

# GUIA DE APOYO PARA CUIDADORES



**“PROYECTO EL CUIDADO DEL CUIDADOR”**

**RAPPS ( Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud).**



# INTRODUCCION

El cuidado de un familiar o de otra persona que depende de nuestra ayuda para satisfacer sus necesidades puede ser una de las experiencias más conmovedoras y satisfactorias. Puede hacer que en las innumerables tareas que implica descubramos en nosotros mismos cualidades, actitudes o talentos que de otra forma habrían pasado desapercibidas. Puede asimismo estrechar la relación con la persona que cuidamos o con otros familiares y conseguir que descubramos en ellos facetas interesantes que hasta entonces habían permanecido ocultas para nosotros. Una gran parte de los cuidadores, pese a posibles sinsabores, descubre la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares más próximos.

Pero también es cierto que puede ser una etapa de labor solitaria e ingrata. De hecho, en muchos casos, el cuidado de una persona se convierte en una suma de goces y padecimientos.

Por otra parte, habría que decir que cuidar es una situación que muchas personas acaban experimentando a lo largo de sus vidas y que la experiencia de cada cuidador es única, ya que son muchos los aspectos que hacen que esta experiencia difiera de cuidador a cuidador. Los cuidadores son aquellas personas que, por

diferentes motivos, dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo a permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándoles a adaptarse a sus limitaciones en: el aseo, la alimentación, la movilidad, etc.

Esta guía surgió de un grupo de profesionales del Hospital San José, que detectó la necesidad de formación de cuidadores para la atención de su familiar en situación de dependencia. Para su realización se entrevistó a cuidadores sobre los problemas y dificultades que se encuentran en su día a día. Está incluida dentro del Proyecto “El cuidado del cuidador” y dirigida a todos aquellos cuidadores que deseen conocer o necesiten más información sobre como hacer frente a su labor de cuidar.



## Cuidamos a personas generalmente dependientes, pero... **¿QUE ES LA DEPENDENCIA?**

La sociedad encuentra en el fenómeno de la dependencia uno de los mayores obstáculos para el disfrute de un buen nivel de calidad de vida en personas de edad avanzada, un serio problema para su entorno personal y un reto para las instituciones. Aunque no existe unanimidad sobre este concepto, puede afirmarse que por *dependencia se entiende la situación en la que una persona presenta limitaciones para realizar una o más actividades básicas de la vida diaria y requiere la ayuda de los demás (cuidadores: familiares, profesionales...)* para desenvolverse en la vida cotidiana. Es lógico pensar que la dependencia de las personas mayores se debe a un declive físico, más o menos esperable, debido a su avanzada edad. Es cierto que el deterioro físico aumenta con la edad y, con él, la cantidad de ayuda necesaria. Pero este problema no se puede achacar sólo al envejecimiento. Del mismo modo, en otras personas, el padecimiento de problemas crónicos de salud y el grado de incapacidad que producen generan un importante impacto sobre el funcionamiento del individuo en su vida diaria.

Es conveniente indicar el concepto de *dependencia* definido en el Libro Blanco del INSERSO. Elaborado por el Consejo de Europa en 1998, y que dice ser: *"...un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de*

*autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida y, de modo particular, los referentes al cuidado personal"*.

El concepto de dependencia se puede ampliar al ámbito social. Una persona se puede considerar socialmente dependiente cuando como consecuencia de limitaciones severas de Orden físico o mental requiere la ayuda de otra persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana.

El elemento esencial de estas formulaciones es que **la dependencia toma carácter definitivo.**

**Cuando se necesita de manera sistemática la ayuda de otra persona (cuidador).**



El listado de actividades más utilizado para la clasificación y medición del grado de dependencia se basa en cuestionarios que miden la necesidad o no de ayuda de una o más personas en las actividades básicas de la vida diaria y/o instrumentales:

- **Actividades básicas:** comer, control de esfínteres, andar, asearse, vestirse, bañarse.

- **Actividades instrumentales:** usar el teléfono, comprar, preparar la comida, tareas domésticas, utilizar transporte, tomar la medicación, administrar dinero, salir a la calle.

De acuerdo a las actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales) enumeradas previamente, la dependencia se clasifica en:

**Dependencia leve:** necesita ayuda en menos de 5 actividades instrumentales.

**Dependencia moderada:** necesita ayuda en una o dos actividades básicas o más de 5 actividades instrumentales.

**Dependencia grave:** necesita ayuda en tres o más actividades de la vida diaria.

Por consiguiente, puede decirse que una persona mayor es dependiente cuando presenta una pérdida más o menos importante de su autonomía funcional y necesita la ayuda de otras personas para poder desenvolverse en su vida diaria. Por lo general, las causas de la dependencia de una persona mayor son múltiples y varían de forma notable según los casos.

## EFFECTOS Y TIPO DE DEPENDENCIA

Las personas mayores dependientes tienen en común su necesidad de otras personas para responder a las demandas de la vida cotidiana. Estas personas ven disminuidas, en mayor o menor grado, su autonomía personal, esto es, su capacidad para realizar de forma independiente las actividades de la vida diaria. Las personas mayores dependientes se diferencian entre sí en función del grado de dependencia que presentan. Algunas necesitan ayudas mínimas, como por ejemplo, que les acompañen en algunos desplazamientos, mientras que otras requieren una atención amplia y constante, como es el caso de las que necesitan asistencia en su higiene personal o a las que es necesario darles de comer.

Debido a la importancia que tiene para toda persona mantener en su vida un grado adecuado de autonomía personal o, lo que es lo mismo, de control sobre las circunstancias de su vida cotidiana, queda claro que la pérdida de la capacidad para llevar a cabo las actividades habituales esenciales es una situación que afecta en gran medida al bienestar integral no solo de la persona sino también de quienes

la rodean, tanto por las implicaciones derivadas para ellos mismos como por lo traumático de la visión del declive de los seres queridos.

