tenga siempre programadas actividades cotidianas para realizar. Además se pueden llevar a cabo acciones como:

- Procurar raciones pequeñas, repartiendo la totalidad de la comida que deba ingerir en más tomas.
- Dar comidas bajas en calorías: frutas, líquidos, verduras, productos desnatados, etc.
- No discutir con el paciente, entretenerle si es posible con otras actividades.
- Si traga casi sin masticar servir la comida muy troceada y a temperatura tibia y utilizar alimentos de fácil digestión.

### **Se niega a comer.**

Si el paciente de forma sistemática se niega a comer hay que:

- Vigilar que no existe ninguna dificultad por ello: prótesis en mal estado, lesiones en boca, etc.
- Procurar comidas compartidas y que el momento de la comida sea agradable y relajado.
- Darle al enfermo la misma comida que al resto de la familia.
- Procurar respetar al máximo sus gustos anteriores.
- Servir ésta de forma atractiva y preparada de forma que resulten apetitosa y cuidar los olores.
- No discutir con el paciente ni intentar forzar su alimentación.
- Si es preciso aumentar el valor energético de las pocas tomas que realice, añadiendo a los platos alimentos enriquecidos: jugo de carne, o una cucharada de leche en polvo, complementos farmacológicos, etc.
- Fijar un horario de comida estable para facilitar el hábito.
- Identificar el acto de la comida, realizando antes de cada toma un rito que identifique con esta: lavado de manos, cambio de ropa, puesta de la mesa, etc.





- Hacer de la comida un acto rutinario: mismo sitio en la mesa, mismo color de servilleta, misma vajilla, etc.
- Servir los platos de uno en uno. Si retiene la comida en la boca, juega con ella y le cuesta trabajo tragar darle alimentos jugosos y que estimulen la salivación y si es preciso masajear en el cuello a nivel medio intentando forzar la deglución.
- Intentar evitar reacciones catastróficas: llantos, gritos, etc.

### **Se niega a beber.**

Además de muchas de las recomendaciones ya dichas para el supuesto anterior se debe procurar:

- Buscar cada día alguna disculpa para realizar una ingesta compartida.
- Proporcionar líquidos en envases herméticos y opacos: zumos, batidos, etc.
- Ofrecer alternativas al líquido tradicional: frutas jugosas, pudings, helados, gelatinas, líquidos espesados, etc.

### **Necesita ayuda para el aseo.**

Cuando comiencen a precisarse ayudas, hay que intentar que el acto de la higiene sea lo más parecido al que se hacía cuando no se daba esta circunstancia, así pues se ha de procurar que:

- Continúe con el baño o la ducha todo el tiempo que sea posible, desplazándolo para ello hasta el cuarto de baño, con silla de ruedas o con una grúa doméstica para traslados, si es preciso, e incrementando al máximo las medidas de seguridad.
- Las pautas de aseo han de seguir la misma rutina que tenían anteriormente, diciéndole antes de cada acción lo que se le va realizar y nunca ejecutar sin avisar acciones que pueden causarle miedo, ni dejarle solo.
- Intentar que participe aunque sea en actividades mínimas: lavarse las manos, echarse agua por la cara, atusarse el pelo, etc.
- A veces existe un gran pudor y el enfermo se niega a dejarse asear por otras personas, sobre todo si son de distinto sexo, aunque éstas sean su cónyuge o su hija/o; en este caso, se recurrirá a colocar una sabana amplia sobre su cuerpo y se realizará la higiene por debajo de esta.

### **Se niega al aseo.**

- Intentar averiguar la causa que da lugar a tal negación (miedo ante su falta de seguridad para la higiene, olvido de los hábitos higiénicos, etc.) e intentar buscar una solución sin entrar en discusión ni imponerle el acto a la fuerza.



- Procurar las máximas facilidades para su ejecución.
- Incrementar las medidas de seguridad.
- Procurar tranquilidad, evitar ruidos, prisas, etc.
- Esforzarse por conseguir intimidad, haciéndole sentirse cuidado pero no vigilado.
- Buscar la máxima comodidad mimando el contexto ambiental: luz, temperatura, colores, etc.
- Hacer, como hemos indicado en otras actividades cotidianas, de la higiene un acto rutinario: misma hora, mismo útiles, mismos colores. , y establecer un rito para su realización.
- Realizar comentarios positivos acerca de lo bien que se le ve cuando esta limpio, decirle el gusto que da cuando huele tan bien y mostrarse particularmente afectivo cuando aparece bañado y bien vestido. Por contra abstenerse de hacer comentarios cuando no se asea.

Si el problema es que el enfermo a olvidado sus hábitos higiénicos y/o las maniobras para el aseo, deben de recordársele cada vez, pudiendo intentar el que repita las maniobras por imitación, o también haciendo que la cuidadora inicie éstas para posteriormente dejarlo que continúe solo.

### **Inseguridad física.**

Evitar los peligros y mantener la seguridad física del enfermo es una tarea propia de los comienzos, debiendo en este caso realizar, de forma sutil y paulatina, cambios en el entorno ambiental encaminados a hacer un hogar lo más sencillo, cómodo, agradable y seguro posible. Cambios tales como:

- Procurar un ambiente luminoso, con buena luz.
- Intentar mantener una temperatura agradable y estable en toda la casa, extremando las precauciones en el caso de uso de aparatos tales como estufas, ventiladores, etc., y dotando, si es posible, de un sistema de calefacción / refrigeración / ventilación, centralizado y a cuyo mecanismo no tenga acceso el enfermo.
- Procurar un entorno estimulante y que contribuyan a la reorientación del enfermo: relojes, calendarios, letreros en las puertas, etc.; evitar estímulos excesivos y/o superfluos que pueden contribuir a una mayor desorientación y a una menor seguridad.
- Intentar que se sigan recibiendo visitas, y que éstas acudan de una forma programada, evitando que coincidan muchas personas distintas a un mismo tiempo.



- Señalar con un distintivo las puertas de los cuartos que el enfermo utilizará y mantener cerradas aquellas que donde no es conveniente que entre.
- Incrementar la vigilancia en lugares potencialmente peligrosos: escaleras, piscinas, terrazas, etc.
- Retirar objetos eventualmente peligrosos: alfombras, muebles de cristal, objetos con aristas o esquinas cortantes, etc.
- Si es preciso tapar los espejos de los lugares donde tenga acceso.
- Preferir la utilización de productos domésticos siempre idénticos, teniendo cuidado, además, de que se diferencien claramente de los dedicados a otros usos: alimentación, higiene corporal, etc.
- Tener fotocopias o duplicados de documentos importantes: cartilla de la seguridad social, DNI, NIF, etc. y guardar una copia de éstos en un sitio donde el enfermo no tenga acceso.
- Procurarse copias idénticas de utensilios cuya pérdida suele ser frecuente: gafas y/o fundas, llaves, el monedero, lo que suele causar desasosiego en el enfermo.
- En los lugares potencialmente más peligrosos de la casa, como son el dormitorio, el baño y la cocina se Incrementará la seguridad con medidas como:
  - ✓ Colocar la cama en el medio de la habitación, de esta manera si se levanta desorientado podrá hacerlo con seguridad por ambos lados de ésta.
  - ✓ Sustituir la lámpara de mesilla por apliques en la pared y a los que no pueda llegar si estira los brazos.
  - ✓ Instalar una iluminación de seguridad para la noche, para que marque claramente su itinerario nocturno, si es que decidiera levantarse.
  - ✓ Colocar, si es preciso, barandillas a ambos lados de la cama para impedir que el paciente se caiga.
  - ✓ Dotar al enfermo de un sistema de sujeción adicional para impedir que se deslice de lugares como el sillón, la silla de ruedas, el retrete, etc.
  - ✓ Dotar de un sistema antideslizante la bañera e instalar asas que faciliten la entrada y salida en esta.
  - ✓ Cambiar la bañera por una ducha si aparece dificultad para entrar y salir.
  - ✓ Procurar en toda la casa suelos mate y evitar que estén húmedos y resbaladizos.
  - ✓ Reducir los accesorios del hogar, permitiendo sólo los que se consideren necesarios.
  - ✓ Retirar de su alcance utensilios peligrosos: cortantes, punzantes, eléctricos, etc.
  - ✓ Instalar alarmas para las fugas de gases y humos.
  - ✓ Regular el calentador de agua caliente, haciendo que ésta siempre salga a temperatura templada.



- ✓ Preferir grifos automáticos y que se cierren solos una vez transcurrido un tiempo.
- ✓ Impedir el acceso a productos tóxicos y/o de limpieza.
- ✓ Trasladar el botiquín a un lugar de la casa donde el enfermo no tenga acceso o cerrar este con llave.

### **Hiperactividad o deambulación constante.**

En esta situación, propia de las primeras fases, hay que:

- Procurar una actividad física normal: paseos, participación en las actividades cotidianas de la vida diaria,...
- Averiguar si el paciente realiza estos comportamientos por aburrimiento e intentar evitarlo, ofreciéndole alternativas que le gusten.
- Mostrarle, a menudo, nuestro cariño y una presencia cercana mediante el tacto y las caricias.
- Si a pesar de estas medidas el deambular persiste, procurarles un calzado cómodo y silencioso, trazarles una ruta segura, como un largo pasillo, y dejarles hacer.

### **Hipoactividad.**

Es una situación frecuente en etapas avanzadas y puede acarrear un deterioro importante de los sistemas corporales. A medida que la movilidad disminuye los tiempos de encamamiento son cada vez mayores, lo que puede conducir a la aparición de complicaciones cardiocirculatorias, respiratorias, urinarias, digestivas, cutáneas, etc. Las acciones que debemos emprender en esta ocasión son del tipo de:

- Incentivar la movilización tanto activa como pasiva:
  - ✓ Diseñar y ejecutar una tabla de ejercicios que el enfermo pueda realizar incluso sentado o en la cama: mover el cuello, mover los brazos, mover las piernas,...
  - ✓ Realizar, cada día, movilización pasiva de todas sus articulaciones.
  - ✓ Movilizar y masajear las zonas distales para facilitar el retorno venoso.
  - ✓ Mantener una buena alineación corporal, utilizando si es preciso la ayuda de almohadas, cojines, etc.
- Diseñar y ejecutar un programa de cambios posturales en la cama que contemple todas las posiciones y teniendo en consideración hechos como:
  - ✓ El decúbito prono, o boca abajo, es mal soportado.
  - ✓ Las horas de la ingesta deben coincidir con el decúbito supino, o boca arriba.
  - ✓ Colocar con el tronco elevado si hay complicaciones respiratorias.



