

GUÍA

PARA PERSONAS CUIDADORAS

Ministerio de Sanidad y Consumo
Fundación Ayúdate.

Edita: Fundación Ayúdate
Avenida de los Toreros, 10, 1º, C
28028 Madrid
Tlf.: 91.444 92 27 - Fax: 91.444 92 28

Depósito Legal: M-44043-2008

*“Ayudar a otro está bien,
mas enseñarle a ayudarse a sí mismo
está mejor”*

Anónimo

4 Guía para personas cuidadoras

PRÓLOGO

Las estructuras sociales están cambiando y llegamos al 2008 con una sociedad civil muy distinta de la de hace tan sólo 50 años. Como resultado de la evolución cultural, económica e incluso sanitaria la población se ha transformado y si bien las expectativas de años de vida y la calidad de esta han mejorado, esto ha venido a significar un aumento en el número de población anciana e, incluso, de enfermos, en definitiva de personas dependientes.

Como consecuencia son muchas las personas que debemos ocupar en el papel de cuidadores de estas personas dependientes. Se trata de un papel duro, solitario y a menudo no remunerado por tratarse de cuidadores familiares, pero lo peor es que no resulta un trabajo reconocido ni valorado. Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo queremos apoyar a esta legión de personas que en silencio trabajan en la privacidad de sus domicilios para cuidar a aquellos que no lo pueden hacer por sí mismo y lo queremos hacer con ayudas concretas en nuestra política social, estableciendo los mecanismos y recursos más eficientes.

Esta Guía para personas cuidadoras quiere ser uno de estos apoyos que junto a la Fundación Ayúdate, ponemos en vuestras manos.

La sensibilidad desarrollada por la Fundación Ayúdate al elaborar esta Guía no es más que el reflejo de la elevada entrega e interés por este grupo comprometido de la población. Se precisan muchas más acciones pero esta era sin duda muy necesaria y desde el Ministerio de Sanidad y Consumo así lo sentimos. Por ello quiero felicitar a los autores y autoras así como a los organizadores de esta iniciativa que sin duda va a contribuir a apoyar esta labor silenciosa de las personas que se encargan de los cuidados de personas dependientes en toda España.

INTRODUCCIÓN

Me complace presentar esta Guía que tienen en sus manos y que espero les sea de ayuda.

Si se dedican ustedes a ayudar a otra persona a bañarse, alimentarse, tomar sus medicamentos o incluso más, se encarga usted de todo lo que hace referencia a los cuidados de esa persona, es usted un cuidador, ya sea profesional o familiar, y quizá necesite de estos consejos que le brindamos.

Cuidar de sus propias necesidades es tan importante como cuidar a la otra persona. Si usted se enferma o se cansa mental o físicamente, no podrá cuidar de otros así que debe "cuidarse a si mismo". En esta Guía hemos pretendido recoger toda aquella información que creemos puede ser de su interés, tanto sobre como realizar mejor los cuidados a la persona dependiente como los cuidados que debe dedicarse a usted mismo.

Un segundo objetivo de esta publicación es dirigir la mirada y hacer visibles a miles de ciudadanos, casi siempre ciudadanas, que existen en todo el territorio español. Estas personas cuidadoras permanecen anónimas, "invisibles" para la sociedad, pero gracias a su entrega permanente hacia las personas que cuidan hacen posible la continuidad de la vida en muchos hogares de personas mayores y/o discapacitadas.

Esta guía, diseñada para su fácil lectura y cómodo manejo, es por tanto una llamada de atención para la sociedad en su conjunto, políticos, instituciones, profesionales hacia un colectivo compuesto por miles de personas cuidadoras que juegan un papel esencial e insustituible en nuestra sociedad sin apenas apoyo alguno.

Fundación Ayúdate

ÍNDICE

CAPITULO I

CUIDAR DE UNA PERSONA DEPENDIENTE

1. HIGIENE PERSONAL Y CUIDADOS DE LA PIEL

- 1.1. Higiene diaria
- 1.2. Higiene ocular
- 1.3. Higiene bucal
- 1.4. Cuero cabelludo
- 1.5. Masajes

2. ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO

- 2.1. Prevención de las úlceras por presión
- 2.2. Cuidar los pies en Diabetes

3. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN

- 3.1. Principios de Mecánica corporal. Higiene Postural
- 3.2. Técnicas de movilización, traslado de pacientes y dispositivos de ayuda
- 3.3. Cambios posturales

4. NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

- 4.1. Conceptos Generales
- 4.2. Cualidades nutritivas y energéticas de los alimentos
- 4.3. Necesidades energéticas y nutricionales en los ancianos

5. INCONTINENCIA FECAL Y URINARIA

- 5.1. Incontinencia Fecal
- 5.2. Incontinencia Urinaria

CAPITULO II

ASPECTOS PSICOSOCIALES

1. EL PAPEL DEL CUIDADOR PRINCIPAL

- 1.1. Problemas y soluciones
- 1.2. Consejos al cuidador
- 1.3. Sentimientos
- 1.4. Las 7 actitudes positivas
- 1.5. Preparación a la Relajación
- 1.6. Relajación

2. RECURSOS SOCIO SANITARIOS

- 2.1. Redes informales de apoyo
- 2.2. Servicios Sociales

CAPITULO I

CUIDAR DE UNA PERSONA DEPENDIENTE

Cuidar a otra persona es la responsabilidad más difícil que tendrá en su vida. Si bien cuidar a una persona trae muchas satisfacciones, existen sacrificios y exigencias que podrían llegar a ser muy fuertes.

Cuidador se puede considerar a aquella *“persona familiar o no, que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece una enfermedad, y permite seguir viviendo en su entorno de una manera confortable y segura a una persona que por razones de edad o incapacidad no es totalmente independiente”*.



8 Guía para personas cuidadoras

1.HIGIENE PERSONAL Y CUIDADOS DE LA PIEL

INTRODUCCIÓN

La Higiene Personal forma parte de los cuidados de la vida cotidiana y responden a las necesidades de satisfacer cuestiones básicas de la vida domestica, además los cuidados favorecen la autonomía de los individuos y familia.

En la actualidad la Ley 39/2006 del 14 de Diciembre sobre *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la persona en situación de dependencia* que ha sido publicada en BOE nº 299 del 15 de diciembre 2006, clasifica la dependencia en tres grados, cada uno de ellos con dos niveles:

1. Grado I. Dependencia moderada, con necesidad de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
2. Grado II. Dependencia severa, necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, pero no requiere apoyo permanente de un cuidador.
3. Grado III. Gran dependencia, la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida y por su perdida total de autonomía, tiene necesidad de apoyo indispensable y continuo de otra persona.

1.1.Higiene diaria

Es el conjunto de normas de vida que aseguran al individuo el ejercicio pleno de todas las funciones, por lo tanto cuando hablamos de aseo personal estamos hablando de la limpieza de nuestra persona. Esta actividad es labor de la enfermera/cuidador, ya que forma parte de la necesidad básica de la higiene, cuando los pacientes y/o población a nuestro cargo no pueden cubrirla por sí solos.

¿QUÉ OBJETIVOS QUEREMOS CONSEGUIR?

- Mantener la piel en perfecto estado de limpieza para que pueda realizar su función de protección ante las infecciones producidas por agentes patógenos externos.
- Proporcionar bienestar a la persona/paciente.
- Fomentar la comunicación con la persona/paciente.
- Estimular la circulación.
- Valoración física de la piel (color, textura, turgencia, temperatura, integridad y lesiones).
- Prevenir problemas de úlceras. U.P.P. (Úlceras por Presión).
- Determinar capacidad de auto-cuidado.
- Mejorar la auto-imagen.
- Eliminar secreción sebácea, la transpiración, células muertas y algunas bacterias y microorganismos que se han acumulado.

Para ello deberemos disponer del siguiente material

1. Baño en bañera, teniendo en cuenta el nivel de dependencia

- Alfombra antideslizante.
- Jabón líquido neutro.
- Manopla o esponja.
- Pijama o camisón.
- Crema hidratante. Colonia y peine.

2. Baño en cama

- Dos palanganas con agua caliente (37° C.)
- Manopla o esponja.
- Toalla de baño y cara.
- Pijama o camisón.
- Crema hidratante. Colonia y peine.

3. Baño corporal parcial

Se aplicarán los mismos principios que para el baño en cama, solo lavándose aquellas partes que contienen suciedad. Cuando la persona se halle demasiado enferma para tomar un baño completo en cama, es importante la realización de las medidas de higiene corporal parcial.

METODOLOGÍA

Tendremos en cuenta los niveles funcionales de auto-cuidado.

Nivel	Indicador de conducta
0	Independiente, capaz de iniciar y completar por si mismo la actividad.
1	Requiere mínima ayuda, hace al menos el 75% del trabajo.
2	Requiere ayuda, educación moderada hace aproximadamente el 50% del trabajo.
3	Requiere ayuda extensa de otra persona hace menos del 25% del trabajo.
4	Dependiente de los cuidadores, cuidado total, no participa activamente.

Deberemos colocar a la persona en posición adecuada, bipedestación si el nivel funcional de auto cuidados es del 0-1; sedestación si el nivel funcional está entre 2-3.

Explicarle que comience lavándose la cara con agua sola y después se enjabone la piel realizando unas fricciones suaves con movimientos circulares en el orden siguiente: cuello, hombros, brazos, asilas, manos y uñas, tronco, abdomen, espalda, piernas y pies, continuando la zona genital y perianal.

10 Guía para personas cuidadoras

Resaltar la importancia de insistir en los pliegues cutáneos, espacios interdigitales, zonas umbilicales y zona submamaria, para evitar que queden restos de suciedad.

Aclarar con abundante agua y en dirección descendente para evitar que queden restos de jabón.

Secar correctamente la piel.

Aplicar crema hidratante.

Vestir a la persona, peinarlo y perfumarlo.

Dejarlo en una posición cómoda que le proporcione el máximo bienestar.



Si la persona esta encamada, se le colocará en decúbito supino.

- Lavar la cara con agua y secar haciendo hincapié en los oídos y fosas nasales.
- Sumergir, si es posible, las manos del paciente en el recipiente, con agua y solución detergente, lavarlas y cortar las uñas (si es necesario), y secar prestando atención a las zonas interdigitales y limpieza de uñas.
- Descubrir hasta la cintura y proceder a lavar cuello, tórax y brazos del paciente.
- Secar prestando especial atención a los pliegues corporales y cubrir zona aseada con sábana limpia.
- Descubrir región abdominal y miembros inferiores, proceder a su lavado, haciendo hincapié en la zona umbilical, pliegues y espacios interdigitales, cortamos las uñas de los pies (si es necesario).
- Lavado del aparato genital: En el varón, retirar prepucio, lavar con agua más jabón y secar, volver el prepucio a posición anatómica cuidadosamente. En la mujer colocar cuña y lavar con agua mas jabón en forma de arrastre separando labios, secar cuidadosamente.
- Proceder a lavar la espalda y zona perineal, para ello girar al paciente de lado con la pierna de abajo estirada y la de arriba flexionada, vigilando sondas, drenajes y aparataje, lavamos, secamos y a continuación hidratamos la piel con un suave masaje, con gel o crema hidratante, haciendo más hincapié en zonas de posible presión (espalda, sacro, codos, talones etc...).

Cambiar el agua y esponjillas tantas veces como sea preciso.

Peinar y recoger los cabellos del paciente.

Preservar en todo momento la intimidad del paciente.

Una vez realizado el aseo corporal procedemos a cambiar la ropa de la cama:

Soltar la sábana bajera y entremetida y enrollarla hasta la espalda, estirar la funda protectora del colchón y colocar la sábana limpia en sentido longitudinal remetiéndola los bordes, extendiéndola hasta la mitad de la cama y dejando el resto enrollada al borde de la sucia.

Colocar la sábana entremetida doblada, en sentido transversal encima de la bajera y centrándola en la cama.