La dependencia acarrea, en esencia, dos consecuencias:

- Un estado “anormal” para la persona. La persona que ha vivido de forma autónoma durante toda su vida se halla ahora en una situación de dependencia que afecta de forma negativa al modo en que se ve y valora a sí misma, a su autoestima y a su bienestar.

- Las necesidades básicas de la persona deben ser satisfechas por su entorno más próximo, por lo general su familia, a menos que se planteen otras posibilidades (por ejemplo, ingreso en residencia, ayuda privada...). Esta labor de ayuda supone múltiples cambios a todos los niveles (sociales, emocionales, económicos, etc.).

Se distinguen **tres tipos de dependencia** con sus efectos correspondientes en el entorno familiar:

- **Dependencia física.** Puede sobrevenir bruscamente, de manera que el entorno familiar la percibe con toda claridad. Sin embargo, también puede aparecer de forma progresiva y lenta, por ejemplo, surgen algunas dificultades aisladas y paulatinas: pérdida de vista o de oído, dificultades para hacer algunos movimientos como salir de la bañera, abotonarse la camisa....la dependencia entonces es más difícil de medir y de percibir, tanto por el entorno familiar como por la persona afectada. Estas limitaciones acumuladas son con demasiada frecuencia achacadas a la edad, como si fueran algo inevitable. Esta percepción impide buscar soluciones médicas – rehabilitación, medicación, operaciones – que permitirían superarlas o mitigar sus efectos sobre la autonomía. La necesidad de ayuda o de cuidados físicos incide de forma básica en la familia. Es ella quien, por regla general, asume esa responsabilidad.

- **Dependencia psíquica o mental.** Sobreviene de forma progresiva. Se aprecia cuando la comunicación cotidiana va perdiendo sentido, coherencia y eficacia, y la conversación se hace casi imposible. Las personas afectadas comienzan a ser incapaces de expresar sus necesidades y de cuidarse a sí



mismas. Para las familias el primer paso consiste en admitir el cambio psíquico que se ha producido en el enfermo. Esto puede resultar incluso más doloroso que el desgarramiento que produce observar el deterioro de un ser querido. A los efectos que genera en la familia el esfuerzo por satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria de la persona dependiente se añaden en este caso los problemas conductuales, afectivos y morales derivados del cuidado del familiar con disfunciones mentales, relacionadas en su mayoría a la demencia. Estos efectos se plasman en la carga psicológica que genera la atención a estos pacientes y que debe soportar la familia.

- **Dependencia afectiva.** Puede estar provocada por un golpe emocional que implica cambios de comportamiento. Los despistes se multiplican y las demandas de compañía, también. Estos síntomas, a veces difíciles de descifrar, deben entenderse como llamadas de atención. Las personas mayores ven a menudo desaparecer a sus amigos. La ausencia más grave es la del cónyuge. La sensación de soledad que producen estas pérdidas viene acompañada por una legítima inquietud: “¿Cuándo me tocará a mí?”. Esta forma de dependencia se manifiesta en la necesidad de la persona mayor de estar siempre acompañada y alentada para relacionarse con los demás. Conviene recordar en este punto que la SOLEDAD es la enfermedad más grave de la persona mayor.

## SEÑALES DE ALARMA ANTE LA DEPENDENCIA

Frente a una situación de dependencia, se recomienda, ante todo, analizar con la mayor celeridad el estado de la persona. ¿La limitación física es definitiva o temporal?, ¿existe posibilidad de que mejore?, ¿hay riesgo de que se agrave? No está de más recordar que cuanto antes se detecte la dependencia, antes se puede revertir y que cuanto más tiempo pasa, menos posibilidades existen de recuperación. Así, ante caídas de repetición y el miedo para andar que producen, si no se rehabilita a la persona mayor de forma precoz y se elimina el temor a la caída y la falta de seguridad, quedará postrada en una silla y su paso será cada vez difícil e inestable. Por tanto, dejará de andar y se contentará con una vida de cama-sillón.

La primera persona a la que se debe acudir es al médico de atención primaria quien, sin duda, remitirá al paciente al especialista en Geriátrica. Éste, tras haber evaluado el grado de dependencia, podrá guiar al enfermo y a su familia en la búsqueda de la mejor solución, tanto si el problema es reversible como irreversible.

No obstante, es necesario que el familiar conozca las señales que alertan de este proceso. La principal medición consiste en comparar cómo era la persona mayor antes y cómo se encuentra ahora. Un listado útil para detectar los cambios y poder prevenir la dependencia sería el siguiente:

- **Reconocimiento:** ¿la persona llega a confundir, por ejemplo, a su hija con su madre?, ¿reconoce a los familiares con normalidad?

- **Orientación en tiempo y espacio:** ¿sabe cuáles son las estaciones del año y en cuál de ellas se encuentra?, ¿y con los distintos momentos del día?, ¿y con sus lugares habituales?

- **Aseo:** ¿hay que recordarle que tiene que asearse para que lo haga?, ¿puede asearse las partes de su cuerpo con la misma soltura que se lavaba previamente?, ¿se asea correctamente?

- **Vestido:** ¿hay que prepararle la ropa para que se vista de forma adecuada?, ¿puede abotonarse, ponerse los zapatos, las medias, los calcetines?

- **Alimentación:** ¿se sirve y come solo?, ¿puede cortar la carne, abrir un yogurt, pelar la fruta, llenarse un vaso de agua?

- **Control de esfínteres:** ¿es preciso obligarle a que vaya al retrete?, ¿tiene pérdidas de orina o de heces?, ¿estas pérdidas son involuntarias o por problemas de movilidad?

- **Movilidad:** ¿puede levantarse, sentarse, acostarse solo?, ¿puede desplazarse por la casa solo?, ¿necesita asirse a algún objeto para moverse?, ¿sube y baja escaleras?, ¿sale por propia iniciativa fuera de casa?, ¿no quiere salir a la calle?