- ✓ Retirar la almohada si hay problemas de úlceras por presión.
  - ✓ Elevar los pies de la cama si hay que facilitar el retorno venoso.
  - ✓ Si es posible dejar descansar a enfermos y cuidadores por la noche.
- Proteger la integridad de la piel mediante una higiene cuidadosa, hidratación corporal con aceites o cremas hidratantes, protección de los salientes óseos. No masajear zonas de apoyo, ni dar frías de alcohol.
  - Cuidar la nutrición, asegurándose una ingesta correcta de proteínas y fibra y no descuidar los líquidos.
  - Controlar y cuidar los problemas de incontinencias y/o estreñimiento.
  - Continuar, mientras sea posible con el levantamiento, cuidando de la seguridad del enfermo y de la cuidadora.

## ¿CÓMO CUIDARLO MEJOR?

La actitud de la cuidadora debe basarse en el conocimiento del proceso, y en la comprensión de lo que está ocurriendo en el enfermo.

Es fundamental mantener la máxima paz, serenidad, afectividad, disponibilidad, control personal, sonrisa verdadera y arte en el cuidado a lo largo del proceso. Para ello, la cuidadora debe tener un marco en donde expresar sus miedos, sus sentimientos, en donde se sienta comprendido, seguro, apoyado, formado e informado. Existen asociaciones como la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer donde puede acudir.

Es importante que en cuanto se produzca el diagnóstico se lleve a cabo una programación para el futuro. Las necesidades de cuidados van a ir cambiando, desde tener que realizar una observación moderada y discreta de las actividades que el enfermo realiza, en una fase inicial, a la sustitución total de las actividades del enfermo en los estadios finales del proceso.

- Es importante que en cada fase el enfermo realice por si mismo todo cuanto pueda, aunque lo haga mal y/o tarde mucho tiempo.
- Es importante que al enfermo le sea programada su actividad para las 24 horas de cada día, de manera que tanto él, mientras sea posible, como la familia sepan en cada momento lo que se debe estar haciendo.

### La cuidadora.

La cuidadora principal va a ir pasando por fases diferenciadas a lo largo de este proceso. Recogeremos aquí, agrupándolos, los principales estadios y momentos claves para



el mismo. Ante la sospecha de la demencia las emociones más frecuentes son: Incertidumbre, desconcierto, hostilidad, cólera, incredulidad y desasosiego. Ante el diagnóstico: aturdimiento, bloqueo, incomprensión, impotencia, indefensión, bloqueo mental, negación de la evidencia, temores racionales e irracionales, culpabilidad, miedo al futuro, sentimientos de soledad. Durante la primera fase de la enfermedad: descontrol emocional, vergüenza, estrés, ineficacia en la toma de decisiones, inseguridad en las medidas tomadas para el cuidado del enfermo, sensación de aislamiento social, manifestaciones psicósomáticas de ansiedad y/o depresión. En fases sucesivas se suele agudizar el cansancio psicofísico, apareciendo al mismo tiempo el miedo a la pérdida del ser querido. Las emociones se pueden agravar o cambiar en función de la información y apoyo que se vaya recibiendo, pudiendo pasar de este panorama tan negativo a otro en el que desarrollaremos la tolerancia a los síntomas de la demencia, aumentaremos la sensación de crecimiento personal, mejorará nuestra aceptación de lo inevitable y nuestro valor para modificar lo que es posible cambiar. Podremos experimentar emociones positivas como la ternura, la creatividad ante lo cambiante, la vivencia de nuevos roles en nuestra vida, la satisfacción por la superación de objetivos y metas cumplidos e incluso el aumento del sentido del humor como una herramienta más para enfrentarnos a las dificultades.

#### **RECUERDE QUE...**

- Los Síndromes Demenciales son una patología edad dependiente, muy frecuente en los mayores, con una importante repercusión Sanitaria, Social y Familiar.
- El diagnóstico se ha de efectuar lo más precozmente.
- Los tratamientos existentes no farmacológicos están encaminados a rehabilitar las funciones perdidas y a mejorar la socialización y convivencia con el enfermo.
- Los tratamientos farmacológicos actuales no son curativos y van encaminados por una parte a frenar el proceso de la enfermedad, y por otra a controlar las manifestaciones neuropsiquiátricas que estos enfermos pueden tener.
- La prevención de complicaciones y los cuidados básicos son las tareas más importantes que familiares y cuidadores deben proporcionar a estos enfermos.
- La cuidadora debe ponerse en contacto con las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer con el fin de recibir información, formación y ayuda.

#### **4. RECOMENDACIONES JURÍDICAS.**

- a) Lo más conveniente sería que el propio enfermo, fuera quien decidiera sobre los cuidados que desea recibir y que personas desea confiar tanto sus cuidados como sus bienes. Esta circunstancia se da cuando el paciente es diagnosticado



precozmente y tiene capacidad tanto jurídica como de obrar. El método para ello es el del apoderamiento notarial.

- b) Cuando el paciente tiene limitación en su capacidad de obrar es necesaria la declaración de incapacidad.
- c) La declaración de incapacidad corresponde promoverla a los familiares, al ministerio fiscal, a las autoridades y funcionarios que tuvieran conocimiento de dicha incapacidad quienes comunicaran al ministerio fiscal de las circunstancias del enfermo para que el fiscal inicie el proceso de incapacidad.
- d) La sentencia de incapacidad debe determinar la extensión y límites de la incapacidad y el régimen de tutela o guarda al que quede sometido el incapacitado.
- e) La sentencia de incapacidad conlleva el nombramiento de tutor.



## BLOQUE III: CUIDARSE.





## **UNIDAD 14. CUIDAR Y CUIDARSE.**

---

### **OBJETIVOS:**

1. La cuidadora conocerá las actitudes equilibradas respecto al cuidar y valorará el cuidarse.
2. La cuidadora identificará, compartirá y compartirá sus sentimientos.
3. La cuidadora será capaz de planificar actividades de ocio en su tiempo libre.

### **CONTENIDOS:**

1. Repercusiones cuidar y no cuidarse.
2. Medidas de autocuidado.
3. Reacciones emocionales más frecuentes en la persona cuidadora.
4. Decálogo del cuidador

### **ACTIVIDADES:**

- Exposición teórica con ayuda de transparencias de los contenidos de la unidad.
- Reflexión - discusión, con el grupo sobre los aspectos comentados en la charla, conocimientos previos del tema, situación actual.
- Rellenar la hoja del Plan de Autocuidados.



## **DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:**

### **1. REPERCUSIONES DE CUIDAR Y NO CUIDARSE.**

La tarea de cuidar implica sobrecarga, situación de riesgo y vulnerabilidad para la persona cuidadora. El abandono por la cuidadora de las actividades relacionadas con su autocuidado afecta de forma negativa a su estado de salud, lo que va a dificultar su papel de cuidadora y a su vez se verán comprometidos los cuidados que presta a la persona a su cargo.

### **2. MEDIDAS DE AUTOCAUIDADO.**

#### **2.1.- Cuidar nuestro cuerpo:**

- Alimentación equilibrada: Importancia de la alimentación correcta en la cuidadora, composición de una dieta equilibrada y frecuencia en el consumo de los alimentos.
- Ejercicio y actividad física: beneficios del ejercicio, aspectos relacionados con el ejercicio, cómo hacer el ejercicio físico, limitaciones / contraindicaciones en la práctica del ejercicio físico.
- Sueño y descanso: recomendaciones de higiene del sueño, (decálogo PAPMAP), importancia del descanso en la cuidadora, asegurar el relevo puntual.
- Control de la ansiedad: reconocer situaciones que crean ansiedad en la cuidadora y evitarlas, cómo disminuir la ansiedad.
- Relajación: dedicaremos una unidad didáctica a este tema.

#### **2.2.- Cuidar nuestra mente. Autocuidados emocionales:**

Reconocer y aceptar los sentimientos que la situación nos provoca (satisfacción, tristeza, culpa, etc.), valorarnos como persona y valorar lo que hacemos poniendo límites al cuidado.

Equilibrar las situaciones estresantes con otras gratificantes, buscando siempre tiempo para sí, para descansar y disfrutar, para las amistades, etc.



### **2.3.- Cuidar las relaciones.**

Recurrir al entorno y buscar apoyo.

Relacionarse mejor con la persona cuidada supone fomentar la relación interpersonal de ayuda. La persona cuidada experimenta la enfermedad y/o incapacidad con la consiguiente dosis de sufrimiento y diferentes sentimientos.

Buscar un reparto de tareas y cambios en la vida familiar, reorganización de la vida social y utilizar los recursos existentes en la comunidad para aliviar la carga que soporta la persona cuidadora.

### **3. REACCIONES EMOCIONALES MÁS FRECUENTES EN LA PERSONA CUIDADORA.**

- Los sentimientos que experimenta la cuidadora son reacciones lógicas que se corresponden con la situación de cuidar, que a veces es dura y difícil.
- Es importante y positivo reconocerlas porque les va a ayudar a entender lo que les está pasando.
- En general, las mujeres suelen sentir mucho las emociones y sentimientos. Esto es positivo, pero no han de perderse ni agobiarse con ello.
- Las reacciones emocionales más frecuentes en las personas cuidadoras son:
  - **Tristeza:** A medida que va evolucionando la enfermedad se va apoderando de la cuidadora un sentimiento de tristeza al comprobar que la persona a la que quiere ya no es lo que era. Sin embargo, a pesar de lo doloroso de la situación, debe sobreponerse e intentar dejar de lado esta terrible amargura, ya que, le impedirá vivir y disfrutar los momentos felices que aún pudiera tener.
  - **Enfado:** Es otro de los sentimientos más comunes que surgen en la vida de una cuidadora. El hecho de enfadarse con facilidad surge normalmente cuando debido a la enfermedad del familiar, la persona cuidadora comienza a notar el desgaste físico y psíquico del tener que cuidar: "¿Por qué me tiene que pasar esto a mí?" o "¿Por qué nadie me ayuda?".
  - **Depresión:** En diferentes ocasiones los pacientes al cuidado de un familiar presentan enfermedades con unas características que producen en los allegados y cuidadores principales tristeza, desencanto, desilusión, apatía, insomnio, fatiga general, etc., que conducen a la depresión.



- **Soledad:** La persona cuidadora experimenta como poco a poco se va alejando del resto de las personas y se va cerrando cada vez más en su burbuja, dedicándose únicamente al enfermo/a. Va dejando muchas cosas en el camino: familiares, amigos/as, profesión,... y no se siente capaz de entablar nuevas amistades. Una manera de ahuyentar la soledad es que la familia procure permanecer unida e intentar relacionarse con otras personas.
- **Culpa:** Muchas personas se torturan pensando cuál es la causa por la que su familiar se encuentra en esa situación y recuerdan, con frecuencia, algún hecho negativo o alguna discusión con el enfermo/a, haciéndoles sentir mal y culpables por haber actuado de tal o cual manera. Cuando esto sucede, hay que quitar esa idea de la cabeza, para ello, es importante la información sobre la enfermedad.