Girar al paciente hacia el otro lado, retirando la ropa sucia, y depositarla dentro de la bolsa para tal uso.

Estirar la funda protectora del colchón y desenrollar y remeter la sábana limpia bajera y la entremetida, evitando las arrugas.

Colocar al paciente en decúbito supino o posición cómoda y apropiada.

Vigilar que las sondas, drenajes y aparataje queden correctamente colocados.

Cubrir al paciente con la sábana encimera limpia y retirar la sucia por debajo.

Colocar la almohada, previo cambio de funda, manta y colcha, dejando la ropa remetida pero floja para permitirle la movilidad de los pies.

En algunos casos el cambio de las sábanas bajera y entremetida debe efectuarse de arriba hacia abajo (desde la cabecera de la cama hacia los pies).

El lavado y cambio de cama debe realizarse cada 24 horas y cuando el paciente precise.

Aspectos que deberemos tener en cuenta:

- Asegurar siempre la seguridad de la persona.
- Proteger el pudor y la intimidad.
- Durante el baño mover todas las partes del cuerpo salvo que existan contraindicaciones.
- Observar cualquier dolor, inflamación, enrojecimiento, herida, deformidad o lesión.
- Estimular los músculos y ayudar a la circulación.
- Al seguir la secuencia ordenada para el aseo se reduce la diseminación de organismos.
- Secar la piel por completo.
- No se debe afectar la integridad de la piel por erosiones accidentales.
- Aplicar lociones o cremas hidratantes para evitar sequedad y agrietamiento de la piel.
- Para las personas con movilidad reducida podremos proporcionar más seguridad con barras, tablas o asientos en la bañera.
- Se puede acompañar el baño con el afeitado, limpieza de uñas, cambio de apósitos, limpieza de boca, lavado del cabello, atención al catéter vesical.

12 Guía para personas cuidadoras

1.2.HIGIENE OCULAR

OBJETIVO:

- Mantener la higiene de los ojos.
- Proporcionar comodidad y bienestar al paciente.

MATERIAL NECESARIO

- Gasas.
- Solución salina.
- Placas protectoras.
- Lagrimas artificiales.

METODOLOGÍA

- Preparar y tener dispuesto el equipo necesario.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Explicar el procedimiento al paciente y solicitar su colaboración.
- Humedecer gasas estériles en solución salina, empleando distintas gasas para cada ojo.
- Limpiar los ojos según la maniobra del ángulo inferior-externo, con el fin de arrastrar toda la secreción ocular sin pasarlas por la superficie ocular para evitar irritación e infecciones de los ojos.
- El lavado ocular se realizara con frecuencia, sobre todo en pacientes sometidos a sedación o encamados, a estos pacientes se les protegen los ojos con gasas humedecidas con suero salino, o placas protectoras y se le administran lagrimas artificiales, ya que al tener disminuida la secreción lagrimal, se produce sequedad en la cornea y posterior ulceración.

1.3.HIGIENE BUCAL

OBJETIVO

- Mantener la higiene de los dientes y la cavidad bucal.
- Proporcionar comodidad y bienestar al paciente.

MATERIAL NECESARIO

- Guantes desechables.
- Gasas.
- Depresores.
- Pinzas.

- Palangana o recipiente.
- Vaso con solución antiséptica diluida.
- Cepillo y dentífrico.
- Celulosa o toalla.
- Vaselina líquida.

METODOLOGÍA

- Preparar y tener dispuesto el equipo necesario.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Explicar el procedimiento al paciente y solicitar su colaboración.
- Preparar en un vaso agua con solución antiséptica diluida.
- Incorporar al paciente si su patología lo permite y colocar celulosa o toalla protectora alrededor del cuello.
- Revisar la cavidad bucal del paciente y retirar prótesis dental si llevara, lavando esta con cepillo y agua y dejándola en un recipiente con solución antiséptica.
- Aspirar secreciones si fuera preciso.
- Impregnar una torunda en solución antiséptica bucal diluida, escurrirla y proceder a lavar toda la cavidad bucal, cambiando de torunda siempre que sea necesario, ayudados de un depresor de lengua o pinza.
- En caso de costras en cavidad bucal o labios, aplicar vaselina, dejar actuar y lavar posteriormente, hidratar los labios con vaselina.
- Volver a colocar la prótesis dental en pacientes que su estado lo permita.
- Se realizará la higiene de la cavidad bucal por lo menos tres veces al día.

1.4.HIGIENE CUERO CABELLUDO

OBJETIVO

- Mantener la higiene del pelo y el cuero cabelludo.
- Proporcionar comodidad y bienestar al paciente.

MATERIAL NECESARIO

- Agua.
- Champú.
- Toalla.
- Peine o cepillo.
- Recipiente o bolsa grande de plástico.
- Guantes desechables.
- Algodón.
- Jarra o irrigador.
- Secador de pelo manual.

14 Guía para personas cuidadoras

METODOLOGÍA

- Preparar y tener dispuesto el equipo necesario.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Explicar el procedimiento al paciente y solicitar su colaboración.
- Retirar la almohada y colocar la cama en posición horizontal.
- Retirar el cabecero de la cama si es posible.
- Retirar la ropa del paciente, dejando los hombros al descubierto.
- Colocar el recipiente o la bolsa grande de plástico debajo de la cabeza, para recoger el agua del lavado.
- Si el cabecero de la cama no es abatible se desplazara el colchón hacia abajo, a continuación desplazar al paciente hacia arriba, dejando la cabeza fuera del colchón y apoyada en un rodillo hecho con una toalla. En el espacio libre se coloca el recipiente o la bolsa recolectora de agua.
- Proteger los oídos con torundas de algodón.
- Mojar con irrigador o jarra y jabonar el cuero cabelludo frotando con las yemas de los dedos con movimientos circulares.
- Aclarar bien y escurrir el exceso de agua con una toalla.
- Peinar y secar con secador si es posible.
- Recoger el material utilizado y proceder a su limpieza o eliminación.
- El lavado de cabeza de un paciente se llevará a cabo cada dos o tres días, aunque el paciente esté encamado.



1.5.MASAJES CORPORALES

¿Qué son los masajes?

El masaje es la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo. Ayudan a disminuir el estrés y la tensión muscular, aliviar el dolor provocado por lesiones y acelerar la curación de ciertas condiciones agudas y crónicas.

Los masajes se realizan durante 15 y 30 minutos.

Técnicas para aplicar el masaje

LAS FRICCIONES: Las manos del masajista mueven la piel y la tela subyacente sin dejar el área que se tratará. La movilidad de la piel limita la amplitud del movimiento ejercido de parte del cuerpo.

LOS AMASAMIENTOS: Pueden ser superficiales o profundos y se realizan con los dedos. La piel se amasa con más o menos vigor para tender, levantar y mover los músculos

LAS PERCUSIONES: Con la extremidad de los dedos y/o del borde de la mano del masajista da choques a repetición.

LOS ROCES: La mano realiza un frotamiento del área que se trate en varias direcciones según el objetivo perseguido (sí existe una enfermedad de las venas o arterias la dirección del movimiento no es el mismo).

16 Guía para personas cuidadoras

2.ÚLCERAS Y PIE DIABÉTICO

2.1. PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Introducción

Una úlcera por presión (UPP) es un área de daño localizado en la piel y los tejidos subyacentes causado por la presión, fricción, cizalla o una combinación de las mismas.

PRESIÓN + TIEMPO + FACTORES DE RIESGO = ÚLCERA POR PRESIÓN

Las úlceras por presión suponen en la actualidad un reto importante para los profesionales de salud ya que afecta a un grupo notable de personas de todas las edades y en cualquier nivel asistencial en el que se encuentren. La prevalencia de úlceras en el ámbito nacional según el trabajo de Torra i Bou 2001(3) es de 8,4% en enfermos domiciliarios y 8,81% en atención especializada. También es un posicionamiento común entre la gran mayoría de autores que han trabajado este tema que las úlceras por presión son evitables en un 95% de los casos. Para poder luchar contra ellas es necesario realizar estrategias de prevención y educación que estén protocolizadas, que contemplen a todos los profesionales del equipo de salud y que estén basadas en las mejores evidencias posibles. Con todo ello se elaborarán guías de práctica clínica.

Guía de prevención de úlceras por presión (ver Prevención de úlceras por presión. Pág.22)

Tras analizar los documentos antes descritos se evidencia que los pilares en los que debe basarse la prevención de las úlceras por presión serán los siguientes:

- **Valoración del riesgo.** Se debe utilizar una escala de valoración reconocida y validada, que se ajuste al contexto asistencial en la que se encuentren los enfermos. En la medida de lo posible las escalas no deben modificarse y se aplicará la escala al ingreso y de forma periódica.
- **Cuidados específicos.**
 - Cuidados de la piel.
 - Control de la humedad cutánea, incontinencia, transpiración y/o drenajes.
 - Manejo de la presión: Movilización , cambios posturales, superficies especiales de apoyo, dispositivos de articulaciones.
 - Nutrición: Aporte calórico, proteico e hídrico apropiados.
- **Cuidados generales.** Es necesario tratar todos los procesos que favorecen las UPP.
 - Alteraciones respiratorias.
 - Circulatorias.
 - Alteraciones metabólicas.

- **Situaciones especiales.** Es indispensable prestar especial atención a aquellas patologías que suponen un riesgo muy alto de padecer UPP.
 - Alteraciones neurológicas.
 - Gran cirugía.
- **Educación.** Es necesario elaborar un plan de educación sanitaria estructurado y comprensible para todos los niveles a los que está dirigido y que integre tanto a los profesionales como a la red de cuidadores informales.
- **Continuidad de los cuidados.** Se debe garantizar la continuidad de cuidados en cualquier nivel asistencial.
- **Registro.** Mediante el registro de todas las actividades se garantiza el consenso en los cuidados, es un instrumento básico de control de calidad y por tanto de mejora de ésta.

2.2.CUIDAR LOS PIES EN DIABETES

PREVENCIÓN

Llevar un buen control de la diabetes HbA1c < 7%.

Dejar de fumar.

Evitar lesiones en los pies.

Higiene diaria:

Lavado diario de los pies con agua tibia y con jabón pH 5,5 es imprescindible.

Secar minuciosamente sin olvidar los espacios entre los dedos.

Aplicar crema hidratante para evitar las grietas en la piel.

El cuidado de las uñas. No utilizar utensilios punzantes para cortarlas, es mejor limarlas con lima de cartón o cortarlas con tijera de punta redondeada.

Vestir adecuadamente los pies:

Medias y calcetines: evitar medias o calcetines que compriman la circulación de la pierna, y preferiblemente de fibras naturales.

Es importante no andar descalzo nunca.

Calzado: la elección del calzado debe ser la mas adecuada por lo que permitirá evitar muchas complicaciones.

18 Guía para personas cuidadoras

1. Comprar los zapatos a última hora de la tarde, porque el pie está más distendido.
2. El día de estrenarlos debe llevarlos poco tiempo para evitar rozaduras y adaptación a los pies.
3. Mirar el interior antes de ponerlos para comprobar que no existe ningún elemento que pueda provocar alguna herida.

El zapato ideal debe ser de piel, muy transpirable, flexible y blando. Ancho, que no oprima los dedos, no debe tener demasiado tacón, ni costuras internas que puedan rozar.



3. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN

Las lesiones en la espalda suponen un problema grave provocado principalmente por malos hábitos de higiene postural e incorrecta movilización de las cargas. Aproximadamente un 80% de los adultos se queja de raquialgia en algún momento de su vida.

Existen situaciones en las que se excede el peso que debe movilizar nuestra espalda. Es el caso de la movilización y traslado de pacientes que se encuentran en situación de dependencia en el movimiento.

Una inadecuada movilización de estos pacientes puede tener graves consecuencias tales como enfermedades y limitaciones físicas así como un impacto económico-laboral importante.