- **Lenguaje:** ¿utiliza el teléfono, la tele alarma u otros medios de comunicación?, ¿pronuncia y construye las frases bien?, ¿cita a las cosas por su nombre?

Si aparecen algunas de estas señales de alarma, es conveniente acudir al médico de atención primaria o médico especialista en geriatría, ya que están mostrando alteraciones que pueden ser corregibles antes de que aparezca la dependencia o bien esta vaya a más.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, **¿cuales son las características comunes a las situaciones de cuidado de las personas mayores?:**

- Proporcionar esta ayuda es una buena forma de que los mayores sientan que sus necesidades

físicas, sociales y afectivas están resueltas.

- Implica una dedicación importante de tiempo y energía.
- Conlleva tareas que pueden no ser cómodas.
- Suele darse más de lo que se recibe.
- Es una actividad que, no se ha previsto y para la que no se ha sido previamente preparado.

Y por otra parte, ¿que actividades implica el cuidado de una persona mayor?:

Cuidar implica muchas y variadas actividades de prestación de ayuda. Aunque las áreas en las que se prestan cuidados y las tareas que implica dicha ayuda dependen de cada situación particular, muchas de las tareas habituales que implica la prestación de ayuda a una persona mayor dependiente son comunes a la mayoría de las situaciones de cuidado.

Tareas más frecuentes de los cuidadores podrían ser:

- Ayuda en las actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.).
- Ayuda para el transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañarle al médico).
- Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.
- Ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).
- Ayuda para la administración del dinero y los bienes.
- Supervisión en la toma de medicamentos.
- Colaboración en tareas de enfermería.
- Llamar por teléfono o visitar periódicamente a la persona que se cuida.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de manera agitada).
- Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
- Hacer muchas "pequeñas cosas" (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercarle la radio, etc.).

## MOTIVOS POR LOS QUE SE CUIDA A UNA PERSONA MAYOR

La mayoría de las personas que cuidan a sus familiares están de acuerdo en que se trata de un deber moral que no debe ser eludido y que existe una responsabilidad social y familiar, unas normas sociales que deben ser respetadas. Sin embargo, no es ésta la única razón que puede llevar a las personas a cuidar a sus familiares. Los cuidadores también señalan otros motivos para prestar cuidados:

- Por motivos altruistas, es decir, para mantener el bienestar de la persona cuidada, porque se entienden y comparten sus necesidades. El cuidador se pone en el lugar del otro y siente sus necesidades, intereses y emociones.
- Por reciprocidad, ya que antes la persona ahora cuidada les cuidó a ellos.
- Por la gratitud y estima que les muestra la persona cuidada.
- Por sentimientos de culpa del pasado: algunos cuidadores se toman el cuidado como una forma de redimirse, de superar sentimientos de culpa creados por situaciones del pasado: "En el pasado no me porté lo suficientemente bien con mi madre. Ahora debo hacer lo posible por ella".
- Para evitar la censura de la familia, amigos, conocidos y de la sociedad en general por prestar cuidados.
- Para obtener la aprobación social de la familia, conocidos y de la sociedad en general por prestar cuidados.

Todas las anteriores y otras más son razones para cuidar a un familiar. Parece lógico suponer que el mayor "peso" de una u otra razón influirá en la calidad, cantidad y tipo de ayuda que se proporcionará, así como en el grado de satisfacción con la experiencia de cuidado obtenido por el cuidador.



# PREPARÁNDOSE PARA CUIDAR

(preguntas y respuestas comunes en relación a la situación de cuidar)

## ¿CUÁNDO SE CONVIERTE UNO/A EN CUIDADOR?

En la mayoría de los casos, una persona no se convierte en cuidadora de un día para otro. Esto es así porque la mayor parte de las causas de dependencia de las personas mayores son trastornos o enfermedades que implican un deterioro progresivo, asociado a un también progresivo aumento de su necesidad de ayuda en las actividades de la vida cotidiana, esto es, de la dependencia.

El proceso de adquisición del papel o rol de cuidador, que será más o menos largo en función de múltiples factores, es de suma importancia ya que influye sustancialmente en la forma en que posteriormente se prestan los cuidados y en cómo se sienten los cuidadores.

Frecuentemente, en el inicio del cuidado, la persona que cuida aún no es plenamente consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidad del cuidado y tampoco de que probablemente se encuentra en una situación que puede mantenerse durante muchos años y que, posiblemente, implique un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía. Poco a poco sin apenas darse cuenta de

ello, la persona va integrando su nuevo papel de cuidador/a en su vida diaria.

## ¿CUÁLES PUEDEN SER ALGUNAS FORMAS EN QUE PUEDE COMENZAR EL CUIDADO?

- Tras una enfermedad aguda y una hospitalización que requiere un periodo de convalecencia.
- Tras un periodo de fragilidad física asociado a un envejecimiento biológico normal que, poco a poco, exige más ayuda.
- A causa de una enfermedad degenerativa de la que ya existían algunas evidencias.
- Una de las situaciones más comunes y difíciles comienza cuando la persona o personas mayores, que viven en su propio domicilio con niveles relativamente altos de independencia y autonomía funcional, se preocupan, al igual que sus familiares, por el hecho de vivir solos en sus condiciones de edad y fragilidad, así como por algunos sucesos puntuales (por ejemplo, una caída). Así, se plantea en el ámbito familiar si es conveniente que sigan viviendo solos o se trasladen cerca de los hijos o a la propia casa de éstos.

Las anteriores son situaciones comunes para las que las personas que asumen el cuidado

generalmente no han previsto todas las implicaciones que a medio y largo plazo van a tener.

Presumiblemente, se trata en todas ellas de un momento ideal para la intervención de profesionales que pueden analizar la situación con los familiares, sugerir alternativas y ayudarles a tomar decisiones y, en su caso, a planificar el cuidado de la persona mayor.