Otro motivo del sentimiento de culpa es debido a que la persona cuidadora, en alguna ocasión, piensa que la enfermedad le ha arruinado su vida, haciendo al enfermo/a responsable del fracaso de su matrimonio, de tener que abandonar su trabajo, etc. Estas ideas aparecen, especialmente, cuando la persona se encuentra agotada o cuando se irrita por alguna conducta irracional del enfermo. Si se piensa esto constantemente, la persona cuidadora debería sincerarse y analizar seriamente si está preparado para afrontar la situación y para encargarse del cuidado del enfermo/a. Una vez que se haya reflexionado con tranquilidad será posible tomar la decisión más acertada: internarlo en una residencia, que se ocupe de él/ella otra persona o familiar, o solicitar más ayuda.

Salir con los amigos/as, divertirse, también crea, en algunas personas, sentimientos de culpa que pueden aumentar a medida que el enfermo/a va empeorando. La persona cuidadora llega a la conclusión de que lo está haciendo mal, sin reflexionar que el deterioro es inevitable.

#### 4. DECALOGO DEL CUIDADOR.

Para alcanzar un buen panorama emocional proponemos a continuación las siguientes recomendaciones:

- a) **Acceda a la información a través de profesionales y asociaciones de familiares,**
- b) **Haga frente a los hechos.** No se apegue a situaciones anteriores. Su vida será ahora diferente. Examine su actual situación, defina sus emociones y necesidades, así como sus recursos y opciones.



- c) **Sea sincero consigo mismo y con los demás, especialmente con los otros miembros de su familia.** Afronte sus temores. Plantee reuniones familiares periódicas. Ponga a prueba las decisiones que en ellas se toman y revíselas cuando las situaciones cambien. Reconozca sus límites y reparta las tareas.
- d) **Contacte con otras personas que hayan vivido o vivan con un problema similar,** son muchos los que han pasado o están pasando por esto, hablar con ellos le ayudará y le permitirá aprender estrategias que otros han usado con éxito, así como combatir algunas de las emociones negativas que antes mencionamos, especialmente la sensación de aislamiento, la culpabilidad o la vergüenza.
- e) **Utilice todo lo que favorezca su salud física y psíquica:** Haga ejercicio, procure mantenerse en forma. Aliméntese sanamente, procure no tener sobrepeso. Utilice técnicas de relajación y/o de control emocional. Estimule su sentido del humor. Relaciónese y haga amigos.
- f) **Con respecto al enfermo, trate en todo momento de conservar la serenidad y** aprenda a atribuir y diferenciar lo que el enfermo era, de las manifestaciones de su enfermedad.
- g) **Sea un "buen actor" con el enfermo demente,** favorezca la comunicación emocional positiva en cualquier fase de la enfermedad creando un ambiente agradable y tranquilizador. Potencie la autoestima de su familiar creando escenarios en los que se pueda sentir útil. No demuestre tener siempre la razón, la lógica de la demencia no es la que tenemos cuando disfrutamos de la salud. A medida que la enfermedad avance, utilice más el lenguaje corporal (no verbal) que las palabras. Permítale salidas airoas ante sus errores y no le evidencie sus pérdidas de memoria o de cualquier otra capacidad si no es estrictamente necesario.
- h) **No se exija a sí mismo lo que otro no podría hacer.** No existe la cuidadora perfecta. Admita sus emociones, especialmente el cansancio y el mal humor como signos de alerta para modificar, en la manera de lo posible, su programación de actividades. Concédase el derecho a cometer errores y a experimentar sentimientos negativos.
- i) **No rechace la ayuda que le ofrezcan familiares, vecinos y/o amigos.** Agradezca y valore las aportaciones por pequeñas que sean, con eso cultivará y favorecerá que aumenten en el futuro, seguramente las irá necesitando. Concrete al máximo sus peticiones de ayuda.
- j) **Planifique y programe sus actividades,** tratando de mantener sus aficiones e intereses. Utilice su agenda para hacer programaciones realistas que atiendan a sus prioridades, entendiendo como una de ellas su bienestar. Anticípese en la medida de lo posible a problemas previsibles, especialmente en aspectos legales o jurídicos. Mantenga una visión optimista del futuro.



**DEBEMOS LOGRAR QUE LAS CUIDADORAS SE DEN CUENTA DE LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA LABOR QUE REALIZAN CON LAS PERSONAS MAYORES. CONSEGUIEREMOS ASI AUMENTAR SU AUTOESTIMA.**



## **UNIDAD 15. HIGIENE POSTURAL.**

### **OBJETIVOS:**

1. La cuidadora identificará y realizará las posturas adecuadas para el desarrollo de los cuidados que realiza.
2. La cuidadora identificará y realizará las posturas adecuadas para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria.

### **CONTENIDOS:**

1. Consecuencias de una higiene postural inadecuada.
2. Higiene postural en la movilización del paciente confinado.
3. Higiene postural en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

### **ACTIVIDADES:**

- Exposición teórica mediante transparencias de los contenidos de la unidad, seleccionando las más adecuadas al perfil del grupo.
- Demostración de ejercicios prácticos de las técnicas de movilización e higiene postural explicadas.
- Como ejercicio práctico de las técnicas de higiene postural explicadas se pueden usar las figuras de las transparencias, para elaborar recortables y emparejar con el fin de que las cuidadoras identifiquen y diferencien las posturas correctas de las incorrectas.
- Se entregará un documento a las cuidadoras que contiene una guía para la conservación de la espalda y consejos para el uso de una buena mecánica corporal.



## DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS.

En las personas mayores en atención domiciliaria, es habitual encontrarnos diferentes grados de discapacidad física que les dificulta la realización de determinadas actividades e, incluso, vivir en su casa sin ayuda les hace dependientes de otra persona y/o instrumentos.

La persona cuidadora será la encargada de prestar este tipo de ayuda, dándose situaciones en las que estos cuidados se ven acentuados por el estado del paciente. Por ello, la cuidadora deberá adoptar una correcta higiene postural, con el fin de poder mantener una atención continuada y de calidad, que muchas veces se vería comprometida si hubiese una repercusión física, consecuente de prestar cuidados de manera inadecuada.

### 1. CONSECUENCIAS DE UNA HIGIENE POSTURAL INADECUADA.

Las principales repercusiones físicas en la cuidadora son las derivadas de la manipulación del paciente (sobre todo, en la fase de encamamiento, o de ayudarles a vestirse, bañarse, ayudar a levantarse,...) y las derivadas de una mala higiene postural en las actividades de la vida diaria, y que afectan al sistema osteomuscular, como dolores de espalda (lumbalgias, ciáticas, hernia discal, problemas cervicales,...) o tendinitis en las extremidades superiores, entre otras, como fatiga, contracturas musculares, etc.

Casi todos estos problemas están relacionados con la **columna vertebral**, que es el eje principal de nuestro cuerpo y el pilar de nuestro esqueleto, ya que gracias a ella nos podemos mantener y permanecer erguidos. Es un conjunto óseo formado por las vértebras cervicales, dorsales, lumbares, el sacro y el cóccix.

Una buena higiene o mecánica corporal comprende conservar las curvaturas naturales de la columna vertebral y, además, el uso del equilibrio, el empleo de los músculos más fuertes y grandes para desempeñar la actividad y el alineamiento de la cabeza, el tronco (la columna como estructura principal), los brazos y las piernas (como base de apoyo).

### 2. HIGIENE POSTURAL EN LA MOVILIZACIÓN DE LA PERSONA CONFINADA.

#### 2.1.- Incorporación en la cama.

Es importante conocer cómo incorporar a una persona dependiente en la cama porque es el paso previo de otras maniobras.





La cuidadora debe colocar a la persona a quien va a incorporar en decúbito supino. A continuación:

- Se situará al lado de la cama y apoyará la rodilla que tenga más cerca sobre ésta, a la altura de la cintura del sujeto.
- Le sujetará por la espalda con su mano izquierda y por el brazo derecho con su derecha.
- En esta posición, la cuidadora cambiará el peso del cuerpo de la pierna apoyada en la cama a la que está en el suelo, incorporando al sujeto y dejándolo sentado en la cama.
- Si la cuidadora pretende dejar a la persona en esta posición, es preciso que tras su espalda coloque algún apoyo (por ejemplo unas almohadas) que le ayude a mantener la postura.
- En caso de que la cuidadora no pudiese subir su rodilla a la cama, es conveniente que mantenga las rodillas semiflexionadas y la pierna más alejada de la cama adelantada.

## **2.2.- Desplazamiento hacia la cabecera de la cama.**

Los desplazamientos longitudinales en la cama no sólo contribuyen a adoptar una posición cómoda para comer, ver la televisión, etc., sino que, en el caso de personas encamadas permanentemente, también les proporciona gran sensación de bienestar. Se pueden realizar de varias formas.

### **2.2.1.- Con la persona incorporada, con dos cuidadoras.**

Si se trata de una persona ya incorporada en la cama y se pretende llevarla sentada hasta la cabecera, será necesario que cada cuidadora se sitúe a un lado de la cama de la siguiente forma:

- Una rodilla flexionada encima de la cama.
- El hombro de cada cuidadora por debajo de la axila del sujeto. Una mano sujetándole los miembros inferiores y la otra en la cama.
- En esta posición las cuidadoras llevan al individuo hacia la cabecera.

### **2.2.2.- Con la persona en decúbito supino, con dos cuidadoras.**

Si el desplazamiento hay que hacerlo con la persona en decúbito supino, la técnica es similar: cada cuidadora se sitúa a un lado de la cama, apoyan en la cama la rodilla y el brazo del mismo lado se mete por debajo de la axila del individuo sujetándolo por la espalda;



agarrándose en la cabecera de la cama con el brazo libre y haciendo fuerza con la pierna flexionada, las cuidadoras llevarán al sujeto hacia la cabecera de la cama.

Es conveniente comenzar esta maniobra doblando las piernas de la persona o, al menos, colocándolas una encima de otra.

En el caso de que la cuidadora no pudiese subir la rodilla a la cama, es conveniente que mantenga las rodillas semiflexionadas y la pierna más alejada de la cama adelantada.