Entre las dificultades de movilización de enfermos encontramos:

- Superficies mullidas, anchas e incómodas.
- Accesibilidad difícil (cama pegada pared, obstáculos, ...).
- Diferencia de niveles (camas, asientos, bañeras, ...).
- Relaciones morfológicas desfavorables (paciente más corpulento o pesado).
- Reparto del trabajo (coordinación participantes).

3.1. PRINCIPIOS DE MECÁNICA CORPORAL. HIGIENE POSTURAL

Medidas de prevención del dolor de espalda:

- Mantener la espalda recta.
- Procurar mantener las piernas flexionadas.
- Presas consistentes agarrando con toda la mano.
- Carga cerca del cuerpo.
- Pies separados para ampliar la base.
- Utilizar el contrapeso del cuerpo.
- Utilización de apoyos.
- Solicitar ayuda en momentos difíciles.
- Utilizar medios mecánicos disponibles.
- Ejercicios de relajación de la espalda.

3.2. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN, TRASLADO DE PACIENTES Y DISPOSITIVOS DE AYUDA

Técnicas de Traslado de pacientes

- Sentar al paciente en la cama.

20 Guía para personas cuidadoras

1. El cuidador se sitúa en el lateral de la cama con un pie más adelantado que otro.
 2. Colocar brazo derecho debajo de hombros y cuello del paciente y brazo izquierdo por debajo detrás de sus rodillas.
 3. Tirar de sus piernas hacia fuera de la cama y levantar hombros hasta la posición de sentado en el borde de la cama.
 4. Sostener los hombros por si aparecen mareos.
- Sentar al paciente en silla.
1. Preparar silla o sillón con apoyabrazos y respaldo recto, evitando sillas bajas y muy almohadilladas.
 2. El paciente parte de la posición de sentado en el borde de la cama.
 3. El cuidador se sitúa frente al paciente con el pie que está más cerca de la silla delante del otro.
 4. El paciente puede colaborar colocando sus manos en los hombros del cuidador mientras este lo sujeta por la cintura con las manos entrecruzadas.
 5. El paciente pone los pies en el suelo y el cuidador sujeta con su rodilla más avanzada la rodilla del paciente.
 6. El cuidador gira con el paciente hasta colocarse frente a la silla, flexiona rodillas y baja al paciente para sentarlo.
- Traslado del paciente de la silla de ruedas al coche.
1. Colocar la silla de ruedas en lado izquierdo del coche.
 2. Retirar apoyabrazos y apoyapies de la silla si es posible y frenarla.
 3. Levantar al paciente rodeando su cintura y apoyando rodilla con rodilla.
 4. Girar hacia el asiento del coche y dejar caer en asiento.
 5. Levantar rodillas del paciente dentro del coche.

Ayudas Técnicas para la movilización y para la marcha

Se trata de instrumentos/dispositivos especiales que permiten realizar actividades diversas de movilización o de marcha, así como elementos facilitadores que ayudan a la independencia del individuo.

Ayudas Técnicas para la movilización

- Desplazamientos: sillas de ruedas.
- Transferencias: Grúas.
- Marcha.

Ayudas Técnicas para la marcha

- **Dispositivos** que proporcionan un apoyo adicional del cuerpo al suelo durante la marcha.
- **Función:** desplazamiento.

Tipos de ayudas Técnicas para la marcha

Fijas:

- Pasamanos.
- Barras paralelas.

Móviles:

- Estables
 - Andadores.
 - Bastones modificados.
- Inestables
 - Bastones.
 - Bastón inglés.
 - Muletas.

3.3. CAMBIOS POSTURALES

En la prevención de las úlceras por presión en pacientes inmovilizados uno de los ejes principales son los cambios de postura que se realizan al enfermo, entre las cuales se incluyen:

- Colocación del paciente en decúbito lateral derecho e izquierdo (de lado).

1. Para el lateral derecho el cuidador se coloca en el borde izquierdo de la cama con un pie adelantado y flexionando rodillas.
2. Acercar al paciente hacia la orilla izquierda de la cama deslizando las manos debajo de sus hombros y caderas.
3. Ahora el cuidador se coloca en el lateral derecho de la cama.
4. Poner los brazos ligeramente flexionados. Sacar el brazo que quede debajo del cuerpo del paciente.
5. Colocar una mano sobre el hombro y otra sobre la cadera del paciente y girar al paciente hacia sí mismo.
6. Colocar almohada a lo largo de la espalda, entre las piernas y bajo el brazo izquierdo del paciente.
7. Para el lateral izquierdo repetir el proceso a la inversa.

- Colocación del paciente en decúbito supino (bocarriba).

1. Colocar almohadas bajo las piernas dejando los talones sin contacto con la cama y otra bajo los brazos manteniéndolos paralelos al cuerpo.
2. Mantener los pies en ángulo recto con un cojín entre las plantas y los pies de la cama (evitar equino).

22 Guía para personas cuidadoras

- Colocación del paciente en decúbito prono.

1. Esta posición consiste en poner al paciente boca abajo pero no se suele utilizar mucho porque puede producir problemas respiratorios.
2. Girar al paciente sobre sí mismo hasta que quede boca abajo, poner almohada en cabeza y bajo el abdomen.
3. Colocar almohada bajo piernas poniendo los pies en ángulo recto.
4. Flexionar los brazos.
5. Procurar dejar libres dedos de los pies, rodillas, genitales y mamas.

- Colocación del paciente en decúbito sentado.

1. El sillón debe ser adecuado, cómodo, con respaldo poco inclinado.
2. El paciente que se encuentra en una silla debe tener apoyados los pies en ángulo recto, almohadas en región cervical, lumbar y bajo las piernas.
3. Mantener posición de la espalda erguida.



Decúbito lateral



Decúbito supino



Decúbito prono



Decúbito sentado

Prevención de úlceras por presión

En pacientes que permanecen mucho tiempo inmobilizados es importante tener en cuenta la prevención de úlceras por presión, para ello deben realizarse una serie de instrucciones como siguen a continuación:

- Cambios posturales cada 2-3 horas.
- Realizar movilización-ejercicio.
- Examen diario de la piel.
- Higiene de la piel.
- Evitar arrastres en la cama o sillón, no friccionando la piel sobre la ropa de cama.
- Uso de dispositivos de alivio de presión.

Dispositivos que alivian la presión

- Colchón de agua.
- Colchón de aire.
- Colchón de espuma de poliuretano.
- Badana.

Material de ayuda en la alineación corporal

- Almohadas.
- Rollo para las manos.
- Almohada de abducción.
- Protector de talones.
- Rollo trocantéreo.
- Estribo ajustable.
- Almohada para decúbito prono.
- Cojín para contractura de dedos.
- Protector del pie.
- Protector de codos.
- Férula para el brazo.

4.NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

4.1.CONCEPTOS GENERALES

Alimentación: Ingestión de alimentos de nuestro entorno, que conforman nuestra dieta. Está condicionada por factores múltiples (sociales, culturales, económicos, religiosos, etc.)

Nutrición: Conjunto de procesos y transformaciones por los cuales el organismo recibe, transforma, utiliza y excreta los nutrientes contenidos en los alimentos con tres finalidades principales: suministro de energía, construcción y reparación de estructuras orgánicas y regulación de los procesos metabólicos.

4.2.CUALIDADES NUTRITIVAS Y ENERGÉTICAS DE LOS ALIMENTOS

• Los glúcidos o hidratos de carbono

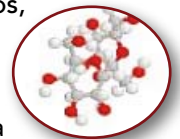
Constituyen la mayor fuente de energía en la alimentación humana. Se encuentran mayoritariamente en los vegetales, aunque también los hay en el reino animal. Son compuestos orgánicos formados por Carbono, Hidrógeno y Oxígeno, cuya fórmula general es: $[C(H_2O)]_n$ en la que "n" varía entre tres y muchos miles. El nombre de glúcidos y glícidos deriva del griego, aludiendo al carácter dulce de los mismos.

Son un magnífico sustrato energético ya que en su forma de glucosa puede ser utilizado por todas las células, de hecho, las células cerebrales, normalmente, la utilizan en exclusiva. Se clasifican en:

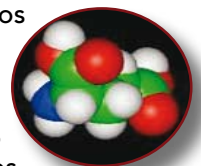
Monosacáridos: Son aquellos que no pueden desdoblarse por hidrólisis. Desde un punto de vista nutricional son interesantes las Hexosas (6C): Glucosa, Galactosa y Fructosa.



Oligosacáridos: Son la unión de dos a diez moléculas de monosacáridos, de ellos desde un punto de vista nutricional los más interesantes son los formados por dos moléculas de glucosa y son: La sacarosa o azúcar común formado por una molécula de glucosa y una de fructosa, la lactosa, formado por una molécula de glucosa y otra de galactosa y la maltosa formada por dos moléculas de glucosa.



Polisacáridos: Contienen de diez a varios miles de monosacáridos. De los más importantes tenemos, el almidón que es la gran reserva glucídica de los vegetales, cereales, tubérculos y legumbres, y que para poder ser hidrolizados, es necesario someterlos a cocción. El glucógeno que es la reserva glucídica del animal, principalmente almacenado en hígado y músculos, y por último las fibras que no pueden ser hidrolizadas por los enzimas digestivos.



Fibras: Se define como "fibra alimentaria" la suma de la lignina y los polisacáridos que no son hidrolizados por las enzimas endógenas del tracto digestivo humano. Aunque sí sufren un proceso de fermentación



a nivel colónico formando entre otros ácidos grasos de cadena corta, de importancia a nivel nutricional.

Su función es esencialmente energética, proporcionando 4 Kcal. por gramo. Funcionan principalmente en forma de glucosa, siendo indispensable para los tejidos nerviosos, indispensable para la contracción muscular y es la fuente de energía del cerebro. Por otro lado impiden la utilización de las proteínas como fuente energética.

Ingesta recomendada:

Las recomendaciones glucídicas óptimas se estiman en un 50 a 60% de la energía total de la dieta. Por ejemplo, si se hace una alimentación de 2000 Kcal. día, sobre 1200 Kcal. deberían ser en forma de Hidratos de Carbono, lo que representa unos 300 grs. de glúcidos.

Fuentes alimentarias:

Prácticamente todos los alimentos vegetales contienen glúcidos, fructosa en las frutas y la miel y almidón en los cereales, legumbres y patatas.

• **Lípidos o grasas**

Las grasas son sustancias de composición química variable, que tienen la particularidad de ser insolubles en el agua y solubles en disolventes orgánicos, como el éter. Están formadas, casi exclusivamente de C, H, y O aunque este último en proporciones pequeñas. Son nutrientes básicamente energéticos.

Desde el punto de vista de la alimentación, y el almacenamiento de energía en forma de grasa en el organismo, los lípidos más importantes son: Triglicéridos, fosfolípidos y colesterol.

Triglicéridos: Las grasas que ingerimos con los alimentos, así como las que almacenamos en forma de reserva en el tejido adiposo, están formadas por triglicéridos. Son grasas complejas formadas por una molécula de tres ácidos grasos con el glicerol.

- Los TG son nuestra reserva energética. Tienen la estructura más adecuada para almacenar energía por el poco volumen que ocupan, ya que no necesitan agua para almacenarse. Además son el principio inmediato que más calorías nos proporcionan: 9 Kcal. por gr. Y su ingesta, dentro de una alimentación equilibrada, no debería sobrepasar el 30-35 % del total de la ingesta calórica.
- El tejido adiposo mantiene los órganos en posición correcta.
- Ejercen función termorregulador.
- Nos protegen de posibles traumatismos.
- Son vehículo de vitaminas liposolubles (A,D,E,K).
- Cuando es necesario son precursores de fosfolípidos y colesterol.
- Nos proporcionan palatabilidad y sensación de saciedad tardía.