## **¿QUÉ PAPEL PUEDE JUGAR EL PROFESIONAL EN ESTE MOMENTO?**

El profesional debería hacer ver a la familia las ventajas e inconvenientes de cada solución, así como facilitar información sobre los servicios y recursos que pueden utilizar. Las mejores soluciones respecto al cuidado son siempre las que guardan el equilibrio entre el mantenimiento de la independencia funcional de las personas mayores y su seguridad.

## **¿SE PRODUCEN CAMBIOS EN LAS PERSONAS IMPLICADAS DURANTE EL TIEMPO QUE SE PROLONGA LA SITUACIÓN DE CUIDADO?**

Debido a que la situación de cuidado se prolonga durante un largo tiempo, las personas implicadas experimentan cambios en las distintas áreas de su vida. Estos cambios transforman los roles y responsabilidades que hasta ese momento habían tenido los miembros del núcleo familiar afectado. El proceso de "ajuste" a la nueva situación suele llevar asociadas tensiones y dificultades que harán necesario el empleo de adecuadas habilidades de afrontamiento tanto por parte de los cuidadores como de la persona mayor dependiente.

## **¿CUALES SON LAS FASES DE ADAPTACIÓN A LA SITUACIÓN DE CUIDADO?**

Apesar de que las circunstancias que rodean a cada situación de cuidado son distintas y que el proceso de "ajuste" a la nueva situación varía de un cuidador a otro, se pueden distinguir una serie de fases de adaptación al cuidado que son experimentadas por la mayoría de los cuidadores. No obstante, dada la gran variedad que existe entre las personas, es probable que estas fases no se produzcan en todos los casos.

### ***Fase 1: negación o falta de conciencia del problema***

En los primeros momentos del proceso de

enfrentarse a la enfermedad crónica de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades. Así, es común encontrarse con que la persona se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad (o varias) que le lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio.

Otra forma de negar el problema es evitar hablar del deterioro o incapacidad del familiar enfermo.

Este estadio es, normalmente temporal. Conforme el tiempo pasa y las dificultades de la persona enferma para mantener su autonomía funcional se hacen más evidentes, empieza a hacerse cada vez más difícil creer que el paciente está "simplemente distraído" o que se trata de una "enfermedad temporal".

### ***Fase 2: búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles***

A medida que la persona que proporciona los cuidados va aceptando la realidad de la situación de dependencia, empieza a darse cuenta de que la enfermedad de su familiar no sólo va a influir en la vida de éste, sino que también va a alterar profundamente su propia vida y la de las personas que le rodean.

En esta fase, los cuidadores suelen comenzar a buscar información para aprender lo máximo posible acerca del trastorno o trastornos que sufre su familiar y sobre sus posibles causas. Buscar información es, pues, una estrategia básica de afrontamiento.

En este momento son muy frecuentes entre los cuidadores los sentimientos de "malestar" por la injusticia que supone el que les haya "tocado" a ellos vivir esa situación. El enfado, o, en su versión más intensa, la ira, son respuestas humanas completamente normales en situaciones de pérdida de control de la propia vida y sus circunstancias.

Existen en la vida, desgraciadamente, algunos hechos negativos que son inevitables y que no se pueden cambiar, y son situaciones de este tipo las que típicamente afrontan los cuidadores de personas mayores.

A medida que aumenta la intensidad de la dependencia funcional del familiar enfermo, se incrementa la pérdida de control por parte de los cuidadores, con el consiguiente incremento en frecuencia e intensidad de sus sentimientos de ira, enfado y frustración.

Estos sentimientos son, en estos casos,



especialmente difíciles de manejar, debido a que los cuidadores no saben identificar bien cual es el objeto de su malestar: ¿su familiar mayor necesitado de ayuda, el profesional de la salud hacia el que se vuelve en busca de ayuda, los demás familiares que permanecen algo más alejados o menos implicados en la situación?. Las consecuencias más frecuentes de esta “cólera sin objeto” son los sentimientos de culpa.

Sobrellevar los sentimientos de ira y de culpa sin tener medios adecuados para expresarlos puede ser muy destructivo para la persona. Es aconsejable que la persona que cuida “tome conciencia” de estos sentimientos y pueda hablar de ellos de manera clara y sincera con alguna persona de su confianza.

### ***Fase 3: reorganización***

Conforme pasa el tiempo, los sentimientos de ira y enfado pueden continuar. Una relación esencial para la persona – una esposa, un padre o una madre- “se ha perdido”. Le vida ha perdido el sentido habitual hasta ese momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida.

Sin embargo, algo de control se va ganando en esta etapa. Contando ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse, la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación de cuidado. Este periodo de reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un patrón de vida más normal. La persona que proporciona los cuidados se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida.

### ***Fase 4: resolución***

Con ese aumento del control sobre su situación y el reconocimiento de que como cuidador/a será capaz de manejar y sobre llevar los cambios y desafíos que supone y supondrá la situación de cuidado, surge un nuevo periodo de adaptación que, desgraciadamente, no es alcanzado por todos los cuidadores. En este estadio del cuidado, los cuidadores son más capaces de manejar con éxito las demandas de la situación, siendo más diestros en la expresión de sus emociones, especialmente la tristeza y la pena.

En este punto, los cuidadores.....

- Aprenden a cuidar mejor de sí mismos
- Están más dispuestos a buscar la ayuda de otras

personas con experiencias similares

- Suelen hacerse, en esta fase, más independientes, dedicando más tiempo a realizar actividades recreativas y sociales
- Pueden buscar y encontrar otras fuentes de apoyo emocional, tales como reforzar las amistades o crear nuevos amigos

A pesar de que en esta fase las responsabilidades continúan aumentando en número e intensidad y la enfermedad del familiar continua su progresión, si la persona que cuida logra una buena adaptación, podrá estar más sereno que en los primeros momentos de la enfermedad. Este puede ser un buen momento para reflexionar a fondo acerca de recuerdos de la relación que mantuvo en el pasado con su familiar enfermo y comenzar a reconstruir una imagen de cómo era éste antes de que la enfermedad mostrase sus primeros signos, imagen que hará más confortable y significativa la labor de la persona que cuida. Suele ser también en esta fase cuando algunos cuidadores se enfrentan a una de las decisiones más difíciles en el cuidado de una persona mayor: el traslado a una residencia.