### **2.2.3.- Con la persona en decúbito supino usando una sábana de arrastre y dos cuidadoras.**

- Colocar la almohada contra la cabecera para prevenir golpes en la cabeza.
- Colocar a la persona a un lado de la cama (posteriormente se explicará esta técnica en el apartado 2.3), separando los pies unos 30 cm y dirigiéndolos hacia la cabecera de la cama.
- Colocar la sábana doblada por la mitad, centrarla, mover al sujeto hacia el otro lado de la cama, dejándolo decúbito supino y terminar de estirar la sábana.
- Cada cuidadora debe situarse a cada lado de la cama.
- Enrollar los lados de la sábana hasta cerca del paciente y tomar con firmeza la parte enrollada de aquélla, a la altura de los hombros y de los glúteos del paciente.
- Flexionar las caderas y las rodillas y mantener la espalda recta.
- Deslizar al paciente hacia arriba en la cama a la cuenta de “3”. Cambiar el propio peso de la pierna posterior a la delantera.
- Acomodar a la persona.

### **2.2.4.- Con la persona en decúbito supino y una cuidadora.**

- Doblar las caderas y las rodillas y mantener la espalda recta.
- Colocar un brazo bajo los hombros y el otro bajo los muslos del individuo.
- Pedir a la persona que se sujete a la cabecera de la cama y flexionar ambas rodillas.
- Explicar que ambos se moverán a la cuenta de “3”. Pedir al individuo que traccione con las manos y que empuje contra la cama con los pies.
- Desplazar al individuo hacia la cabecera de la cama a la cuenta de “3”. Cambiar el propio peso de la pierna de atrás a la de delante.
- Poner la almohada bajo la cabeza y los hombros de la persona.
- Se haría de la misma forma en el caso de que la cuidadora pudiese subir la rodilla a la cama.



### **2.3.- Mover a la persona hacia el borde de la cama y una sola cuidadora.**

- Separar los pies unos 30 cm y mantener un pie enfrente del otro y flexionar las rodillas.
- Cruzar los brazos del sujeto sobre su pecho.
- Pasar un brazo bajo el cuello y los hombros de la persona y sujetar el hombro más lejano.
- Colocar el otro brazo bajo la mitad de la espalda del individuo.
- Desplazar hacia uno mismo la parte superior del cuerpo de la persona con movimientos ondulantes hacia atrás y cambiar el propio peso a la pierna posterior.
- Colocar un brazo bajo la cintura del paciente y el otro bajo los muslos.
- Mover la parte inferior del cuerpo del paciente hacia uno mismo con movimientos ondulantes hacia atrás.
- Repetir el procedimiento para las piernas y los pies, poniendo los brazos bajo los muslos y pantorrillas del individuo.
- Comprobar que el paciente está cómodo, en buena alineación corporal. Colocar de nuevo la almohada bajo su cabeza y hombros.

### **2.4.- Mover a la persona en decúbito lateral y una sola cuidadora.**

Esta técnica se realiza cuando la persona desea dar la vuelta o cuando se requiera que descansa sobre su costado en decúbito lateral para su higiene personal, curas, etc.

Antes de iniciar la maniobra, se debe comprobar que el individuo no está muy cerca del borde de la cama. Si lo está, hay que moverlo hacia el centro.

Colocarse en el lado de la cama hacia el que se quiere dar la vuelta a la persona. A partir de aquí existen dos formas de realizar esta movilización.

#### **La primera forma:**

1. Colocar el brazo de la persona más cercano al lado que queremos desplazarlo debajo de la almohada. El otro brazo debe estar recogido sobre la cintura.
2. Flexionar la pierna más alejada colocando el pie debajo de la rodilla de la otra pierna.
3. Sujetarlo con una de nuestras manos por el brazo recogido en la cintura y con la otra por la rodilla flexionada.
4. Separar los pies unos 30 cm. Flexionar las rodillas y mantener la espalda recta.
5. De este modo, hacerlo girar hacia nosotros, de modo que no quede muy cercano al borde para evitar que se caiga.



6. Comprobar que la persona está cómoda y con buena alineación corporal, colocándole una almohada para apoyo contra su espalda, otra bajo su cabeza y hombro, otra bajo la pierna flexionada y otra bajo el brazo adelantado.

#### **La segunda forma:**

1. Cruzar los brazos del sujeto sobre su pecho. Cruzar la pierna que tengamos más cerca sobre la más alejada.
2. Separar los pies unos 30 cm. Flexionar las rodillas y mantener la espalda recta.
3. Colocar una mano en el hombro y la cadera del sujeto que nos quede más lejana.
4. Rodar al paciente con cuidado hacia nosotros.
5. Comprobar que la persona está cómoda y con buena alineación corporal, colocándole una almohada para apoyo contra su espalda, otra bajo su cabeza y hombro, otra bajo la pierna flexionada y otra bajo el brazo adelantado.

### **2.5.- Sentar en el borde de la cama y una sola cuidadora. Balanceo.**

- Colocar al individuo en decúbito lateral si no pudiese hacerlo él.
- Levantar la cabecera de la cama de manera que el paciente quede sentado.
- Deslizar un brazo por debajo del cuello y de los hombros del paciente. Asir el hombro más alejado. Colocar la otra mano bajo la rodilla más alejada del paciente.
- Girar al paciente un cuarto de vuelta. Cuando las piernas estén en el borde del colchón, el tronco deberá estar recto.
- Pedir al paciente que empuje con ambos puños sobre el colchón. Así se apoya mientras está sentado.

### **2.6.- Traslado de la cama a la silla y viceversa, una sola cuidadora.**

#### **2.6.1.- De la cama a la silla.**

Estando la persona sentada en el borde de la cama, la cuidadora fijará una de sus piernas contra las piernas del individuo para evitar que éstas se deslicen. Una vez en esta posición, se seguirán los siguientes pasos:

- La cuidadora, pasando sus brazos bajo las axilas de la persona, le rodeará el tórax sujetándolo de la espalda.
- Los pies de la cuidadora deben estar separados, trabando con uno de ellos las piernas del sujeto.



- La cuidadora girará al sujeto hasta colocarlo de espaldas a la silla, situada cerca de la cama, y flexionará las piernas mientras lo sienta lentamente. Si éste puede, se apoyará mientras tanto en los reposabrazos de la silla.

En caso de personas muy dependientes se precisan dos personas para acostarlas y levantarlas de la cama. Existen dos formas de hacerlo:

La primera:

- Teniendo una silla cerca de la cama, el sujeto se encontrará incorporado con los brazos recogidos en la cintura.
- Una cuidadora se sitúa detrás de la persona, apoyando una rodilla en la cama, pasando los brazos bajo sus axilas y sujetándole por los antebrazos.
- La otra cuidadora se coloca a los pies de la cama y sujeta los miembros inferiores (una mano por debajo de las pantorrillas y otra debajo de los muslos).
- Una vez en esta posición, se procederá al traslado a la silla.

La otra forma de levantar y sentar a una persona dependiente:

- Incorporar al sujeto y colocarlo en el borde de la cama.
- Cada cuidadora se sitúa a un lado del sujeto y de frente a la cama.
- Las cuidadoras colocarán sus hombros bajo las axilas del individuo y pasarán la mano por debajo de su muslo. La mano libre se apoya en su muslo.
- En esta posición, elevar a la persona y, al llegar a la silla, apoyarse con la mano libre para descargar, flexionando ligeramente las piernas.

Es conveniente que la silla tenga dos reposabrazos y, si se trata de una silla de ruedas, que esté frenada.

### **2.6.2.- De la silla a la cama.**

Para acostar a una persona dependiente que se encuentra sentada se debe contar con dos cuidadoras y se realizarán las siguientes actuaciones:

- Pasar una toalla por debajo de los muslos del individuo.
- Cada cuidadora pasará su antebrazo por debajo de la axila del sujeto.
- En esta posición, las cuidadoras se levantarán con la fuerza de sus piernas, y para la descarga se apoyarán con una rodilla en la cama.



## **2.7.- Incorporación en la silla.**

### **2.7.1.- Persona dependiente.**

Muchas personas que permanecen sentadas largos períodos de tiempo tienden a resbalar hacia delante hasta salirse de la silla. Para evitar esto es importante que el individuo se siente bien atrás en la silla y con la espalda recta, con las caderas y las rodillas formando ángulos rectos y los pies bien apoyados en el suelo. A veces es conveniente ponerle una almohada detrás de los hombros para mantenerle el cuerpo erguido y una alfombra antideslizante a sus pies.

La incorporación en la silla de una persona sentada debe comenzar por colocarle los brazos cruzados en la cintura y las piernas cerca de la silla. Los pasos siguientes son:

- La cuidadora se pondrá por detrás de la silla con las piernas pegadas al respaldo, ligeramente abiertas y flexionadas.
- La cuidadora rodeará el tórax del sujeto con los brazos por debajo de las axilas y le sujetará por los antebrazos (que estarán colocados sobre la cintura).
- En esta posición la cuidadora lo empujara hacia atrás en la silla.

### **2.7.2.- Persona parcialmente dependiente.**

Para levantar de una silla (que puede ser una silla común, la silla de ruedas, la taza del W.C., etc.) a una persona parcialmente dependiente que puede mantenerse de pie es necesario que la cuidadora, colocado de frente a ella, le rodee el tórax y le abrace por debajo de sus axilas al tiempo que coloca sus pies trabando los pies del individuo. Una vez en esta posición, flexionando ligeramente las piernas y haciendo contrapeso con el cuerpo, lo incorporará. La cuidadora, antes de dejar al sujeto, debe asegurarse de que puede mantenerse de pie y caminar. Transparencia nº 17.

Para sentar al individuo se darán los mismos pasos pero en sentido inverso.

Para las maniobras de sentarse y levantarse, en el caso de sillas de ruedas es importante recordar que éstas deben tener los reposapiés levantados y, además, deben estar frenadas.

## **2.8.- Ayuda a la deambulación.**

Lo habitual es que la cuidadora se coloque al lado del sujeto (al lado contrario del que sostenga el bastón) y le sujete con ambas manos (pasando una por detrás hasta la cintura y la otra por delante bajo la axila). A veces es necesario que la cuidadora trabe los pies del individuo con los suyos; si es así y si además la persona usa bastón, se le debe enseñar que



primero (y siempre en distancias muy cortas) se debe adelantar el bastón, después la pierna más débil y por último, la más fuerte, que siempre queda algo retrasada.

Si la persona tiende a caerse hacia atrás, la cuidadora puede colocarse de frente a ella sosteniéndola por los antebrazos; así, ante cualquier inestabilidad podrá rodearla con sus brazos evitándole la caída.