Ácidos grasos: Un ácido graso es una molécula orgánica formada por una larga cadena hidrocarbonada, de número par de átomos de carbono, en cuyo extremo hay un grupo

26 Guía para personas cuidadoras

carboxilo. En general (aunque a veces no), podemos escribir un ácido graso genérico como R-COOH, en donde R es la cadena hidrocarbonatada que identifica al ácido en particular. Los Ácidos grasos más abundantes tienen una longitud de cadena que oscila entre 4 y 22 carbonos, siendo los más abundantes los de 16 a 18 carbonos. Forman y caracterizan a los triglicéridos.

Clasificación de los Ácidos grasos

SEGÚN LA LONGITUD DE LA CADENA	SEGÚN EL TIPO DE ENLACE
Cadena corta: 4 a 6 átomos de carbono	Saturados: No tienen enlaces dobles
Cadena media: 8 a 10 átomos de carbono	Monoinsaturados: Un enlace doble
Cadena larga: Más de 12 átomos de carbono	Poliinsaturados Dos o más enlaces dobles

Fuentes Alimentarias:

Grasas de origen animal: A base de grasas de origen bovino o porcino.

Grasas de origen vegetal: Aceites de semillas (oliva o girasol).

• Las Proteínas

Las proteínas son las moléculas más complejas, diversas y de mayor tamaño que existen en las células. Se encuentran formadas básicamente por carbono, oxígeno, hidrógeno y un 16% de nitrógeno. Son polímeros constituidos por unidades denominadas aminoácidos unidas entre sí mediante enlaces peptídicos.

Concepto de aminoácido: Estos son moléculas que contienen un grupo amino (NH) y un grupo carboxílico (-COOH) en el mismo carbono.

- **Aminoácidos esenciales:** No pueden ser sintetizados por nuestro organismo en cantidad suficiente para cubrir las necesidades mínimas y deben ser aportados por la dieta.

Los aminoácidos esenciales son: Leucina, Isoleucina, Valina; Triptófano, Fenilalanina, Metionina; Treonina, Lisina y en edades infantiles la Histidina.

- **Calidad de las proteínas:** La calidad de una proteína hace referencia a la capacidad para aportar nitrógeno y aminoácidos (fundamentalmente esenciales) al organismo.
Hay varias formas de medir esta calidad.
- **Valor biológico:**
 - Fracción de nitrógeno absorbido que es retenido por el organismo.
 - Una proteína tiene mayor valor biológico, o es de alta calidad, cuando tiene mayor capacidad de aportar nitrógeno al organismo.

- **Digestibilidad:**
 - Proporción de nitrógeno absorbido del total ingerido.
- **Utilización proteica neta:**
 - Proporción de nitrógeno absorbido que queda retenido en el organismo.
- **Aminoácido limitante:**
 - Las proteínas de alta calidad contienen en su estructura todos los aminoácidos esenciales, en cantidades suficientes para cubrir los requerimientos básicos.
 - Cuando una proteína es deficitaria en uno de ellos pierde calidad.

Funciones de las Proteínas:

1. Función plástica: Las proteínas constituyen el 80% del peso seco de las células.
2. Función de control genético: Definen las características genéticas.
3. Función inmunitaria: Los anticuerpos que intervienen en los fenómenos inmunitarios son proteínas.
4. Función biorreguladora: Las enzimas y algunas hormonas son de naturaleza proteica.

Ingesta recomendada

No es fácil determinar las necesidades diarias de proteínas, porque sus carencias no se manifiestan tan pronto. En general se considera que su necesidad es de 0.8 gr/Kg. Peso/Día.

Fuentes alimentarias

Principalmente las proteínas de alto valor biológico se encuentran en carnes, pescados, huevos y lácteos. Por otro lado las de bajo valor biológico se encuentran principalmente, en las legumbres y el arroz.

• **Vitaminas**

Compuestos orgánicos de estructura química heterogénea y relativamente simples. Se encuentran en los alimentos naturales en concentraciones muy pequeñas. Son esenciales para mantener el funcionamiento de importantes procesos vitales. No pueden ser sintetizados por el organismo.

Vitaminas liposolubles: Asociadas a las grasas de la dieta. Se almacenan en el tejido adiposo. Por esta capacidad de depósito, no se requiere una ingesta diaria y cuando hay un exceso pueden resultar tóxicas.

- Vitamina A
- Vitamina D
- Vitamina E
- Vitamina K

Hidrosolubles: Se absorben con facilidad. Se distribuyen por los líquidos extra e intracelular y se eliminan por la orina. Se requiere una ingesta prácticamente diaria, ya que no se almacenan. Su toxicidad es escasa.

28 Guía para personas cuidadoras

- Vitamina B1. Vitamina B2. Vitamina B3. Vitamina B5. Vitamina B6. Vitamina B12.
- Ácido fólico.
- Biotina.
- Vitamina C o ácido ascórbico.

Función: Agente antioxidante, eliminador de radicales libres en el metabolismo celular. Actúa como coenzima en la síntesis del colágeno y de la sustancia intercelular cementante de los capilares sanguíneos. No se ha comprobado que a altas dosis sea capaz de combatir los síntomas del catarro común.

Fuentes: cítricos, hortalizas y leche de vaca.

Requerimientos: 60 mg/día en adultos y 20-60 mg/día en ancianos.

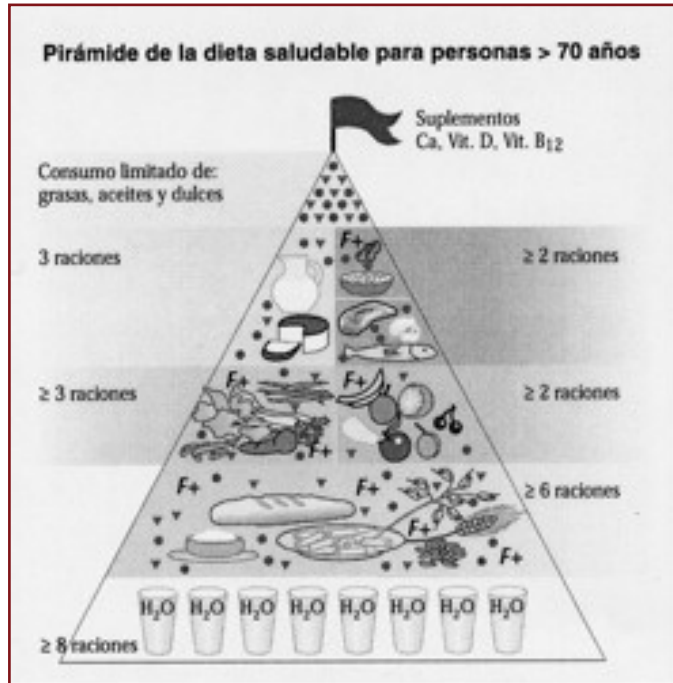
• **Minerales**

Son los componentes inorgánicos de la alimentación y son necesarios para la síntesis de tejidos, de hormonas y para el funcionamiento de la mayor parte de las reacciones químicas en las que intervienen los enzimas. Suponen un 4-5% del peso corporal total.

Función:

- Tienen importantes funciones reguladoras: Forman parte de enzimas y otras proteínas que intervienen en el metabolismo.
- Función plástica al formar parte de la estructura de muchos tejidos: Son constituyentes de huesos y dientes (calcio, fósforo y magnesio).
- Controlan la composición de los líquidos extracelulares (sodio, cloro) e intracelulares (potasio, magnesio y fósforo).
- El Calcio es el mineral más abundante del organismo. Forma parte de huesos y dientes, que acumulan el 99% de la cantidad corporal total (unos 1.150 gramos). Los requerimientos a partir de 50 años son de 1.200 mg/día.

4.3.NECESIDADES ENERGÉTICAS Y NUTRICIONALES EN LOS ANCIANOS



La nutrición de las personas de edad avanzada presenta una serie de peculiaridades que están condicionadas por cambios fisiológicos, físicos y patológicos que conforman paulatinamente los procesos de envejecimiento desde la edad adulta hasta la senectud.

- **Ingestas energéticas recomendadas**

Las recomendaciones FAO/OMS proponen las siguientes ecuaciones de regresión para el cálculo del TMB (Tasa metabólica basal) en las personas mayores de 60 años:

$$\text{Hombres} = 13.5 \times \text{Peso en Kg} + 487$$

$$\text{Mujeres} = 10.5 \times \text{Peso en Kg} + 596$$

Para el cálculo del **gasto energético** total se utilizan unos coeficientes en función del grado de actividad física habitual. En población anciana, el estándar usual para actividad ligera se obtiene multiplicando el TMB por 1.7. Como pauta general se aconseja dietas de 2100 kcal/día para varones ancianos y de 1750 kcal/día para mujeres.

30 Guía para personas cuidadoras

Ingestas recomendadas de proteínas

Aunque existen controversias, parece recomendable que la ingesta proteica de las personas mayores se mantenga en los mismos niveles que en los individuos jóvenes, 0.8 g/kg/día. Aunque algunos autores recomienden 1 gr/Kg/día. El 60% de los aportes debe proceder de origen animal y el 40% de origen vegetal.

Ingestas recomendadas de Lípidos

Los aportes no deberán superar el 35% del total energético, distribuyéndose el 7% como saturadas, el 8% como poliinsaturadas y el resto como monoinsaturadas.

Ingestas recomendadas de Hidratos de Carbono

La ingesta deberá aportar el 55 – 60% de la energía consumida. El aporte de Hidratos de Carbono simples debe limitarse al mínimo imprescindible para mejorar la aceptación de otros alimentos, contribuyendo a mejorar su palatabilidad.

El Agua

La deshidratación es la causa más frecuente de alteración de los líquidos y los electrolitos en los ancianos. Ello se ve favorecido por una disminución de la sensación de sed, por una menor ingesta de líquidos junto con la tendencia de los riñones envejecidos a retener menor cantidad de agua.

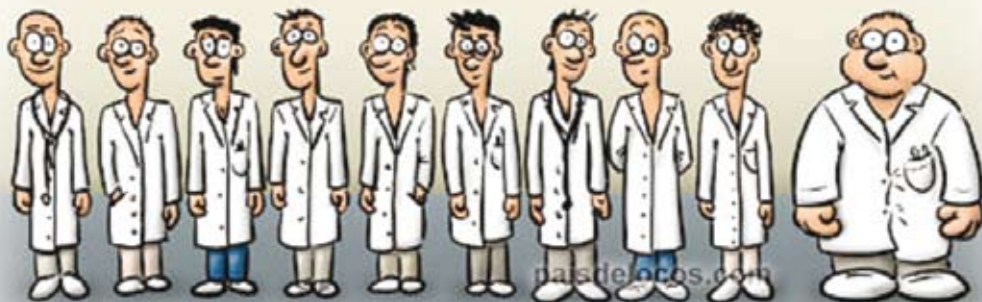
Las recomendaciones suelen estar entre 20-45 ml/kg de peso corporal.

GUIA DIETÉTICA

- **Carnes:** Carnes magras 3-4 veces semana. Albóndigas, filetes rusos, croquetas.
- **Pescados:** 3-4 veces semana. Vapor, cocidos o plancha. Adicionar limón y hierbas aromáticas.
- **Huevos:** Disminuir el consumo de yemas. 2-3 huevos enteros semana. Cocidos, al plato, en tortilla.
- **Lácteos:** Tres o más raciones día.
- **Legumbres:** 2 – 3 veces semana: En forma de purés. 25% de verdura añadida.
- **Cereales y patatas:** Cereales, pan, arroz, pasta, patatas, deben constituir la base de la alimentación del anciano.
- **Verduras y hortalizas:** Menos verduras diarias cocidas (¿Puré?) Verduras crudas. Ensalada.
- **Frutas:** 3 o más raciones día. Compota, zumo, asada, cocida, macedonia.