## **¿ES ÚTIL PLANIFICAR EL CUIDADO DE LA PERSONA MAYOR?**

En los primeros momentos de su vida como cuidadores, pocas personas están realmente preparadas para afrontar las responsabilidades y dificultades asociadas a la situación de cuidar a una persona mayor dependiente. Por esta razón, es recomendable que, si las circunstancias lo permiten, las personas que van a cuidar a un familiar mayor elaboren un plan de acción que les ayuden a tener claras las metas del cuidado y la forma en que van a llegar hasta ellas.

Hay muchos aspectos que los cuidadores deberían tener en cuenta en la planificación del cuidado con vistas a evitar posibles consecuencias negativas ( conflictos o situaciones difíciles) en el futuro próximo.

A continuación, se relacionan algunos de estos aspectos:

- División de responsabilidades
- Las relaciones sociales
- Las necesidades personales: evitar “ la pérdida de sí mismo”
- El lugar donde se cuida
- La situación laboral
- La economía
- La relación con los profesionales



## PEDIR AYUDA

Muchos cuidadores han comprobado a partir de su experiencia que pedir ayuda a familiares y amigos contribuye enormemente a hacer más agradable el cuidado y extraer más consecuencias positivas del mismo, ya que supone compartir con otras personas las responsabilidades y tensiones asociadas a la situación de cuidado. Pedir ayuda en la tarea del cuidado del familiar siempre es importante, aunque no siempre es fácil. La mayoría de los cuidadores que cuentan con la ayuda de los demás han tenido que “ganársela”, ¿Pero, cómo se gana la ayuda de los demás?

### **PEDIR AYUDA A FAMILIARES Y AMIGOS. PRIMER PASO: ¡¡PEDIRLA!!**

Los cuidadores no deben pretender hacer frente a las responsabilidades del cuidado ellos solos, pero tampoco han de suponer que toda la gente de su alrededor les ayuda de forma natural. Si un cuidador no pide ayuda, es probable que no la consiga.

Sin embargo, la mayoría de los cuidadores se encuentran con obstáculos que les dificultan la tarea de pedir ayuda. Entre esos “obstáculos” se encuentran, ocupando un lugar prominente, una serie de creencias o consideraciones que tienen los cuidadores hacia el hecho de pedir ayuda a

otras personas. Estas creencias o consideraciones constituyen las razones principales de que muchos cuidadores no pidan a otras personas la ayuda que necesitan.

#### ***¿Por qué muchos cuidadores no piden ayuda a sus familiares y amigos?***

- Porque consideran que es algo que debería salir de ellos: “¿Qué les pida ayuda?” *Yo no tengo que pedir nada.... Estaría bueno ¡Pero si es su obligación!*
- Porque no quieren implicar a nadie en el cuidado de su familiar: “Amigos tenemos, pero yo no pido un favor a nadie a no ser que sea por algo grave”.
- porque consideran, por distintas razones, que la responsabilidad de los cuidados principales debe ser exclusivamente suya. Los cuidadores que piensan así consideran que es natural que todo el peso del cuidado recaiga sobre ellos: “A mi hermano no le puedes pedir nada porque está casado y tiene seis hijos y su mujer también trabaja...”
- Porque consideran que las demás personas están muy ocupadas con sus propias vidas y no quieren molestarles o interferir en ellas.
- Porque consideran que es un signo de debilidad,

que ellos deberían poder enfrentar la situación por sí mismos.

- Porque en alguna ocasión lo intentaron y no obtuvieron buenos resultados.
- Porque piensan que nadie va a cuidar a su familiar también como ellos, es verdad que conocen bien a sus familiares y el tiempo que les han dedicado les ha enseñado a hacerlo cada día mejor. No hay que olvidar que hay profesionales cualificados que se dedican a diario a estos cuidados.

Sean cuales sean las dificultades que los cuidadores encuentran a la hora de pedir ayuda en la tarea de cuidar a su familiar dependiente, es **RECOMENDABLE** que, como primer paso para conseguir la ayuda, reflexionen sobre una serie de puntos importantes:

- Cuidar a un familiar mayor no es tarea para una persona sola.
- Es necesario para los cuidadores contar con la ayuda de personas con las que puedan compartir las responsabilidades del cuidado, pudiendo así tener momentos de respiro y también periodos de descanso más prolongado o vacaciones.
- Pedir ayuda no es un signo de debilidad: Es una excelente forma de cuidar de su familiar mayor y de sí mismos.
- La ayuda de los demás no siempre sale espontáneamente de éstos: en la mayoría de las ocasiones debe “ganarse”.

Puede ocurrir que algunos cuidadores hayan pedido ayuda a familiares y amigos sin obtener la respuesta deseada por parte de éstos. Esto puede suceder porque la ayuda no se haya pedido de forma adecuada: exigir la ayuda o pedirla con agresividad, como si fuera algo que “debe ser así” no son estrategias recomendables para conseguir el apoyo y la colaboración de familiares y amigos.

En algunas ocasiones, es posible que, a pesar de todos los esfuerzos que hagan los cuidadores para pedir ayuda, algunas personas de la familia sigan sin estar dispuestas a colaborar o directamente se nieguen a ello.

Aunque no es fácil mantener el ánimo en esas circunstancias, algo que puede ayudar a los cuidadores a aceptar esta situación y sentirse mejor es pensar que estas personas pueden tener sus razones para actuar así, aunque los cuidadores las

desconozcan.