## **2.9.- Ayuda a subir y bajar escaleras.**

Si la persona necesita ayuda para subir y/o bajar escaleras la cuidadora debe animarla a que se agarre con un brazo al pasamanos; la cuidadora se colocará al otro lado sujetándole el otro brazo (y si precisa también le sujetará por la espalda) enérgicamente. Si la escalera es muy estrecha, la cuidadora se colocará detrás del sujeto y le cogerá con ambas manos por su espalda. Si la persona tiene alguna dificultad para subir y/o bajar, pero no precisa de ayuda de otra persona, la cuidadora debe de conocer la técnica correcta para realizar estas maniobras: para subir se mueve primero la pierna sana (en la que conserve más fuerza) y para bajar se mueve primero la pierna enferma (la más debilitada) y de peldaño en peldaño.

## **3. HIGIENE POSTURAL EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.**

### **Definición de mecánica corporal (higiene postural).**

Una buena *mecánica corporal* supone utilizar el cuerpo de manera eficaz y cuidadosa. Comprende la adopción de posturas correctas, el uso del equilibrio y el empleo de los músculos más fuertes y grandes para desempeñar el trabajo. La fatiga, las contracturas musculares y otras lesiones pueden ser el resultado de un uso impropio del cuerpo o de una postura inadecuada durante la actividad o el reposo. Las cuidadoras deben conocer su propia mecánica corporal y la del paciente.

Las partes del cuerpo de mayor movilidad son la cabeza, el tronco, los brazos y las piernas. La *postura o alineamiento del cuerpo* es la forma en la que las partes del cuerpo se alinean entre sí. Una buena alineación corporal (postura) permite al cuerpo moverse y funcionar con fuerza y eficiencia.



## **Consejos generales para una buena mecánica corporal.**

Hay que vigilar la propia mecánica corporal en las actividades diarias. Limpiar, lavar ropa, entrar y salir del coche, levantar a un niño, cortar flores o hacer la compra son algunas actividades que requieren una buena mecánica corporal. Los consejos siguientes ayudarán a la cuidadora moverse de forma segura y eficaz al levantar y mover a los pacientes y objetos pesados:

- a) Comprobar que el propio cuerpo está en buena alineación y que tiene una base de soporte amplia.
- b) Usar los músculos más fuertes y grandes. Están en los hombros, en la parte superior de los brazos, los muslos y las caderas.
- c) Mantener los objetos cercanos al cuerpo al levantarlos, moverlos o transportarlos.
- d) Evitar doblarse y estirarse de manera innecesaria. En los cuidados a nuestro paciente, ajustar la cama y la mesita a la altura adecuada y, si es posible, mantenerlas a la altura de la cadera.
- e) Empujar, deslizar o traccionar objetos pesados cuando sea posible, en lugar de levantarlos. Y si esto fuera necesario, levantar los pesos usando la musculatura de las piernas, no con la de la espalda, poniéndose de cuclillas y doblando las rodillas. Sostener los objetos lo más cerca posible del cuerpo. Es recomendable no torcerse. Empujar contra los músculos fuertes de la cadera y del muslo para levantarse a una posición erecta.
- f) Usar las manos y brazos al levantar, mover o transportar objetos pesados.
- g) Girar todo el cuerpo al cambiar la dirección del movimiento.
- h) Trabajar con movimientos suaves e iguales. Evitar los súbitos o bruscos.
- i) Solicitar ayuda para mover los objetos pesados o a nuestro paciente o familiar cuando sea necesario.
- j) Mantener las tres curvaturas naturales de la espalda y evitar ir encorvado.
- k) Tratar de evitar tensiones innecesarias en su espalda. Controlar el peso y hacer ejercicios regulares para desarrollar fuertes músculos de sostén.
- l) Dormir de espalda con una almohada debajo de las rodillas o de costado con las rodillas dobladas y sobre un colchón firme. Usar una almohada adecuada que mantenga la columna cervical alineada.
- m) No agacharse sin doblar las rodillas, ni volverse o torcerse para levantar un objeto, aunque éste sea liviano. No cargar peso que no pueda levantar con facilidad.
- n) Al estar de pie, mantener una pierna más alta que la otra. Se puede usar una caja o un taburete. Doblar las rodillas y mantener las curvaturas de la espalda en su alineación normal.





- o) Caminar en buena postura, con la cabeza erguida, el mentón contraído, los dedos de los pies derechos. Usar zapatos cómodos, de tacones bajos. Los tacones altos producen presión sobre la espalda y también aumentan el riesgo de caída y durante una caída se puede lesionar la espalda.
- p) No adoptar una posición laxa cuando está sentado o conduciendo. Adelantar el asiento del automóvil para mantener las rodillas en línea con las caderas. Sentarse derecho y tomar el volante con las dos manos. Como soporte de la región inferior de la espalda, usar un apoyo lumbar o una toalla enrollada en la espalda.
- q) Al sentarse, usar sillas lo suficientemente bajas para apoyar los pies en el piso y tener las rodillas en línea con las caderas. Apoyarse firmemente contra el respaldo de la silla. Proteger la región inferior de la espalda con un apoyo lumbar. En el trabajo/ estudio es conveniente usar asientos giratorios con respaldos adaptables.
- r) Conservarse físicamente apto y delgado. Hacer ejercicios no agresivos regularmente. Caminar y nadar son buenos ejercicios.
- s) Consulte con su médico y/ o enfermera lo más pronto posible cuando tenga un dolor persistente de espalda.



## UNIDAD 16. EJERCICIOS DE RELAJACIÓN.

---

### OBJETIVO:

La cuidadora será capaz de realizar ejercicios físicos que contribuyan a facilitar su relajación.

### CONTENIDOS:

1. Definición de relajación.
2. Tipos de relajación.
3. Ejercicios de relajación.

### ACTIVIDADES:

- Exposición teórico práctico de los contenidos de la unidad.
- Realización de ejercicios prácticos sobre las técnicas de relajación mostradas. Estos ejercicios se podrían hacer en la primera sesión y luego el resto de las sesiones empezar y/o acabar con un ejercicio de relajación.

### MATERIAL:

- Sala amplia, bien iluminada y ventilada.
- Colchonetas o en su defecto, sillas.



## **DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:**

### **1. DEFINICIÓN DE RELAJACIÓN.**

La relajación es un conjunto de técnicas encaminadas a liberar al cuerpo y la mente de una sobrecarga de tensión.

#### **Efectos de la relajación.**

- a) Reduce niveles de ansiedad
- b) Facilita el descanso del cuerpo.
- c) Aumenta la energía física, psíquica y mental.
- d) Produce sensación de bienestar.
- e) Disminuye la agresividad.
- f) Aumento de la confianza y autoestima.
- g) Mejora las relaciones interpersonales como consecuencia de todo lo anterior.

### **2. TIPOS DE RELAJACIÓN.**

- a) Relajación muscular: breve y larga (Jacobson) y ejercicios de activación.
- b) Relajación por concentración: entrenamiento autógeno (de Schultz), sugestión hipnótica.
- c) Otras técnicas: respiración básica, automasaje.

### **3. EJERCICIOS DE RELAJACIÓN.**

**Relajación muscular breve.-** Se realizará en decúbito supino, siguiendo las secuencias que se describen a continuación:

- a) Cerrar los ojos y seguir mentalmente cada zona del cuerpo.
- b) Al fijar la atención en una zona que esté tensa, esta se irá relajando.
- c) Después fijar la atención en el movimiento que provoca la inspiración en el tórax e intentar alargar la respiración; mientras se espira se pueden asociar mentalmente pensamientos positivos como la calma, la plenitud, la tranquilidad.



- d) Pasados 10 min., aproximadamente, se sale de la relajación manteniendo todavía los ojos cerrados.
- e) Se hacen algunas respiraciones profundas.

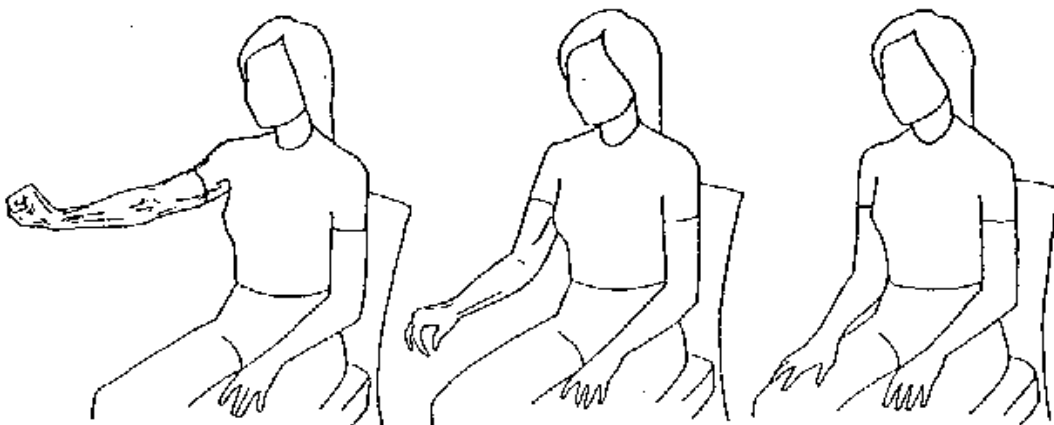
**Relajación muscular larga (Jacobson).**- Instrucciones para cada uno de los ejercicios. Estos ejercicios se realizarán de 3 a 5 veces cada uno.

Póngase lo más cómodo que pueda, descanse los brazos y relájese cuanto pueda. Cierre los ojos si es que así puede concentrarse mejor (fig. 1)



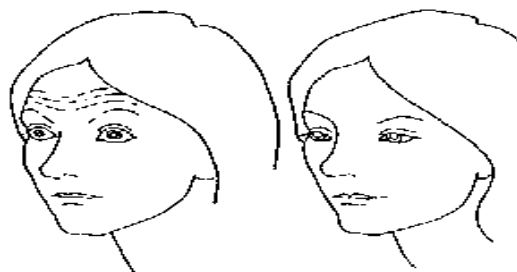
**Fig. 1**

1. Cierre la mano derecha haciendo un puño, apriete más fuerte y atienda a la sensación en el antebrazo y en la mano (5 segundos). Ahora deje su mano y antebrazo relajados. Ponga la atención en como los músculos de su mano y antebrazo poco a poco se van relajando cada vez más (8 seg.). Intente dejar los dedos relajados del todo (fig. 2).