- **Aceites:** Aceite de oliva virgen. Evitar frituras. Los alimentos fritos dejar sobre papel absorbente.
- **Dulces y bollería:** Excepcional. Elaboración casera.
- **Bebidas alcohólicas:** Muy moderada. 1-2 vasitos día.
- **Sal:** Moderar su consumo.

**Nueve de cada diez
especialistas en nutrición
recomiendan la comida
baja en calorías**



5. INCONTINENCIA FECAL Y URINARIA

5.1. INCONTINENCIAL FECAL

Definición: *La Incontinencia Fecal es la pérdida de la capacidad de controlar voluntariamente la liberación del contenido fecal o gas y es un síntoma de gran trascendencia social que puede incapacitar a la persona que lo padece.*

Tiene importantes implicaciones médicas, sociales y económicas que causan una reducción significativa de la calidad de vida. Los síntomas pueden variar desde pequeños escapes de gases hasta una completa falta de control con pérdida involuntaria de heces. Cuando los síntomas son leves o escasos suelen compensarse modificando el estilo de vida: disminuyendo las salidas al exterior, procurando tener cerca un aseo, limitando ciertas comidas... Unas veces de forma inconsciente y, otras, por vergüenza a consultarlo, estas situaciones pueden llevar a un aislamiento personal y social con importantes repercusiones psicológicas para quienes las padecen.

La Incontinencia Fecal representa uno de los síndromes geriátricos que repercute más en la calidad de vida del anciano y que más sobrecarga al cuidador, con gran impacto no solo físico (úlceras por presión, infecciones de orina), sino también económico (derivadas del gasto que genera el alto consumo de absorbentes y cuidados socio-sanitarios adicionales) y psicosocial (ocasionando un deterioro progresivo en las relaciones personales y sociales de las personas).

Se ha descrito como la segunda causa de institucionalización en ancianos (sobre todo si está asociada a incontinencia urinaria).

5.1.1. Prevalencia

No se puede saber con exactitud ya que existe una tendencia a ocultar el problema. Si nos remitimos a estudios realizados podemos conocer que la incontinencia fecal afecta entre el 1 y 10% de la población adulta (7% en edad laboral). En la población geriátrica la incontinencia fecal afecta a un 50% de las personas.

Aunque es una alteración que también afecta a los hombres, la incontinencia fecal está extendida hasta en 8 veces más en las mujeres, sobre todo, en aquellas multíparas o con partos vaginales que han precisado de instrumental o han sido intervenidas de histerectomía (extracción del útero).

5.1.2. Etiología

Las causas de la Incontinencia Fecal las podemos clasificar dependiendo de sí el mecanismo del esfínter anal es normal, o si por el contrario presenta alguna anomalía.

TABLA 1: CAUSAS DE INCONTINENCIA FECAL

DEBILIDAD ESFINTER ANAL:	Trauma obstétrico, procedimientos quirúrgicos (hemorroidectomía, fistulotomía, esfinterotomía), esclerodermia.
NEUROPATIA:	Diabetes mellitus, desordenes neurológicos, trauma obstétrico.
ANORMALIDADES ANATOMICAS:	Fístula, prolapso rectal, síndrome del periné descendente.
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS:	Colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, colitis por radiación.
ENFERMEDADES DEL SNC:	Demencia, accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, lesiones en la médula espinal.
DIARREA:	Síndrome de intestino irritable, diarrea postcolecistectomía.

5.1.3. Actuaciones ante la Incontinencia Fecal

Tratamiento conservador:

- **Medidas higiénicas:**

Las personas que sufren de Incontinencia Fecal corren un mayor riesgo de sufrir irritación, ulceración e infecciones cutáneas. La zona perineal debe lavarse con agua y jabón suave, enjuagarse y secarse con palmaditas suaves. Mantener la piel hidratada y adecuada ingesta de agua.

- **Medidas dietéticas:**

Se debe eliminar el consumo de alcohol y de cafeína, pues pueden causar diarrea y, por lo tanto, incontinencia en algunas personas. Además, hay personas que no pueden digerir la lactosa, un azúcar que se encuentra en la mayoría de los productos lácteos, por lo que desarrollan diarrea intensa al consumir este tipo de alimentos. Se ha demostrado que ciertos aditivos alimenticios, como la nuez moscada y el sorbitol, ocasionan diarrea en personas susceptibles.

Agregando volumen a la dieta, se le puede dar más consistencia a las heces y disminuir su cantidad. Ciertos alimentos, como el arroz, el plátano, el yogur y los quesos ayudan a darle más consistencia a las heces. De igual manera, un aumento del consumo de fibra (30 gramos diarios) proveniente de granos integrales y del salvado puede ayudar a agregar volumen a la dieta. Asimismo, los productos como el Metamucil o Plantabén también pueden utilizarse para dar volumen a las heces.

La alimentación con fórmula por medio de sonda suele causar diarrea e incontinencia intestinal, en cuyo caso se debe consultar con un médico o un dietista. Es posible que haya que modificar la frecuencia de la alimentación o agregar agentes formadores de masa a la fórmula.

- **Fármacos:**

Los más utilizados son la loperamida (fortasec) y la codeína. Estos fármacos actúan inhibiendo el tránsito intestinal o la secreción intestinal o como absorbentes de agua, incrementando la masa fecal y estimulando los reflejos fecales.

34 Guía para personas cuidadoras

• Biofeedback o reeducación anal:

Se realiza en la consulta de coloproctología de HUVA y es indolora e incruenta. El Biofeedback no es más que un modo de asegurar la correcta realización de los ejercicios de Kegel. Con ello se intenta rehabilitar el músculo activamente con el reaprendizaje del mecanismo de continencia.

Por medio de un dispositivo electrónico el paciente puede ver en que momento contrae la musculatura perineal y cuando no lo hace, permitiendo potenciar selectivamente la musculatura en cuestión.

El sistema de retroalimentación recoge la información de un proceso fisiológico que habitualmente sucede de forma inconsciente en el individuo. Esta señal es amplificada y devuelta en forma de señal visual y puede ser de esta forma captada por el paciente. Se instruye al paciente para que altere la señal, incrementándola o disminuyéndola si es preciso.

La persona realiza en su domicilio los ejercicios aprendidos. Precisa de monitorización periódica de los resultados. Estos son satisfactorios en un 70% de los que pueden comprender órdenes y con algún grado de sensación rectal, aunque la mejoría es transitoria.

Consejos prácticos generales para el paciente:

- Tomarse el tiempo suficiente para explicar al paciente en que consiste el tratamiento, haciéndole comprender el objetivo del mismo, sus fases y beneficios que deseamos obtener (mejoría total o parcial, mejorar la calidad de vida, preparación para la cirugía o retraso de la misma, etc.).
- Nunca deberemos considerar la reeducación como un tratamiento que excluya otras posibilidades.
- Será fundamental mantener el interés de los pacientes durante el tratamiento y fomentar una buena relación entre la enfermera y el paciente.
- Eliminar los sentimientos de vergüenza.
- Controlar la ansiedad.
- Toma de conciencia.
- Integración del suelo pélvico en el esquema corporal.
- Reforzar los éxitos conseguidos en la recuperación.
- Deportes considerados de alto riesgo para el suelo pélvico: gimnasia, aeróbic, atletismo, baloncesto..
- Deportes considerados de menor riesgo: natación, ciclismo, golf.

5.1.4. Dispositivos empleados en la incontinencia fecal

Pañales

- El empleo de pañales puede evitar que la cama y la ropa se mojen, aunque estos sistemas tienden a mantener el material fecal en contacto permanente con la piel.
- El tiempo, la humedad y las sustancias cáusticas de las heces debilitan la piel facilitando su deterioro y haciéndola más susceptible a infecciones y a la aparición de lesiones cutáneas.

- Por este motivo hay que mantener la piel limpia, seca y bien hidratada.
- También hay que considerar la interacción del uso de cremas protectoras junto con los pañales. Las cremas o aceites hidratantes quedan absorbidas por la celulosa del sistema de incontinencia, saturándola, dejando la piel sin la protección adecuada y anulando la capacidad de absorción de una zona en concreto.

Obturador anal

- Es un dispositivo para el control de la incontinencia fecal. Puede ser utilizado en todos los casos donde se busque el control de la evacuación intestinal (niños con espina bífida, senilidad, demencia, en úlceras por presión en sacro..).
- Es una barrera eficaz contra la salida involuntaria de heces y permite el paso de gases.
- Durante 12 horas seguidas puede permanecer puesto.
- Evita el mal olor de las heces y no se nota, especialmente importante para usar bañador.
- Su colocación es similar a la de un tampón femenino, y una vez dentro se expande.
- Mantiene limpias las zonas perianal y genital.

Colectores fecales

- Constan de una bolsa drenable acoplada a una estructura adhesiva denominada oblea, la cual tiene un corte hueco en el centro que se ajusta al orificio anal.
- Si estos dispositivos se colocan de una manera adecuada permanecen en su lugar durante 24 horas. Si las heces se han filtrado es necesario retirar la bolsa, ya que las heces líquidas son cáusticas para la piel y pueden ocasionar irritación de la piel. Si se han filtrado, se recomienda siempre limpiar la piel y utilizar una nueva bolsa.
- El dispositivo de recolección se debe colocar sobre la piel seca y limpia.
- El médico puede prescribir un protector cutáneo, el cual se aplica en la piel antes de colocar el dispositivo. También se puede utilizar un protector cutáneo en pasta para llenar los pliegues de los glúteos y así evitar que las heces líquidas se filtren en esta área.
- Se separan los glúteos dejando el ano expuesto. Es recomendable que alguien ayude a la persona afectada a sostener las caderas mientras que otra le coloca la oblea y la bolsa. La oblea se debe adherir a la piel de manera que no queden pliegues ni aberturas por donde se puedan filtrar las heces líquidas.
- Puede ser necesario cortar el vello perianal para que la oblea se adhiera mejor a la piel.

5.2. INCONTINENCIA URINARIA

Definición: La incontinencia se define como la pérdida involuntaria de la orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y de tal magnitud que constituye a la persona que lo sufre un problema higiénico, social y psíquico y una importante limitación de su actividad laboral, educacional, familiar e individual.

Las razones por las que se produce la Incontinencia Urinaria son:

- La uretra pierde su capacidad de cierre durante el llenado de la vejiga, siendo incompetente para evitar el escape de la orina.
- La vejiga se contrae y vacía la orina.
- Se produce un mal funcionamiento combinado de la vejiga y de la uretra.

5.2.1. Clasificación

La Incontinencia Urinaria puede clasificarse desde el punto de vista clínico en:

- **Incontinencia de Esfuerzo**

Se define como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra asociada a cualquier actividad física o de movimiento. La tos, estornudo, risa, el deporte y en ocasiones el solo hecho de ponerse de pie, agacharse, coger algo o llevar peso son causas desencadenantes de este tipo de incontinencia.

El escape de la orina puede oscilar desde unas gotas a un chorro, dependiendo del grado de alteración y de la intensidad del esfuerzo.

- **Incontinencia de Urgencia**

Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte y repentino deseo de orinar. La vejiga que tiene este tipo de comportamiento se denomina vejiga inestable.

La urgencia se desencadena con facilidad a partir de cierto volumen de llenado y por una serie de estímulos y circunstancias como son: el cambio postural, el ruido del agua al correr de un grifo, el contacto con el agua, el ambiente fresco... La vejiga inestable es una de las causas más frecuentes de incontinencia urinaria, dándose en una cuarta parte de las mujeres incontinentes. En los varones suele acompañar al síndrome prostático.

- **Incontinencia Mixta**

Es la combinación de la incontinencia de urgencia y de la de esfuerzo, experimentándose síntomas de los dos tipos de incontinencia urinaria anteriores.

- **Enuresis**

Es la micción funcionalmente normal y completa, que ocurre inconsciente e involuntariamente durante el sueño de forma reiterada o repetida, a una edad a la que se tenía que haber alcanzado el control esfinteriano.