### ***Algunas de estas razones pueden ser:***

- No son capaces de ver el problema en toda su magnitud e importancia.
- Se sienten culpables por no colaborar más y por ello tienden a escaparse o desentenderse de la situación

## **PEDIR AYUDA A SERVICIOS, INSTITUCIONES Y ASOCIACIONES:**

Aunque los familiares y amigos pueden proporcionar a los cuidadores una ayuda fundamental y muy valiosa, en ocasiones esto no es suficiente y resulta necesario otro tipo de soluciones, en concreto, recurrir a servicios, instituciones o asociaciones de ayuda para el cuidado de las personas mayores, gestión del acceso a los mismos, orientaciones sobre el cuidado de una persona mayor dependiente, etc

## **¿QUÉ PUEDEN HACER LOS CUIDADORES PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS Y RECURSOS QUE LA COMUNIDAD PONE A SU DISPOSICIÓN PARA APOYARLES EN EL CUIDADO DE SU FAMILIAR MAYOR?**

### ***Entrar en contacto con organizaciones y asociaciones***

Las asociaciones para familiares pueden ser de gran ayuda para los cuidadores. Existen en muchas ciudades y actúan como entidades de apoyo para las personas que cuidan a familiares, ofreciéndoles información sobre enfermedades y medicación, sugerencias prácticas sobre los problemas que plantea el cuidado, consejos acerca de cómo afrontar el estrés, apoyo emocional, etc. Los cuidadores pueden consultar a los trabajadores sociales del Hogar de la Tercera Edad más próximo a su casa para averiguar si existe alguna asociación en su ciudad.

### ***Informarse sobre cómo cuidar a las personas mayores:***

Cuando se les pregunta, algunos cuidadores afirman que es posible aprender algo más sobre cómo cuidar a su familiar, por ejemplo, asistiendo a grupos para familiares o sesiones informativas sobre el cuidado de las personas mayores dependientes.

También pueden consultar libros y guías en las que pueden encontrar orientaciones sobre cómo actuar ante determinados problemas que plantea el cuidado de personas mayores.

### **Consultar a profesionales:**

Médicos, psicólogos, trabajadores sociales, personal de enfermería, etc., son profesionales que pueden ayudar a los cuidadores a resolver situaciones difíciles. Por eso, es aconsejable recurrir a ellos cuando se detecten las “señales de alerta” que se comentaron anteriormente, o bien cuando la situación supera al cuidador o cuando éste no sabe cómo resolver un problema concreto. Es importante no esperar a que la situación sea desesperada para recurrir a un profesional, sino hacerlo antes de que esto llegue a ocurrir.

## **¿CÓMO PEDIR AYUDA PROFESIONAL?**

Es importante expresar lo más claramente posible, la ayuda que necesita a los profesionales o instituciones.

Si bien las orientaciones recogidas anteriormente en “Cómo pedir ayuda a familiares y amigos” son igualmente útiles en este punto, existen consejos sobre cómo pedir ayuda a los profesionales. Para conseguir la máxima eficacia en la solicitud de ayuda es conveniente ser capaz de transmitir claramente cuál es el problema o la necesidad que se tiene.

## **CONSEJOS DE COMO PLANTEAR EL PROBLEMA POR PARTE DE LOS CUIDADORES A PROFESIONALES**

### *a). Antes de la consulta con el/la profesional:*

- Se preparan antes de la consulta, pensando cómo van a explicar su problema de la forma más clara posible.
- Escriben, incluso, una lista de las preguntas que desean hacer durante la consulta para que no se les olvide nada de lo que quieren preguntar.
- Contestarse a estas preguntas: que quieren, por qué, para qué, cuándo lo quieren.

### *b). Durante la consulta:*

- Intentar explicar el problema o necesidad lo más claramente posible para que el profesional llegue

a entender por lo que está pasando y así poderle ayudar.

- Son conscientes en todo momento de que no están pidiendo un favor sino solicitando una información o atención a la que tienen derecho.

*c). Si el profesional no ha comprendido o no se hace eco de su necesidad:*

- Intentan explicárselo nuevamente, para conseguir que lo entienda.

## **¿QUÉ RECOMENDACIONES SE PUEDE HACER A LOS CUIDADORES?**

- Saber que el profesional está para escuchar y ayudarle.
- Tener siempre presente el derecho a ser atendidos con respeto.
- Si no se consigue el objetivo, preguntar a el/la profesional cómo ( en qué servicio y a través de que medios) se podría conseguir.
- Tener una actitud positiva y colaboradora con el profesional para facilitar la labor de ayuda.
- Agradecer siempre la ayuda y los intentos de ayudar por parte de los profesionales.
- Poner reclamaciones si no son atendidos correctamente.

## **¿QUÉ SERVICIO ELEGIR?**

Aquí las opciones son diversas. El servicio de ayuda idóneo al que acudir varía de una situación a otra, dependiendo de:

- Situación económica de cada uno.
- Del lugar de residencia.
- De las necesidades concretas que tenga el familiar dependiente o el cuidador.

A continuación se ofrece una relación de los distintos centros, asociaciones y profesionales que pueden proporcionar ayuda a los cuidadores, así como orientaciones sobre el tipo de ayuda que pueden encontrar el ellos.

## CENTROS

- Ayuntamientos y Juntas Municipales.
- Centros de Servicios Sociales De la Comunidad Autónoma.
- Centros para las Personas Mayores ( Hogares y Clubs)

En estos Centros se puede solicitar información sobre servicios y programas para Personas Mayores tales como:

- Ayuda a Domicilio.
- Estancias Temporales en Residencias  
O ingreso definitivo en Residencias.
- Centros de Día.
- Ayudas económicas, etc.

## ASOCIACIONES

- Asociaciones de Voluntariado y servicios de acompañamiento de Cruz Roja, Cáritas o Asociación Española contra el Cáncer.
- Asociaciones de Mayores o Familiares.
- Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer. Existen en casi todas las provincias.

En estas Asociaciones se puede solicitar todo tipo de apoyo e información sobre los servicios que existen para las personas mayores y familiares, así como la asignación de voluntarios que puedan ayudar a los cuidadores.