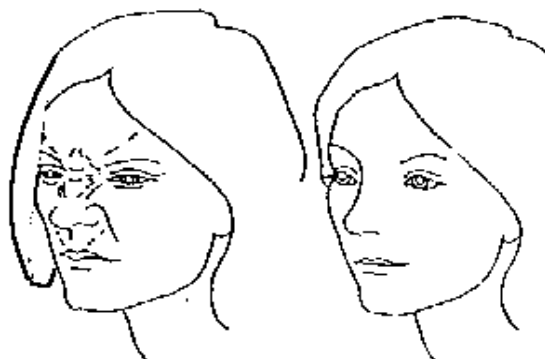
**Fig. 2**

2. Repita el mismo ejercicio con la mano izquierda, siguiendo las instrucciones anteriores. Luego hágalo con las dos manos a la vez.
3. Tense el brazo derecho. Apoye el codo haciendo un ángulo con el brazo y tense fuerte los músculos del brazo. Fíjese en la tensión (3 seg.) y ahora, relájese (3 seg.). Usted siente de nuevo el paso de estar en tensión a estar en un estado de relajación agradable (5 seg.). Deje el brazo relajado del todo y fíjese en esa sensación de relajamiento. (6 seg.).
4. Repita el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.
5. Concéntrese ahora en su frente. Levante las cejas con fuerza hacia arriba de tal manera que se le formen arrugas horizontales en la frente (2 seg.). Conserve usted la tensión (fig. 3).



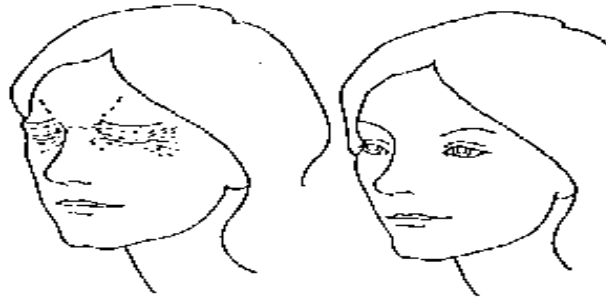
**Fig. 3**

6. Y ahora, frunza usted el ceño fuertemente; junte las cejas una con otra de tal manera que le salgan arrugas verticales sobre los ojos. Fíjese bien en la tensión y relájese. Sienta otra vez el paso de la tensión a la relajación. Fíjese como la frente se relaja y se serena cada vez más (10 seg.). (fig. 4).



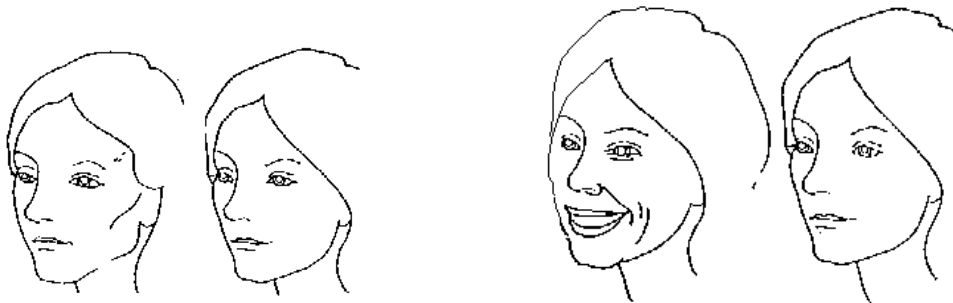
**Fig. 4**

7. Ahora cierre los ojos fuertemente. Sienta la tensión en la zona de los ojos y relájese otra vez (4 seg.). Ahora mantenga los ojos levemente cerrados y fíjese en el agradable sentimiento de relajación (fig. 5). Observe como los párpados se vuelven pesados y procure al mismo tiempo que los músculos de la frente permanezcan relajados del todo. Repita de nuevo el ejercicio.



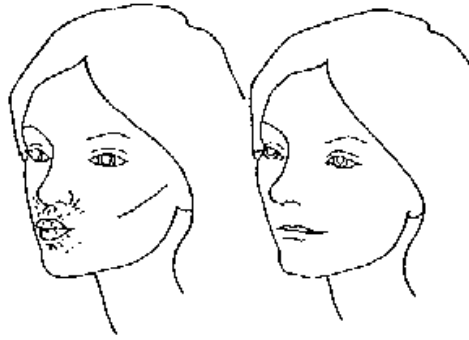
**Fig. 5**

8. Apriete ahora, pero no muy fuerte, las muelas unas contra otras (fig. 6). Fíjese en la tensión de toda la zona de las mandíbulas (3 seg.), y relájese otra vez. Deje a la vez, los labios y la musculatura de la cara totalmente relajados, procure que durante este ejercicio toda la musculatura de la cara se relaje cada vez más.



**Fig. 6**

9. Ahora presione los labios uno contra otro (fig. 7). Mantenga la tensión (3 seg.) sienta usted como los labios y las mejillas se mantienen tensos y relájese. Preste atención solamente a la diferencia entre tensión y relajación. (6seg).



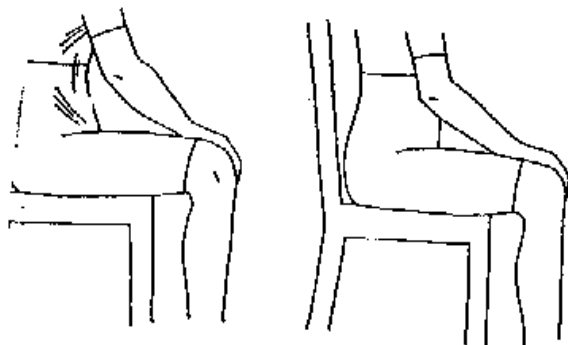
**Fig. 7**

10. Ahora tense usted toda la cara, la frente, la zona de los ojos, los labios, las mejillas, las mandíbulas y la barbilla (4seg) y relájese otra vez.; sintiendo la sensación de tranquilidad que va aumentando, mientras los músculos de su cara se relajan cada vez más profundamente (10 seg.).
11. Apriete ahora su cabeza hacia atrás de tal manera que sienta usted la tensión en la nuca (2 seg.) y relájese otra vez.
12. Ponga la cabeza de nuevo en un posición agradable (3 seg.) y ahora deje caer la cabeza hacia delante apretando la barbilla contra el pecho. Fíjese en la tensión del cuello y de la nuca; levante la cabeza y sienta como va llegando lentamente la relajación. Balancee la cabeza de detrás hacia delante y de izquierda a derecha de tal manera que la tensión en el cuello y la nuca desaparezcan totalmente.
13. Levante ahora sus hombros hasta la altura de las orejas y dese cuenta de la tensión que le resulta (2 seg.) y deje caer los hombros. Sienta usted la agradable sensación de relajación. Sienta como ahora le llega la relajación hasta los músculos de la espalda. Relaje ahora totalmente la nuca, el cuello, las mandíbulas y toda la cara dejando que la relajación llegue a los brazos, las manos, hasta la misma punta de los dedos (fig. 8).



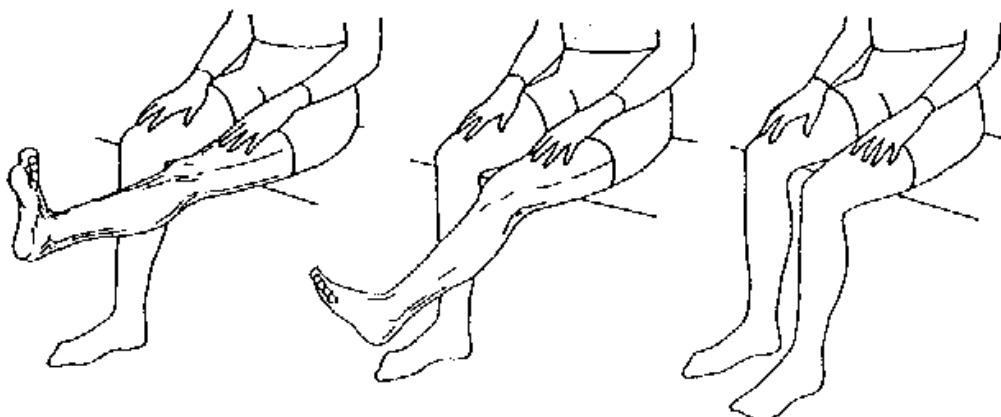
**Fig. 8**

14. Concéntrese ahora en su respiración, fíjese como el aire entra y sale. Después de inspirar, mantenga el aire por unos momentos y expulse el aire (3 seg.). Fíjese como al soltar el aire el pecho se relaja agradablemente (8seg).
15. Ponga su atención en la zona del estómago, mévalo hacia adentro del todo, sienta la tensión y relájese (fig. 9). Respire libre y sosegadamente. Fíjese en la sensación de relajación que se extiende poco a poco por toda la musculatura del vientre.



**Fig. 9**

16. Presione usted fuertemente sus talones sobre el suelo, las puntas de los dedos hacia arriba, tense a la vez la pantorrilla, los muslos y las nalgas. Mantenga la tensión y relájese (fig. 10).



**Fig. 10**

17. Ahora apriete sus pies y las puntas de los dedos hacia el suelo y relaje. Fíjese otra vez en la tensión de las pantorrillas, los muslos y las nalgas. Relájese otra vez, deje que los músculos de las piernas se mantengan relajados.



Las piernas cada vez están más relajadas y pesadas. Deje que la relajación suba desde los pies, a través de las piernas, a la espalda, el pecho, el estómago, nuevamente a la espalda, a los brazos y manos, al cuello y la cara. Deje su cuerpo flojo y relajado del todo, la frente hecha una superficie lisa, los párpados pesados, y la mandíbula inferior relajada del todo.

Sienta como descansa todo su peso. Respire profundamente pero sin intentar regular la respiración. No piense usted nada. Piensa en la agradable sensación de sentirse relajada. Ahora cuente hacia atrás, “4... 3... 2... 1... me siento perfectamente, como nuevo y muy tranquilo”.

Abra poco a poco los ojos.

**Ejercicios de activación:** Es un tipo de relajación parcial porque pretende mantener una diferencia entre el cerebro y el resto del cuerpo. Intentar relajar del cuello para abajo y por otro lado mantener activado el cerebro. Es útil para situaciones en las que hay que permanecer lúcido y despejado y a la vez eliminar tensiones innecesarias del cuerpo.

1. Sigfrido (para hombros y espalda): elevar los hombros con respiraciones profundas y seguidas. De tres a cinco veces. Posteriormente finalizamos el ejercicio adoptando la postura del cochero (sentado con la cabeza caída hacia delante y los brazos también).
2. Cuasimodo (para nuca y hombros): juntar las escápulas dejando la cabeza ligeramente extendida hacia detrás en cada movimiento, continuando la contracción con la inspiración y la descontracción con la expiración.