- **Incontinencia por Rebosamiento**

Es la pérdida de orina asociada a una vejiga que se encuentra muy distendida, con imposibilidad de vaciamiento y con el consiguiente goteo. Se debe a una disminución de la contractilidad del detrusor como ocurre en las vejigas neurógenas.

- **Incontinencia Total**

Es la pérdida constante de orina como consecuencia del fallo completo de los esfínteres. Puede ser debida a anomalías congénitas (uréter ectópico) a causas yatrogénicas (fístulas vesicovaginales, ureterovaginales), o por traumatismos de uretra posterior.

5.2.2. Sondaje Vesical

Se basa en la introducción de una sonda flexible por la uretra hasta llegar a la vejiga para permitir la salida de orina de forma continua.

Tipos de Sondas Vesicales

El tipo de sonda vesical va a depender del problema por el cual el paciente requiera ser portador de la misma. Así se utilizará:

- **Sondas con balón de retención**

Son aquellas que poseen dos canales, uno de mayor diámetro para evacuar la orina de la vejiga y otro más pequeño, que sirve para hinchar con 10 cm. de suero fisiológico, un pequeño globo situado a 2-3 cm. del extremo que queda dentro de la vejiga, de esta forma la sonda queda fijada al cuello vesical e impide su salida.

- **Sondas sin balón de retención (rectas o curvas)**

Son sondas que tienen una sola luz o canal. Están realizadas en PVC (cloruro de polivinilo), y se emplean para facilitar la evacuación de la orina en caso de retención de orina, tomar una muestra de orina (cultivo o citología), Introducir medicamentos, conocer el volumen de orina residual o realización de cateterismo vesical intermitente.

5.2.3. Sondaje Vesical Intermitente

Es importante comprender y valorar las razones por las que es necesario realizar el **autosondaje: aportar soluciones a las alteraciones de aparato urinario**. Esto evitará complicaciones y mejorará la calidad de vida de las personas no solo desde el punto de vista orgánico, sino también una mejor integración escolar, familiar, social y laboral.

38 Guía para personas cuidadoras

El sondaje vesical intermitente es hoy en día el método más difundido y seguro de vaciamiento vesical en personas que no pueden orinar voluntariamente o que retienen la orina de forma parcial. En cualquiera de estas situaciones que pueden ser temporales o definitivas, la técnica de sondaje vesical intermitente es la elección para realizar la micción por ser sencilla de aprender, fácil de realizar y por evitar la aparición de complicaciones.

Conocer la anatomía y como funciona el aparato urinario ayuda a realizar el autosondaje.

Preguntas Frecuentes sobre el Sondaje Vesical Intermitente

1. **¿Cuál es la posición más idónea para realizar el sondaje vesical?**

La que resulte más cómoda para realizarlo, cualquiera es válida, aunque se recomienda que sea en el inodoro, por medidas de higiene. En otras ocasiones, es conveniente que se recoja la orina en un recipiente graduado para medirla y poder hacer el diario miccional.

2. **¿Qué sonda utilizar?**

Debe utilizar la que se adapte en diámetro y longitud a su uretra. Después de probar distintos calibres de sondas podrá elegir la que le resulte más cómoda para la realización del sondaje.

3. **¿Cuántos sondajes debe realizar?**

Depende de cada persona, del líquido ingerido, de si toma alguna medicación, etc. La pauta la prescribe el médico. Los primeros días se precisa un sondaje cada 3 o 4 horas, pasando a realizarse tres sondajes al día, haciéndolo coincidir siempre con una micción (por la mañana al levantarse, a mediodía y por la noche antes de acostarse).

4. **¿Qué hacer si no puede introducirse la sonda?**

Es mejor esperar unos minutos y relajarse antes de intentarlo de nuevo. Si no se consigue es mejor contactar con el médico o enfermero para que le asesoren.

5. **¿Hay algún síntoma en el que deba fijarse?**

Sí. Si la orina es oscura o tiene olor diferente, si tiene fiebre o siente escozor al orinar o al sondarse, deberá contactar con su médico o enfermero que le indicará lo que debe hacer.

6. **¿Qué hacer si detecta sangre al sondarse?**

Es probable que se deba a una pequeña irritación y desaparezca en unos días. Si no es así debe acudir a su médico o enfermero.

7. **¿Cómo conseguir las sondas?**

En su farmacia habitual, con una receta de su médico en la que aparezca el calibre de la sonda, la referencia y el Código Nacional que aparecen en la Guía de Sondaje Vesical Intermitente. (Es un producto financiado por el Sistema Nacional de Salud).

Dispositivos Empleados en las Incontinencias Urinarias

- Pañales y empapadores de distintos tamaños para ancianos y niños.

- **Alarmas de Enuresis:** alertan de la humedad en el mismo instante en que se produce la incontinencia. Son de pequeño tamaño y se obtienen resultados positivos en poco tiempo.
- **Pesarios:** son dispositivos de plástico que encajan dentro de la vagina y que se emplean en las incontinencias urinarias de esfuerzo para sujetar la vejiga, vagina, útero o recto. Normalmente se realizan varias pruebas antes de seleccionar el correcto para cada paciente.
- **Absorbentes femeninos:** es una solución discreta para aquellas mujeres que tiene pequeñas pérdidas de orina. Además proporciona seguridad por contener dispositivos que impiden el desarrollo de las bacterias responsables del olor.
- **Absorbentes masculinos:** es un sistema para el control de la incontinencia masculina por goteo. Es una solución simple, discreta (se puede utilizar con la ropa habitual), eficaz y sin olores. Se mantiene en la posición correcta mediante la tira adhesiva que se adhiere en la ropa interior. El material absorbente retiene la orina y la gelifica, manteniendo la piel seca. Tiene una capacidad de absorción de 80 ml. sin riesgo de fuga.
- **Colectores de orina:** se emplean en la incontinencia urinaria por goteo masculina. Es una funda elástica que se desliza por el pene. Su extremo distal presenta un orificio al que se le conecta una bolsa de recogida de orina. Su extremo proximal queda fijado a la base del pene mediante una tira circular adhesiva o bien el propio colector lleva una zona autoadhesiva en todo su diámetro.
- **Sondas autocateterismo:** de distinto tamaño y calibre, para poder ser utilizadas por niños, adolescentes, mujeres y hombres.



CAPITULO II

ASPECTOS PSICOSOCIALES

Se ha comprobado que el cuidado de una persona dependiente, familiar o no, repercute en la salud de la persona que presta esta ayuda debido a la gran carga física y psíquica que conlleva esta actividad; llegando a una pérdida de la salud física y con muchas ocasiones a la depresión.

Cuatro de cada diez cuidadores refieren tener problemas en las relaciones familiares, sociales, en el uso del tiempo libre e incluso en la vida laboral. Todo ello aboca con frecuencia al aislamiento social.

Cuidador: es aquella persona de la familia o no, que asume primariamente la responsabilidad para abastecer acciones de soporte que asiste o ayuda a otra persona o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, buscando una mejora en la condición humana o estilo de vida.

Cuidador Principal: es aquella persona que suele tener el mayor peso en la responsabilidad de los cuidados de la persona dependiente.



1. EL PAPEL DEL CUIDADOR PRINCIPAL

La figura del Cuidador Principal asume diversas responsabilidades con respecto a la persona dependiente que además suelen provocar efectos no deseados en su vida y su persona.

- Contrae un gran carga física y psíquica.
- Se responsabiliza de la vida del enfermo: Medicación, higiene, cuidados, alimentación, etc.
- Va perdiendo paulatinamente su independencia porque el enfermo cada vez le absorbe más.
- Se desatiende a sí misma: No toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto de vida.

1.1. PROBLEMAS Y SOLUCIONES

Los aspectos arriba citados pueden causar importantes trastornos psicológicos en el Cuidador Principal, que se detectan cuando alguno de los síntomas siguientes se agudizan:

- Agresividad constante contra los demás porque siguen su vida.
- Gran tensión contra los cuidadores auxiliares porque "todo lo hacen mal".
- Aislamiento progresivo y tendencia a encerrarse en uno mismo.
- Depresión, cansancio, ansiedad.

Toda esta situación obliga al Cuidador Principal a tomar mayor tiempo de ocio, cubriendo esas horas con ayuda de la familia o la de una asistenta domiciliaria.

Pero en gran parte de los casos el Cuidador Principal, además de salir y ponerse en contacto con otras personas que están en su misma situación, requiere asistencia médica para aliviar su depresión y angustia. Los cuidadores auxiliares, familiares y amigos deben procurar que el Cuidador Principal acuda a la consulta del médico para tratar de su estado físico y psíquico.

1.2. CONSEJOS AL CUIDADOR

- Adquirir INFORMACIÓN sobre los cuidados a impartir al paciente, para ello siempre puede consultar con su médico y/o su enfermera.
- La familia debe PLANIFICAR el futuro del enfermo y el de la propia familia.
- Preocuparse de uno mismo.

1.3. QUE HACER CON LOS PROPIOS SENTIMIENTOS

Aunque cada persona, cada enfermo y cada familia son diferentes, se exponen a continuación algunas de las perturbaciones del carácter que pueden afectar al cuidador principal.

Tristeza. No puede vivirse como un sentimiento único o prioritario.

Preocupación. No hay que dejar de vivir el presente por pensar en el futuro.

Soledad. Es vital no sentirse solo.

Irritabilidad. Porque está cansado de hacerse cargo del enfermo.

Culpabilidad. Debe asumirlos como inevitables y tratar de mejorar.

Depresión. Sin otra alternativa se enferma de depresión. Es decir, cuando estos sentimientos que causan infelicidad no se mitigan, o se equilibran con otras vivencias positivas: amor, cariño, ilusiones, etc., causan depresión en el cuidador. En el caso de depresiones leves su estado de ánimo mejorará tomándose unas vacaciones.

1.4. LAS SIETE ACTITUDES POSITIVAS DEL CUIDADOR

1. Descanse cada día lo suficiente.
2. Evite el alcohol para animarse
3. Conserve su propia salud.
4. No se aisle. A pesar de todo, continúe quedando con los buenos amigos que le queden, acuda a reuniones sociales.
5. Procure mantener alguna de las actividades que siempre le han divertido: ir al cine, pasear, tocar el piano, pintar, etc.
6. La risa, el amor y la alegría son fundamentales para su bienestar y para su vida con el enfermo.
7. Procúrese un tiempo semanal para Vd. Busque a un familiar, asistente etc., que cuide del enfermo unas horas a la semana para que Vd. pueda salir y relajarse.

1.5. PREPARACIÓN A LA RELAJACIÓN

Dentro de la práctica clínica actual sigue utilizándose la relajación de una forma bastante amplia; bien como un tratamiento en sí misma, bien como tratamiento complementario con otras técnicas.

Las investigaciones han demostrado la eficacia de los procedimientos de la relajación (incluyendo la relajación muscular progresiva, la meditación, la hipnosis y el entrenamiento autógeno) en el tratamiento de muchos problemas relacionados con la tensión.

El lugar para realizar la relajación

Se evitarán en la medida de lo posible los estímulos auditivos y visuales (poco ruido y poca luz) y el lugar tendrá la temperatura adecuada (moderada).

La posición

Para el entrenamiento autógeno podemos utilizar tres tipos de posiciones:

- 1- Tendido sobre una cama o un diván con los brazos y las piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo.
- 2- Un sillón cómodo y con brazos; en este caso es conveniente que utilicemos apoyos para la nuca y los pies.
- 3- Sentados en un taburete o banqueta sin respaldo; en esta modalidad utilizaremos una posición descrita por Schultz y que él llama "la posición del cochero": Se caracteriza por el hecho de descansar la persona, sentada, el peso de la mitad superior de su cuerpo sobre la región dorsolumbar relajada.

La ropa

No lleve prendas demasiado ajustadas que puedan interferir en el proceso de entrenamiento. Es importante quitarse las gafas, lentes de contacto, zapatos, etc.