## PROFESIONALES

- Médicos del centro de Salud o Ambulatorio.
- Personal de Enfermería del Centro de Salud o Ambulatorio
- Personal de los Servicios Sociales.
- Servicios Médicos de Centros para Mayores.

Estos profesionales pueden ayudar a los cuidadores aconsejándoles acerca del cuidado y cómo resolver algunos de los problemas que pueden encontrarse.



## PONER LÍMITES AL CUIDADO

*Los cuidadores que cuidan de sí mismos ponen límites al cuidado.* En ocasiones, empiezan a poner límites cuando se dan cuenta de que estaban asumiendo una carga que es posible compartir con otros. Otras veces, comienzan a poner límites cuando la persona que está siendo cuidada demanda más cuidados y atención de los necesarios.

En estas situaciones se hace necesario poner límites. La manera más eficaz es decir **NO** de una forma adecuada, de manera que no haga sentirse mal a la persona que lo dice ni se ofenda a la otra persona.

### ¿CÓMO DETECTAR QUE ES NECESARIO PONER LÍMITES AL CUIDADO?

Cuando la persona que recibe los cuidados.....

- Culpa al cuidador por errores que éste comete de forma involuntaria.
- Finge síntomas para captar más atención.
- Hace reproches a los cuidadores cuando estos ponen límites razonables a sus peticiones.

- Culpa a otros de problemas causados por ellos.
- Rechaza ayudas que facilitarían las tareas de cuidado( silla de ruedas, etc).
- Empuja o golpea a los cuidadores.
- Origina un gasto económico injustificado a la familia (por ejemplo, en llamadas de teléfono).
- Se niega a gastar su dinero en servicios necesarios ( por ejemplo, contratar a una persona para que la cuide).
- Pide más ayuda de la necesaria.

...Entonces es necesario poner límites al cuidado. Saber decir NO a peticiones excesivas, pero razonables o no accesibles.



## **ACTITUD CORRECTA EN LA ATENCION A PERSONAS MAYORES**

Las personas mayores deben recibir cuidados de calidad, con el mismo apoyo que el resto de los individuos, sin discriminación por su edad. aunque en muchos casos no pueden recuperar totalmente su salud, siempre hay que tomar las medidas que garanticen su bienestar y comodidad.

Es preciso que el profesional o familiar conozca y comprenda los mecanismos de la persona mayor para enfrentarse a la situación de dependencia en la que con frecuencia se encuentra, y que domine sus sentimientos en lugar de tomar represalias o retraerse.

Cuando el cuidador de la persona mayor sienta desamparo y desesperanza debe compartirlo con otras personas que le puedan ayudar, para mantener de este modo su propio equilibrio.

El contacto con la persona mayor plantea siempre la transitoriedad de la vida, provoca sentimientos de angustia e impotencia que, una vez asumido, permite una relación enriquecedora.

### **RECOMENDACIONES ÚTILES EN LA VIDA DIARIA**

- Aceptar a la persona como es, sin prejuicios ni críticas.

- Actuar de forma serena y competente; dar un trato respetuoso, amable y humano, pero con cierta firmeza para evitar así actitudes de superprotección que fomentan la dependencia.

- No utilizar una jerga infantil para hablar( bonito, guapo...), es humillante y puede menoscabar la autoestima de la persona mayor, ya comprometida por su incapacidad y dependencia. No mostrar excesiva confianza con una persona desconocida por el hecho de que sea mayor y esté en una situación de indefensión.

- El profesional debe identificarse por su nombre y categoría, sobre todo ante mayores con visión disminuida, lo que dificulta el reconocimiento inmediato.

- Respetar la individualidad de las personas mayores. ya que no son todos iguales, aunque físicamente se parezcan.

- Estar disponibles para escuchar, apoyar y aclarar. No se pide solucionar los problemas, sino facilitar que la persona mayor tome sus propias decisiones. Afirmaciones como “ parece usted triste” , “ esto debe ser muy difícil” , pueden favorecer la comunicación. Se ha de dedicar tiempo y mostrar interes por las preocupaciones del mayor y sus familiares, siempre

que estos deseen conversar.

- El mayor suele responder con calma, intercalando pausas. La conversación a de estar libre de prisas y presiones, y dar tiempo suficiente para las respuestas.

Una persona que habla despacio, o que en algunos momentos esta confusa, no tiene por qué dar información incorrecta.

- Contestar a las preguntas breve, sencilla y lentamente. Demasiada información puede crear confusión.

- Mantener el contacto visual y táctil con la persona mayor enferma, por ejemplo, cogerle una mano cuando se habla con ella. Dirigirse directamente al enfermo y no a su acompañante, y evitar que se mantengan a su alrededor conversaciones que no le impliquen

- No elevar la voz, a menos que el mayor tenga problemas de audición. Hablar con tono bajo, de frente y reducir los estímulos ambientales.

- Las personas mayores hospitalizadas necesitan una buena acogida y que se le proporcione la información necesaria sobre el medio físico que le rodea ( localización del baño, timbre, luz, barandillas, etc.). Presentarle a sus compañeros propicia una mayor confianza.

- Respetar la intimidad con una retirada discreta en el momento oportuno, en el baño, cuando reciba

visitas, etc.

- Establecer un plan de cuidados diarios que se desarrolle de forma sistemática. Esto permite que la persona mayor conozca su horario de actividades, lo que le proporciona seguridad. Los objetivos planteados deben ser modestos y a corto plazo. Se tendrán en cuenta sus hábitos y preferencias hasta donde sea posible.

- Estimular al mayor para que intervenga en sus cuidados, dándole tiempo suficiente para que contemple las actividades. Se debe ayudar sólo cuando es necesario y reforzar sus pequeños logros mediante el reconocimiento de su colaboración y de su experiencia. Ayudar es sinónimo de facilitar o colaborar, no de sustituir, aunque se ahorre tiempo o sea imprescindible.