**Entrenamiento autógeno (Schultz):** Son ejercicios fisiológicos pero tendiendo a la autohipnosis.

**TAMBIEN HAY ACTIVIDADES ALTERNATIVAS PARA RELAJARSE, ENTRE ELLAS SE ENCUENTRAN LA MUSICOTERAPIA, LA HIDROTERAPIA, LA GIMNASIA RESPIRATORIA, EL YOGA Y EL TAI CHI.**



## **UNIDAD 17. COMUNICACION.**

---

### **OBJETIVOS:**

1. La cuidadora será capaz de manifestar la importancia y ventajas de una adecuada comunicación.
2. La cuidadora expresará las pautas a seguir para la consecución de una adecuada comunicación con la persona a su cuidado.

### **CONTENIDOS:**

1. Importancia y ventajas de una adecuada comunicación.
2. Qué hacer para mantener una adecuada comunicación:
  - ✓ Comunicación con personas con problemas visuales.
  - ✓ Comunicación con personas con problemas auditivos.
  - ✓ Comunicación con personas que han sufrido un accidente cerebro-vascular.
  - ✓ Comunicación con personas con demencia.
3. Cómo transmitir afecto a su familia.

### **ACTIVIDADES:**

- Exposición oral, con apoyo de material visual, del contenido de la unidad.
- Fomentar la comunicación interpersonal con técnicas como rol playing, phillips 6.66, diálogo, etc.



## **DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:**

### **1. IMPORTANCIA Y VENTAJAS DE UNA BUENA COMUNICACIÓN.**

Una adecuada comunicación entre la cuidadora y la persona confinada favorece una buena relación y facilita las tareas del cuidado.

Algunas de las ventajas son:

- ✓ Mantiene un buen clima familiar.
- ✓ Hace sentirse mejor tanto a la cuidadora como a la persona a la que cuida.
- ✓ Fomenta la autonomía de la persona cuidada.
- ✓ Facilita la resolución de conflictos familiares.
- ✓ Ayuda a que la persona cuidada entienda mejor lo que se le pide.
- ✓ Reduce la irritación o agitación que pueda sufrir su familiar y le ayuda a calmarse.

### **2. QUÉ HACER PARA MANTENER UNA ADECUADA COMUNICACIÓN.**

- a) Elegir un lugar adecuado para hablar: permanecer sentados, en un lugar cómodo, en un ambiente tranquilo y poco ruidoso. Sentarse al lado o enfrente de su interlocutor y si es posible, a la misma altura para que puedan verse bien.
- b) Escuchar atentamente: prestar atención a lo que la otra persona dice y la forma en que lo dice. Escuchar a alguien cuando habla hace que se sienta comprendido y que la persona que escucha se convierta en alguien importante y de confianza ante los ojos del otro.
- c) Observar: una observación cuidadosa puede ayudar a interpretar adecuadamente cuál es el estado emocional de nuestro familiar en ese momento, qué necesidades tiene o cómo se siente.
- d) Buscar temas de conversación: las personas mayores disfrutan mucho hablando tanto de su pasado como del presente. Puede fomentarse la conversación con la persona que se cuida, preguntándole sobre historias y recuerdos de experiencias pasadas, música o películas antiguas, viendo con él o ella fotografías, revistas con fotos turísticas, etc.
- e) Utilizar un lenguaje sencillo.
- f) Dejar tiempo para que la persona mayor elabore una respuesta. Darle la oportunidad de intervenir en la conversación lo hará sentirse mejor.



- g) Evitar generalizar: evitar el uso de términos del tipo “siempre”, “todo” o “nunca”. Son expresiones que se usan muchas veces para juzgar el comportamiento de otras personas a partir de un sólo hecho. Por ejemplo, si a nuestro familiar se le han olvidado algunas veces las llaves de la casa, no le diremos “*siempre te olvidas de todo*”.
- h) Aceptar un NO por respuesta. En ocasiones, nuestro familiar no está de acuerdo con las sugerencias que se le hacen o no está dispuesto a cambiar algo como desearíamos. Piense que, al igual que usted, tiene derecho a elegir lo que quiere hacer con su vida. En ocasiones, la situación psíquica del familiar no permite aceptar la toma de decisiones que éste realiza entorno a su vida, ya que pueden resultar perjudiciales para el paciente.
- i) Buscar el momento oportuno para hablar, para comunicarse con la persona que cuida, debe tener en cuenta que ella esté receptiva y dispuesta a escucharle. Piense también en su propio estado de ánimo. Si usted está enfadado o alterado, dialogar con su familiar será más difícil que si está tranquilo.

## **2. 1.- Comunicación con personas con problemas visuales.**

- ✓ Una iluminación apropiada permitirá que su familiar pueda verle mejor y captar los gestos que usted hace mientras habla.
- ✓ Sitúese enfrente y cerca de la persona con quién habla, evitando que ésta tenga delante una lámpara, foco de luz o ventana, ya que no podrá ver más que su silueta.
- ✓ Proporcione indicaciones de que usted está escuchando, expresiones como “sí, sí”, “entiendo” o gestos como apretarle suavemente la mano.
- ✓ Advíértale cuanto usted entra o sale de una habitación para que sepa cuando puede dirigirse a usted.
- ✓ Descríbale brevemente los lugares y las personas que forman parte de la conversación, de esta manera, podrá seguirla mejor.
- ✓ Asegúrese de que su familiar está utilizando las ayudas ópticas adecuadas, así como las ayudas técnicas que le permitan compensar su deficiencia visual.

## **2. 2.- Comunicación con las personas con problemas auditivos.**

- ✓ Elija para hablar lugares que sean silenciosos.
- ✓ Capte su atención antes de hablar (tocándole sí es necesario).
- ✓ Sitúese enfrente de la persona con quién habla y mientras habla, mírele a la cara.



- ✓ Asegúrese de que usted tiene suficiente iluminación sobre la cara, para facilitar que así su familiar pueda leerle los labios.
- ✓ Hable despacio vocalizando de forma clara.
- ✓ Utilice frases sencillas y cortas.
- ✓ No cambie rápidamente de tema.
- ✓ No hable demasiado alto. Basta con hablar con un volumen ligeramente más alto de lo habitual.
- ✓ Acompañe lo que dice con los gestos.
- ✓ Asegúrese de que su familiar está utilizando las ayudas técnicas adecuadas para compensar su eficiencia auditiva.
- ✓ Realice modificaciones en el hogar que compensen la deficiencia auditiva.

### **2. 3.- Comunicación con personas que han sufrido un Accidente Cerebrovascular.**

- ✓ Elija lugares tranquilos para hablar.
- ✓ Capte la atención de su familiar antes de hablar.
- ✓ Háblele algo más despacio de lo normal. Utilice gestos y expresiones para acompañar lo que usted está diciendo. Si es necesario, dele tiempo para que encuentre las palabras o ideas.
- ✓ Escuche con paciencia. Utilice palabras sencillas, frases simples y cortas.
- ✓ Anime todos los intentos de comunicación que realice su familiar. Emplee frases positivas.
- ✓ Si no le entiende haga preguntas que requieran Sí o No hasta entenderle.

### **2.4.- Comunicación con personas con demencia.**

- ✓ Piense que los problemas de su familiar se deben a la enfermedad.
- ✓ Capte su atención y proporciónese seguridad.
- ✓ Llame a su familiar por su nombre, situándose frente a él y hablándole despacio.
- ✓ Elija temas agradables de conversación.
- ✓ Utilice un trato. Háblele como a un adulto.
- ✓ Es preferible que le diga a su familiar lo que debe hacer y lo que no debe hacer.
- ✓ Haga preguntas sencillas. Utilice palabras familiares y conocidas.
- ✓ Escúchele pacientemente. Mantenga la calma. Intente mantener sentido del humor.
- ✓ No intente razonar ni aplicar la lógica con su familiar. Elimine la utilización de la expresión “¿no recuerdas?”.
- ✓ Dele la oportunidad de responder. Ayúdele a comunicarse a través de la lectura.



## 2. CÓMO TRANSMITIR AFECTO A SU FAMILIAR.

- Facilitar la expresión de sus emociones mediante frases como: “comprendo que”, “entiendo lo que sientes”, “me hago cargo”, etc.
- Demostrar al familiar que entendemos cómo se está sintiendo en ese momento y nos hacemos cargo de las razones que tiene para sentirse así.
- Tranquilizar y relativizar. Hacer ver a quien le ocurre, que sus sentimientos y preocupaciones se deben a circunstancias concretas y no generales. Ej.: ante una situación de olvido se le dirá al paciente: “tranquilo, es normal que te hayas olvidado”, “en una situación así no es extraño...”
- Mostrar interés por las necesidades y deseos de su familiar y reconocimiento por los esfuerzos que realiza.
- Ayudar a solucionar situaciones difíciles. Hacer ver a nuestro familiar que detenerse en los problemas, fracasos y errores solo conduce a sentirse mal.
- Evitar juzgar ya que ello suele hacer sentirse mal a la persona que es juzgada. Antes es necesario escuchar pacientemente a nuestro familiar y atender a cómo se está sintiendo en ese momento.
- Utilizar contacto físico y sonrisas, se sentirán reconfortados.



## **UNIDAD 18. RECURSOS SOCIO SANITARIOS.**

### **OBJETIVOS:**

1. La cuidadora conocerá los recursos socio sanitarios de la zona básica de salud, provincia y ciudad donde resida.
2. La cuidadora conocerá las vías de acceso a los mismos.

### **CONTENIDOS:**

1. Servicios del Centro de Salud.
2. Servicios Sociales Municipales.
3. Otros servicios, otras instituciones, ONGs, asociaciones...

### **ACTIVIDADES:**

- Exposición teórica, con ayuda de material visual, del contenido de la unidad.
- Reflexión - discusión sobre lo tratado. ¿Qué necesidades tengo? ¿Cuáles solicito?  
¿Son suficientes las ayudas sociales actuales? ¿Cuáles que son más necesarios?



## **DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS:**

### **1. SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD.**

#### **Programa de Atención a Domicilio.**

La atención sanitaria directa al usuario del Servicio Canario de Salud se presta tanto en los Centros de Salud, como en el domicilio de aquellas personas que por su dependencia o incapacidad no pueden desplazarse para ser atendidos.

El programa de Atención a Domicilio pretende ser un instrumento que guíe la atención que prestan en el domicilio del usuario tanto el personal médico, como de enfermería y los/as trabajadores sociales.

Los beneficiarios de este programa son todos aquellas PERSONAS MAYORES incapacitadas física, psíquica, funcional y/o socialmente, y todas las que se consideren de riesgo. Y se incluyen también dentro de este grupo las CUIDADORAS de estas personas, puesto que su labor les impide el desplazamiento al centro de salud para ser atendidos.

#### **Material Ortoprotésico financiado por el Servicio Canario de la Salud.**

Según resolución del 13/12/96 de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Canarias, se regula la prestación de material ortoprotésico para los usuarios que lo necesiten.