La respiración

Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés.

Unos hábitos correctos de respiración son muy importantes porque aportan al organismo el suficiente oxígeno para nuestro cerebro.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de estrés.

Ejercicios sobre la respiración.

Ejercicio 1: Inspiración abdominal

El objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. Para lo cual se debe colocar una mano en el vientre y otra encima del estómago. En el ejercicio debe percibir movimiento al respirar en la mano situada en el vientre, pero no en la situada sobre el estómago.

44 Guía para personas cuidadoras

Al principio puede parecer difícil, pero es una técnica que se controla en unos 15-20 minutos.

Ejercicio 2: Inspiración abdominal y ventral

El objetivo es aprender a dirigir el aire inspirado a la zona inferior y media de los pulmones. Es igual al ejercicio anterior, sin embargo una vez llenado la parte inferior se debe llenar también la zona media. Se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la del vientre.

Ejercicio 3: Inspiración abdominal, ventral y costal

El objetivo de este ejercicio es lograr una inspiración completa. La persona, colocada en la postura del ejercicio anterior debe llenar primero de aire la zona del abdomen, después el estómago y por último el pecho.

Ejercicio 4: Espiración

Este ejercicio es continuación del 3º, se deben realizar los mismo pasos y después, al espirar, se deben cerrar los labios de forma que al salir del aire se produzca un breve resoplido. La espiración debe ser pausada y controlada.

Ejercicio 5: Ritmo inspiración - espiración

Este ejercicio es similar al anterior pero ahora la inspiración se hace de forma continua, enlazando los tres pasos (abdomen, estomago y pecho). La espiración se hace parecido a la del ejercicio anterior, pero se debe procurar hacerla cada vez más silenciosa.

Ejercicio 6: Sobregeneralización

Aquí se deberán ir utilizando estos ejercicios en situaciones cotidianas (sentados, de pie, caminando, trabajando, etc.). Hay que ir practicando en las diferentes situaciones.

1.6. RELAJACIÓN

Las principales técnicas de relajación tienen su origen con la Relajación Progresiva de JACOBSON en 1929 y la Relajación Autógena de SCHULTZ en 1932. Nosotros consideramos esta última más interesante para el cuidador porque se la puede auto-instruir fácilmente.

LA RELAJACIÓN AUTÓGENA DE SCHULTZ

Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación.

- 1) Sensación de pesadez y calor en las extremidades.
- 2) Regulación de los latidos cardiacos.
- 3) Sensación de tranquilidad.
- 4) Concentración pasiva en la respiración.

En esta técnica se centra la atención en las extremidades para calentarlas y en el abdomen para favorecer la respiración. Debe practicarse varias veces al día, al principio le ayuda un terapeuta pero el cuidador debe interiorizarlo y practicarlo solo.

- 1) Relajación de la musculatura voluntaria. Se realiza mediante la fórmula "mi brazo está pesado" que se repite 6 veces verbal o mentalmente, después se continúa con toda la musculatura corporal esquelética o voluntaria.
- 2) Relajación de la musculatura vascular. La fórmula que se utiliza es "mi brazo está caliente" que también se repite seis veces y se continúa por toda la musculatura esquelética.
- 3) Regulación del ritmo cardíaco. Se coloca la mano derecha a la altura del corazón y se utiliza la fórmula "mi corazón está tranquilo", también se repite seis veces.
- 4) Regulación de la respiración. Se utiliza la fórmula "mi respiración es suave y tranquila" y se repite seis veces.
- 5) Regulación de los órganos abdominales. Se ha de concentrar la mente en la boca del estómago, utilizando la fórmula "mi abdomen está caliente" repetida seis veces.
- 6) Regulación de la temperatura de la región cefálica. La fórmula es "mi frente está agradablemente fresca" repetida seis veces.

Estos ejercicios deben realizarse dos o tres veces al día durante unos 15 días, siempre pasando de un ejercicio al otro cuando el anterior esté perfectamente dominado. El inconveniente de este método es el tiempo que se necesita para llegar a realizarlos todos ellos en un solo ejercicio, que puede variar entre 3 y 6 meses dependiendo de la persona.



2. RECURSOS SOCIOSANITARIOS

Concepto de Dependencia: El Consejo de Europa ha dado la siguiente definición de Dependencia “estado en la que se encuentra la persona que por razones ligadas a la falta de autonomía física psíquica o intelectual, tiene necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar las actividades de la vida diaria”.

2.1. IMPORTANCIA DE LAS REDES INFORMALES DE APOYO

El Papel esencial de la familia en la atención

El incremento cuantitativo de las situaciones de dependencia motivado por el envejecimiento de la población y por el incremento de morbilidad coincide en el tiempo con importantes cambios en el modelo de familia y con la incorporación de la mujer al mundo laboral.

A pesar de ello la gran mayoría de personas dependientes son atendidos en su domicilio. En buena parte de los casos, se debe a una opción personal de la familia, en otros la causa es la dificultad de acceder a una atención extradoméstica (por falta de plazas de carácter público o por el elevado precio de coste en una plaza privada).

El cuidado de la persona por sus familiares presenta ventajas frente a las instituciones; el trato es más individualizado, mayor conocimiento de sus intereses y aficiones, mejor comprensión en los déficits de atención, facilidad de contacto con familiares y amistades, y evitación de sentimientos de culpa ante la institucionalización.

La figura del Cuidador Principal

En la actualidad siguen siendo las familias las que en su mayor parte están asumiendo el cuidado de las personas dependientes. Esta función recae casi exclusivamente en las mujeres del núcleo familiar: esposas, madres, hijas o hermanas. Un cuidador es alguien cuya vida queda restringida por la atención que presta a otra persona que es incapaz de manejarse por sí sola.

La mayoría de esos cuidados suelen recaer sobre un miembro concreto de la familia quien los presta por amor, por exigencia moral o, inclusive, por presiones externas. Las familias como responsables del cuidado y supervisión en el domicilio, suelen manifestar, entre otras cosas, agotamiento físico y mental, sentimiento de soledad.

A veces el desconocimiento de la enfermedad y la dependencia que provoca, hace que las familias se estructuren alrededor del síntoma y adquieran pautas de comportamiento y relaciones disfuncionales que gira alrededor de un mismo eje: la atención a la persona con dependencia.

Sin embargo, para muchos cuidadores es realmente difícil aceptar que ellos también necesitan ayuda. Dedican toda su energía a los cuidados del enfermo, olvidando que para cumplir con las tareas de cuidador hay que estar en buena forma física y psíquica.

Importancia de la formación

La intervención temprana dirigida a la formación y la información sobre la dependencia, los recursos de apoyo y las técnicas de actuación permiten que la familia mantenga al enfermo lo más autónomo posible durante más tiempo (lo cual repercute directamente en el bienestar del entorno social inmediato). Con ello mejora la calidad de vida del sistema familiar y se actúa de manera positiva sobre la actitud del cuidador.

La familia se hace cargo sin disponer de técnicas para que la persona sea atendida en el domicilio, ni mecanismos para el cuidador que impidan su deterioro y apela a su iniciativa de hacer frente a las necesidades de reorganización.

La formación repercute directamente en los siguientes aspectos:

- Mejorar la calidad de vida de los enfermos.
- Mejor adaptación a la situación de los cuidadores.
- Los profesionales tienen más estrategias para afrontar los cuidados.
- Aminora el estrés derivado de los cuidados tanto en el ámbito familiar como profesional.
- Se da una mejor calidad asistencial a nivel sociosanitario.
- La importancia de la formación y de la información tiene una vertiente preventiva.

Por un lado, ofrece información sobre el proceso en el que se encuentra la persona y herramientas adecuadas para afrontar la situación y por otro implica a la familia como agente de salud, ofreciéndole un rol activo en el proceso.

El cuidado de una persona dependiente supone la adquisición de unos conocimientos y habilidades que no están disponibles en el campo de la experiencia de lo cotidiano y que a la familia le cuesta adquirir por sí misma.

La realidad actual es que los cuidadores no son informados sobre los tipos de ayuda psicológica, económica, sobre recursos sociales, consejos legales que pueden solicitar a su Ayuntamiento, asociaciones de familiares u otras instituciones.

Las asociaciones

La práctica de aconsejar a los familiares los colectivos de afectados (grupos de ayuda mutua) no está muy generalizada en nuestro país. Se desconoce su funcionamiento y los beneficios que conlleva la incorporación a una de éstas entidades.

Estas asociaciones están dentro de lo que se denomina el tercer sector y llevan a cabo proyectos que desde las Instituciones Públicas no se han podido asumir tanto en el área social como en el área sanitaria.

Las asociaciones de familiares son grupos de ayuda mutua (G.A.M.) que se caracterizan por el apoyo mutuo de los miembros que las componen.

48 Guía para personas cuidadoras

Pueden definirse como Entidades sin ánimo de lucro formadas por familiares de enfermos de una misma patología que ofrecen apoyo emocional, acompañamiento, recursos de información, asesoramiento y soporte familiar.

Los G.A.M. son recursos valiosos para ser aprovechados desde los equipos de atención primaria de salud, pues ofrecen la posibilidad de disponer de una atención legal y complementaria a la profesional, que puede ayudar al paciente y a su familia a superar la situación de aislamiento que le acompaña frecuentemente y garantiza una información útil para responder a las necesidades específicas de su vida cotidiana.

La figura del trabajador social

La aparición de un trabajador social como profesional, interviniendo en un proceso de salud se vincula casi siempre a la escasez de recursos económicos o a situaciones conflictivas en el entorno del enfermo. Sin embargo, la dependencia es agresiva con el medio, con independencia de los recursos económicos de que se disponga.

Función del trabajador social: Como hemos apuntado, la persona está integrada en una red de relaciones que ahora deben cambiar para ajustarse a la nueva situación. Una verdadera atención integral deberá tener en cuenta el conjunto de las relaciones entre los elementos y sus cualidades. La intervención de un trabajador social, permite un verdadero enfoque integral de las situaciones de dependencia.

El trabajador social realiza una evaluación social y familiar de la persona con dependencia para contribuir en el diseño del plan de intervención. En esta evaluación sociofamiliar se contemplan aspectos estructurales de la familia, la distribución de roles, las relaciones previas, la situación económica, el entorno geográfico y equipamientos, la percepción sociofamiliar de la situación, el funcionamiento social y familiar de la persona con dependencia, los hábitos, el grado de estabilidad del entorno, el impacto en las expectativas de vida de los cuidadores, etc. La posición relativa de los factores que inciden en la situación y su peso en el conjunto varían en cada caso y en cada momento para una misma situación.

El trabajador social conoce la situación desde el principio del proceso y colabora en la evaluación y el "tratamiento" global de la persona con dependencia y de su sistema familiar, por lo cual su aportación tiene un contenido terapéutico y una finalidad tanto preventiva como asistencial. Interviene en el "tratamiento integral" para que el sistema familiar busque su equilibrio y su reajuste; es decir, acompaña a la familia en la búsqueda de soluciones, a fin de hacer frente a las necesidades objetivas y subjetivas que la situación va planteando (no es el profesional el que decide los requerimientos a los que hay que dar salida, sino que la respuesta adecuada a estos lo debe encontrar la propia familia, con un adecuado apoyo profesional que sirva de orientación). Dichas necesidades dependerán por un lado del propio proceso de la enfermedad, y por otro de cómo se estructure y funcione la familia. Por lo tanto, de igual manera que no existe un patrón de enfermedad, tampoco hay un modelo de actuación.

La finalidad del trabajo social es facilitar el crecimiento y el cambio adaptativo ante las nuevas situaciones que desestabilizan y repercuten negativamente en el sistema

familiar; pero también va encaminado a la prevención del desequilibrio y el desajuste de la familia, en cuestiones de orientación y decisión que reclaman un asesoramiento técnico. Se trata, en definitiva de ayudar a sujetos y familiares para que desarrollen en mayor grado su autonomía, merceda por condicionamientos externos e internos o por la interrelación de ambos.