En algunas zonas se cuenta con material ortoprotésico propio para préstamo: sillas de ruedas, camas articuladas, muletas, etc., que se pueden solicitar durante el tiempo que sea necesario.

El material ortoprotésico se devolverá al Centro de Salud de referencia, una vez que no sea necesario, por mejoría o fallecimiento del usuario. En todo caso pregunte en el centro de salud que se le indicará qué hacer.

#### **Información sobre pensiones.**

Si tiene alguna duda con relación a la pensión que cobra o la cartilla de pensionistas, puede consultar a la trabajadora social del centro de salud.





## **2. SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES.**

### **Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).**

Según el Decreto 5/1999, de 21 de enero, de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales, se establece la protección en materia de asistencia social a la población canaria, con la prestación de un servicio de carácter primario (doméstico, personal, educativo y rehabilitador) denominado Ayuda a Domicilio. Este Servicio pretende colaborar con la familia en sus tareas para con el usuario confinado, a fin de liberarle de algunas cargas que pueden influir negativamente en la calidad de vida y la salud de la cuidadora.

### **Servicio de Teleasistencia Domiciliaria.**

Según convenio de los Ayuntamientos con Cruz Roja Provincial, se puede solicitar este servicio para asistencia en situaciones de emergencia.

Se tramita en los Ayuntamientos, en los Centros de Mayores o en el Centro de Salud.

### **Programa de Rehabilitación de Viviendas en el medio rural.**

Según convenio entre los Ayuntamientos y la Consejería de Obras Públicas, Vivienda y Aguas, se puede solicitar ayudas para la realización de obras en las viviendas en el medio rural. Estas obras son:

- Mejora de las condiciones de habitabilidad mínimas en las viviendas.
- Supresión de barreras arquitectónicas.
- Cubiertas, acabados de fachadas y carpintería exterior.
- Refuerzo o sustitución parcial de los elementos estructurales.

El importe de la subvención se destinará a sufragar los gastos de materiales de construcción, maquinaria, transporte de materiales y gastos por documentos técnicos. NO PUEDE APLICARSE PARA MANO DE OBRA.

**Ayudas individuales:** son ayudas no periódicas para Tercera Edad y discapacitados para necesidades puntuales, por ejemplo gafas, audífonos, enseres, eliminación de barreras arquitectónicas, alimentación, etc.

**Ayudas de emergencia social:** ayudas no periódicas especiales para una situación de necesidad social imprevista que no se puede cubrir con otras ayudas.



**Cursos o talleres.** Los ayuntamientos suelen organizar cursos a lo largo del año de gimnasia, yoga, manualidades, etc. Así mismo se encargan de la inscripción para turismo social en la Tercera Edad, información que se puede obtener en cada ayuntamiento.

### **3. OTROS RECURSOS. OTRAS INSTITUCIONES, ONGs, ASOCIACIONES.**

**Hogares o Club de Tercera Edad.** Lugar donde se organizan cursos, actividades lúdicas como bailes y excursiones. Algunos de estos clubes tienen otros servicios como comedor o peluquería. Pueden hacerse socios a partir de 55 años.

**Cáritas.** Grupos parroquiales que tienen voluntarios/os que pueden servir de apoyo de forma ocasional. Suelen estar ubicados en el salón parroquial o anexo a él.

**Asociaciones de atención a problemas de salud.** Asociación de enfermos de Alzheimer, Asociación de familiares de enfermos psíquicos AFES. Dichas asociaciones ofrecen información específica, servicios complementarios y apoyo emocional (grupos de autoayuda). Puede informarse sobre ellas con el/la trabajador/a social del centro de salud.

**Respiro familiar:** Para ingresos, por tiempo limitado, para aliviar la carga de los familiares, principalmente de la cuidadora. Este servicio es muy limitado en la actualidad pero hay que informarse de las posibilidades en su Centro de Salud a través del área de trabajo social del Centro de Salud.

**Centros de Día:** Esta estructura está indicada para enfermos en estadio leve – moderado. Su actividad consiste en la rehabilitación de las funciones superiores presentes y perdidas, terapias de resocialización, programas de psicoestimulación, asesoramiento familiar y mantenimiento de las ABVD. Tiene una periodicidad de 5 días en semana con la función de potenciar al máximo la autonomía del enfermo y ofrecer descanso a la familia en estancia diurna.

**Residencias:** Esta estructura asistencial está indicada en caso de agotamiento familiar, cuando el paciente tenga un nivel cognitivo inferior en el MEC a 10 con agnosia hacia la familia, desorientación TE, o bien trastornos de conducta, que impidan la vida de relación familiar. Existen dos modalidades de ingreso: de forma permanente o esporádica (programas de descaso familiar).



**Voluntariado:** Poco potenciado pero muy útil en la preservación de la autonomía en el domicilio de muchas personas mayores en actividades instrumentales y acompañamiento tanto diurno como nocturno.

**ACUDA A HABLAR CON SU TRABAJADORA SOCIAL YA QUE ES ELLA LA QUE HARÁ LA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y FAMILIAR EN CADA CASO PARA ACCEDER A LOS DISTINTOS RECURSOS.**



# ANEXOS



## ANEXO 1. FICHA DE DATOS BASICOS DE LA CUIDADORA.

---

### Datos básicos de la cuidadora.

**Nombre y Apellidos:**

**Edad:**                      **Teléfono:**

**Dirección:**

**Estudios:**

**Actividad Laboral Actual:**

**Años que lleva realizando esta actividad:**

**Ayuda domiciliaria:**         **SI**     **No**

**Días:**     **Lu**    **Ma**    **Mi**    **Ju**    **Vi**

**Temas que le interesan:**

**Horario deseado:**

**Mañana**    **Hora** \_\_\_\_\_

**Tarde**        **Hora** \_\_\_\_\_

### Datos básicos persona a la que cuida.

**Nombre y Apellidos:**

**Edad:**                      **Teléfono:**

**Dirección:**

**Relación:**

**Diagnóstico:**

**Médico/Enfermera de referencia:**

-----  
-----  
-----

**Observaciones:**



## ANEXO 2. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN POST.

---

1. ¿Cómo se ha sentido estos días?

Muy mal       Mal       Bien       Muy bien

2. ¿Qué le ha parecido la manera de hacer el Taller?

Muy mal       Mal       Bien       Muy bien

3. La duración total del Taller ha sido:

Corta       Adecuada       Larga

4. ¿Añadiría algún tema? ¿Cuál?

-----  
-----  
-----

5. ¿Suprimiría algún tema? ¿Cuál?

-----  
-----  
-----

6. Sugerencias.

-----  
-----  
-----

**Gracias por su colaboración.**



## BIBLIOGRAFÍA

---

Becker Weilitz, P. **Cuidados Respiratorios**. España: Interamericana Mc Graw-Hill ;1992.

Cacabelos, R. **Tratado de Neurogeriatría. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias**. Barcelona: Masson ; 1999.

Camdessus, B. et. al. **Crisis familiares y ancianidad**. Paidós:1995

Chapusy, P.H. **Cuadernos de dietética (4): Alimentación de la persona de edad avanzada**. Masson S.A.: 1994.

**Cuidados Respiratorios en Enfermería. Nursing Photobook**. España: Doyma; 1986.

**Curso de Alimentación y Cocina Saludables**. Editado por la Fundación ECCA y la Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de Salud. 2001.

**Curso de Educación Diabetológica**. Editado por la Fundación ECCA y la Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de Salud. 2000.

**Decreto 5/1999, de 21 de enero**, BOC núm. 19, viernes 12 de febrero de 1999.

**Demencias. Recomendaciones**. España: SemFyC.;1999.

Elena, F. y Ochoa, L. **Enfermedad de Alzheimer. Serie Psicología y Bienestar**. España: Aguilar -Santillana; 1996.

**Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias**. Conferencia de Consenso. Servicio Canario de Salud. 1998.

Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer. **En casa tenemos un enfermo de Alzheimer**. España:1996.

Fernández Ballesteros R., (dir.). **Gerontología Social**. España: Pirámide;2000.

Flórez Lozano, J.A. **Enfermedad de Alzheimer. Aspectos psicosociales**. España: EDIKA MED ;1996.



Houssay, B.A. et al. **Fisiología Humana**. Buenos Aires: El Ateneo Editorial;1969.

Long, B.C. y Wilma J. **Tratado de Enfermería médico-quirúrgica**. Volumen II. Interamericana McGraw- Hill; 1985.

Marion, L. **La práctica clínica del Trabajo Social con personas mayores**.

Mc Van, B. **Manual de Cuidados Respiratorios**. España: Doyma, S.A; 1991.

Mercado Rus, M.. **Manual de Fisioterapia Respiratoria**. Olalla Ediciones S.L.; 1996.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INSERSO. **Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda. Guía para cuidadores y familiares**. Volumen 2. 1998.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INSERSO. **Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda. Guía para cuidadores y familiares**. Volumen 1. 1998.

Mosquera J.M., Galdos P. **Farmacología para enfermeras**. Interamericana Mc Graw-Hill.

Navarro Góngora, J. **Avances en Terapia Familiar Sistémica**. Paidós:1997.

Pascual, G.y Barlés. **Guía para el cuidador de pacientes con demencia tipo Alzheimer**. Zaragoza: Certeza; 1999.

Pérez Jarauta, M.J. y Echaurri, M. **En la madurez... Guía educativa para promover la salud de las mujeres**. Gobierno de Navarra; 1996.

Pérez Melero, A. **Guía de cuidados para personas mayores**. Síntesis; 1999.

Pérez Trullen J.M., Abanto Alda J.,y Labarta Mancho J. **El Síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia)**. Atención Primaria 1996; 18 (4).

Rivera Casado JM., Cruz Jentoft AJ. **Geriatría. Formación Continuada en Atención Primaria**.

Ruiz-Adame Reina, M. y Portillo Escaleras, M.C. **Alzheimer. Guía para cuidadores y profesionales de atención primaria**. España: Junta de Andalucía, Consejo de Salud; 1996.





Sánchez Ayéndez. **La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa.**

Selmes, J. y Selmes, M.A, **Actualización en la enfermedad de Alzheimer.** Alzheimer Europe - Alzheimer España. España: 1994.

Selmes, J. y Selmes, M.A, **Vivir con la enfermedad de Alzheimer. Guía práctica para los cuidadores...** España: Meditor; 1996.

Servicio Canario de Salud. **Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria en Canarias.** 1999.

Singh Khalsa, D.. **Rejuvenece tu cerebro.** Barcelona: Urano; 1998.

Wieck, L. King, E.M. Dyer, M. **Técnicas de enfermería.** Interamericana McGraw-Hill, 3ª edición; 1988.