Plan de intervención sociofamiliar

La heterogeneidad del funcionamiento de los grupos sociofamiliares no permite protocolizar un plan de intervención único aplicable en todas las situaciones. Debe ser personalizado y adecuado a las **necesidades de cada grupo domestico**.

Como ya hemos apuntado, el objetivo de la evaluación social inicial es recabar información básica para determinar cual es el plan más adecuado según la situación actual. Por otro lado, los seguimientos periódicos permiten revisar la adecuación del plan, detectar los cambios y modificar la estrategia para responder a una nueva realidad.

La intervención familiar va orientada a que sus miembros puedan prever, planificar y adaptarse a los cambios de una manera ordenada y evitar las situaciones límite que comportan además de frecuentes demandas y respuestas "límite" o de urgencia que tienen difícil reconducción.

En líneas generales, la finalidad de la intervención del trabajador social en el entorno sociofamiliar de la persona con dependencia puede resumirse en:

- a) Informar sobre la enfermedad de manera objetiva, personalizada y clarificadora, atendiendo a las preguntas o dificultades que surgen en la atención diaria a la persona con dependencia.
- b) Formar en la atención a la dependencia, ofreciendo entrenamientos centrados en las habilidades concretas y específicas para enfrentarse con competencia a las dificultades cognitivas, emocionales, comportamentales y sociales que pueden aparecer durante el proceso.
- c) Potenciar los recursos internos del sistema familiar, alertando sobre la reorganización de roles y la remodelación de hábitos, a fin de evitar en la medida de lo posible, la figura de un único cuidador.

2.2. SERVICIOS SOCIALES. RECURSOS

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas, el artículo 14 de la Carta Social Europea y el artículo 50 de la Constitución Española, ya en nuestra realidad más próxima, hablan de los servicios sociales y de su contribución al bienestar y al desarrollo de las personas.

Actualmente, los servicios sociales se articulan en niveles de atención, servicios sociales básicos y servicios sociales especializados. En la atención a las personas mayores

dependientes, la atención domiciliaria (SAD) y los servicios de teleasistencia (SAT) se consideran servicios básicos. Mientras que Centros de Día y Residencias tienen la consideración de servicios sociales especializados.

El derecho a los servicios sociales es un derecho subjetivo y su desarrollo corresponde a las leyes de cada autonomía.

Cuando hablamos de recursos sociales hacemos referencia a los medios humanos, materiales, técnicos, financieros e institucionales de los que una sociedad se dota a sí misma para cubrir las necesidades de sus individuos, grupos y comunidades. Y tienen, la finalidad de procurar el bienestar social de todos sus ciudadanos. La condición viene dada porque su carácter es social no particular.

Los **recursos sociales** se formalizan en:

- 1) **Servicios sociales:** son los medios que se ponen a disposición pública de la comunidad para su uso y beneficio.
 - a) **Recursos humanos:** Es el conjunto de la población potencialmente apta para la ejecución de un programa.
 - b) **Recursos materiales:** Constituyen la infraestructura y el equipamiento que se dota a una sociedad.
 - c) **Técnicos:** Es el conjunto de instrumentos tangibles y no tangibles.
- 2) **Prestaciones Sociales:** Son medios que se proporcionan a los individuos para su uso privado pero que cumple igualmente una función social (pensiones).

El objetivo principal es que la persona mayor que vive sola o bien la persona dependiente pueda permanecer en su medio en las mejores condiciones y el mayor tiempo posible. Permite al mismo tiempo facilitar apoyo a la familia cuidadora.

El calor del contexto familiar repercute favorablemente en el bienestar del enfermo.



Tipos de Recursos

1. Certificado de reconocimiento y calificación de minusvalía. Descuentos fiscales.
2. Teleasistencia.
3. Ayuda a domicilio.
4. Comida a domicilio.
5. Ayuda económica a personas mayores para su atención en el medio familiar.
6. PNC.
7. Apoyo fines de semana (respiro familiar).
8. Centro de estancias diurnas.
9. Residencias.
10. Hospital de Media Estancia.
11. Hospital de Agudos.

2.2.1. Calificaciones de minusvalía

- Se certifica el grado de minusvalía igual o mayor del 33% se obtiene descuentos fiscales.
- Se valora la necesidad de cuidados de tercera persona.
- Se valora la necesidad de transporte.

2.2.2. Teleasistencia domiciliaria

¿Qué es la teleasistencia?

Es un servicio que a través de la línea telefónica y un equipamiento de comunicaciones, permite que los usuarios, ante situaciones de emergencia y con sólo apretar un botón puedan recibir la asistencia que precisan.

Este recurso está dirigido tanto a personas mayores como a discapacitados o a enfermos que viven solos todo o gran parte del día.

Objetivos del servicio:

- Conexión permanente entre el usuario y la central de atención de alarmas.
- Apoyo inmediato.
- Servir de enlace entre el usuario y el entorno sociofamiliar.
- La actuación en el propio domicilio.
- Recordar al usuario la realización de actividades concretas.
- Seguimiento del usuario.

2.2.3. Servicio de ayuda a domicilio

Este servicio presta ayuda a las personas o a su familia en el domicilio cuando se hallan incapacitados para realizar las tareas más elementales de la vida cotidiana. Es un servicio individualizado que en cada caso se adopta a las características y necesidades del usuario.

Los servicios que prestan pueden resumirse en:

- Cuidados personales, ayudarle a vestirse, bañarse, tomar alimentos...
- Trabajos domésticos, hacer las camas, barrer, limpiar, lavar, plancha, hacer la comida...
- Ayudar a hacer la compra, efectuar gestiones, pasear...

2.2.4. Servicio de comida a domicilio

Llevan la comida al domicilio de lunes a viernes, y dejan comida para el fin de semana.

- Requisitos: Tener ayuda a domicilio o estar en lista de espera.

2.2.5. Ayuda económica a personas mayores para su atención en el medio familiar

- AMAF. Requisitos:
 - Ser mayor de 75 años.
 - El cuidador menor de 54 años.
 - El cónyuge no puede ser beneficiario.
 - Incompatible con recibir ayuda a domicilio.
- AEPM, ayuda a personas mayores pensionistas. Requisitos:
 - El beneficiario no puede ser familiar.
 - Necesita contrato de trabajo.
 - Incompatible con ayuda a domicilio.
 - Plazo de solicitud de enero a abril.
- APPD, ayuda periódica para personas con discapacidad. Requisitos:
 - Grado de minusvalía igual o superior al 75%.
 - Compatible con ayuda a domicilio.

2.2.6. Pensiones no contributivas

- PNC. Invalidez. Requisitos:
 - Tener 18 años o más.
 - Grado de minusvalía igual o superior al 65%.
 - Residir 5 años.
- PNC. Jubilación. Requisitos:
 - Tener 75 años o más.
 - Residir 10 años o más, 2 han de ser consecutivos a la fecha de solicitud.

Requisitos en ambas carecer de recursos económicos suficientes y revisiones anuales

2.2.7. Apoyo fines de semana

Requisitos:

- Que viva con la persona que la solicita.
- Persona dependiente.
 - Temporalidad 18 horas al mes.
 - Se pueden solicitar mínimo 3 horas y máximo 8 horas.
 - Cuando exista un solo cuidador.

¿En que consiste? Ofrece apoyo durante el fin de semana, a aquellas familias que se encuentran sobre cargadas por la atención continuada de una persona mayor dependiente. La familia será sustituida por un profesional cualificado.

2.2.8. Centros de Día

- Es un recurso de carácter socio sanitario, tiene una orientación terapéutica, presta atención a personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia y que precisan determinados niveles de cuidados.
- Permiten realizar un trabajo terapéutico con el enfermo y permiten establecer programas que vayan en el sentido de estimular las capacidades cognitivas y activar y conservar las capacidades de relación con los demás. Promueve la autonomía y la permanencia en su entorno habitual, sirven también de apoyo a la familia ya que comparte con una institución la responsabilidad de los cuidados hacia el enfermo y por tanto, puede descargarse durante unas horas de la atención de su familiar.
- Presta los servicios de: Transporte, alimentación, fisioterapia, terapia ocupacional, atención social, médica y psicológica. Todo esto en horario de 9:00 a 17:00 horas de lunes a viernes.

2.2.9. Residencias

- Son centros con equipamientos sustitutos del hogar que ofrecen atención socio-sanitaria e interprofesional a personas mayores con algún grado de dependencia en régimen de estancia temporal o permanente.
- Ofrece los servicios de: Alojamiento, atención médica, enfermería, psicología, rehabilitación, terapia ocupacional, podología y asistencia social. Tiene un carácter cultural y recreativo.

- Ingresos permanentes:
 - No se contempla fecha de finalización de la instancia.
 - Existen plazas subvencionadas en residencias privadas por las CCAA.
- Ingresos temporales:
 - Son estancias con una duración determinada (respiro familiar).
- Las residencias son un recurso alternativo que debiera utilizarse cuando otros recursos no pueden dar respuesta a la atención que precisa la persona.
- El ingreso en Residencia tiene que solicitarlo el interesado.

Todos los recursos que se solicitan en la **UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL** de la zona donde esté empadronada la persona interesada, que está sujeta a baremación.

Las necesidades varían de un individuo a otro de acuerdo a distintas circunstancias por las que atraviesan, es por ello que para satisfacer las necesidades hay que establecer criterios para su prestación.

A todos estos servicios se puede acceder con carácter privado.

2.2.10. Hospital de Media Estancia

Los cuidados de media estancia y subagudos son los prestados por un equipo multidisciplinar a tratar tras un ingreso agudo, uno o más problemas médicos complejos. Habitualmente en el contexto de una persona con problemas crónicos de larga duración que no necesita alta tecnología aunque sí atención médica, cuidados de enfermería y rehabilitación. Se puede ubicar en el mismo hospital de agudos o en centros sociosanitarios que reúnan características necesarias para ofrecer éstos servicios.

2.2.11. Hospital de Agudos

En la actualidad, una cuarta parte de las urgencias médicas atendidas corresponden a personas mayores de 75 años. Una tercera parte de éste colectivo precisará ingresar en el hospital tras su paso por la unidad de urgencias. Hay numerosos estudios que documentan la mayor dependencia tras el alta hospitalaria. En éste contexto la prevención y recuperación de la pérdida funcional debe realizarse ya durante la atención de la fase aguda de la enfermedad y esto justifica atender a los ancianos más frágiles en unidades especializadas.

Edita

Ministerio de Sanidad y Consumo
Fundación Ayúdate

Autores

Elisa Fernández García

Profesora de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Cartagena (Murcia) – Área de Ciencias de la Salud – Coordinadora de Enfermería del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud “Jesús Marín”. Molina de Segura (Murcia).

Rosa Murillo Murillo

Profesora Asociada Clínica de la Universidad de Murcia. Enfermera de la Unidad de Endoscopias. Documentalista. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar (Murcia).

José Antonio Jiménez Hernández

Enfermero. Documentalista. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar (Murcia).

José María Xandri Graupera

Profesor Asociado Académico de la Universidad de Murcia. Responsable de Enfermería Unidad Nutrición Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar (Murcia).

Rosa María Jiménez Fernández

Supervisora Unidad de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar (Murcia).

Isabel García Martínez

Enfermera Unidad de Coloproctología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar (Murcia).

Alba Serrano Maiquez

Enfermera. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar (Murcia).

Remedios Gómez Sánchez

Enfermera – Psicóloga. Coordinadora de Enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Murcia.

María Dolores Navarro Sánchez

Trabajadora Social. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar (Murcia).

Ilustraciones

Manuel Rodríguez Palma y Antonio Rodríguez Palma. Realizada para “Nociones básicas acerca de las úlceras por presión y su prevención. Guía para cuidadores de pacientes inmovilizados”.