- Mostrar optimismo e interés por su bienestar y por su familia: la imaginación y el entusiasmo son contagiosos

## **¿ES SENCILLO EL HECHO DE CUIDAR A UNA PERSONA MAYOR?**

No es fácil para ningún persona enfrentarse al hecho de que alguien cercano depende de ella para continuar adaptándose a su vida cotidiana. Incluso las personas que mejor afrontan la situación del cuidado de una persona mayor dependiente tienen que hacerse a la idea de que una persona querida necesita de su cuidado y supervisión casi constante para sobrevivir y que deben dedicar gran cantidad de tiempo y esfuerzo a esta nueva situación.





# LA SOLEDAD

## ALGUNOS ASPECTOS A CONSIDERAR EN RELACIÓN A LA SOLEDAD SERIAN:

### *Aislamiento social*

Se podría entender la soledad como:

1. La opción de quedarse a solas con uno mismo para reflexionar y meditar, que permite a la persona dependiente adentrarse en su intimidad.
2. La ausencia de un “otro” a quien importo y que está presto a acudir a mi encuentro si lo necesito o lo busco.

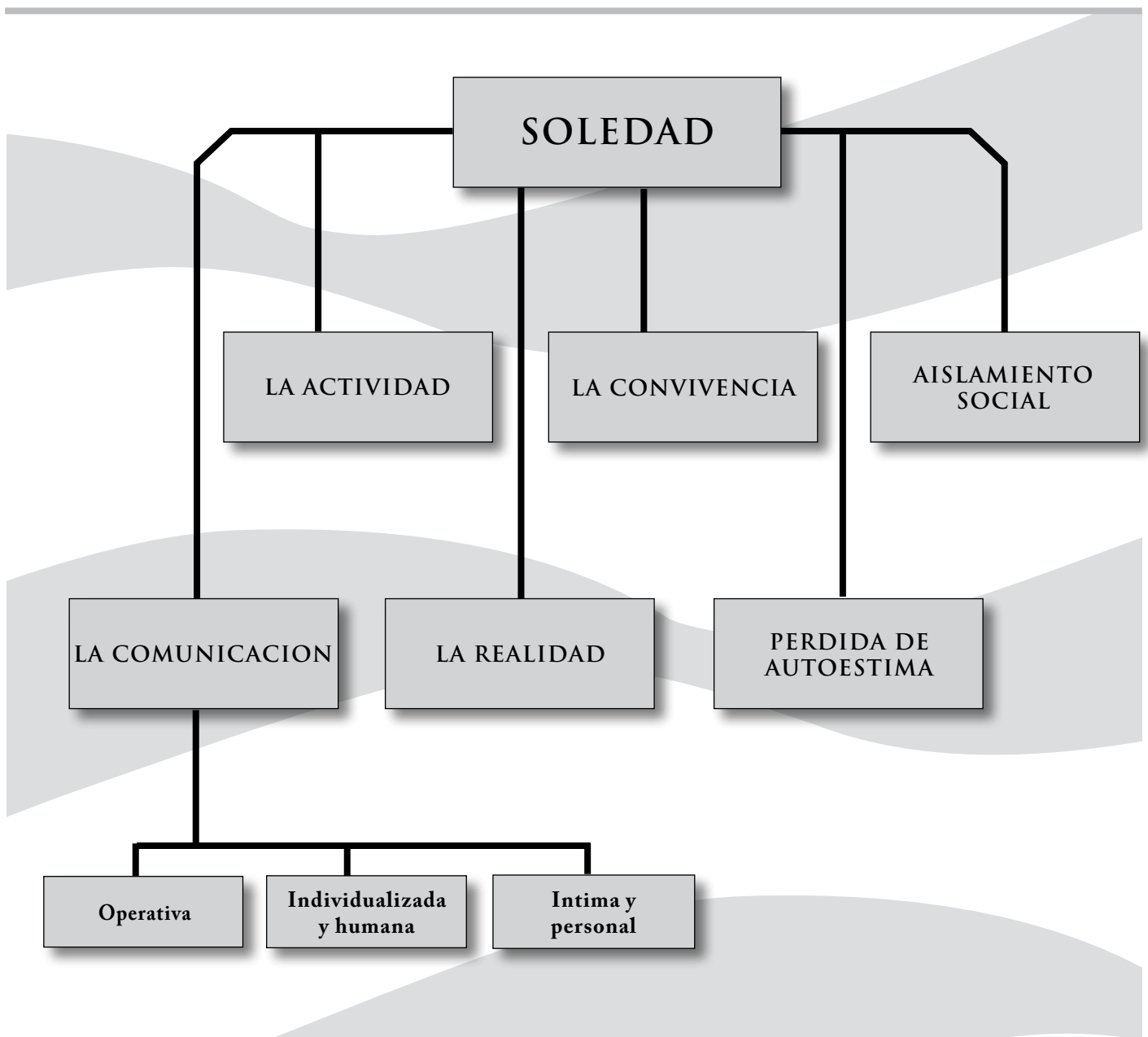
Esta segunda opción en la que la soledad no es buscada, es la que hace presa fácil a muchas personas, especialmente a los mayores. Han perdido a sus seres más queridos o a sus amigos y apenas si conectan íntimamente con nadie. Su interior es un vacío desolado, inhabitado e inapreciado.

Esta soledad hace mucho daño y empobrece a las personas, pues su vida sólo cobra sentido y les enriquece en la medida que su existencia sea compartida con otros.

Son varias las causas que hacen que las personas dependientes (especialmente los mayores) se queden aisladas:

- Claudicación familiar ( muerte o ausencia de familiares).
- Dificultades motoras y de desplazamiento.
- Limitaciones perceptivas ( sordera, ceguera) que marcan barreras con los otros.
- Insuficiencias económicas que les impiden “alternar”.

Todo esto, y otros factores más, condicionan que estas personas se amolden a su paso y a sus espacios y lleve una vida retirada, con frecuencia desconectada de la de los demás incluso de los propios convivientes. No es raro por ejemplo, hallar personas mayores refugiadas en su habitación,



mientras el resto de los familiares pulula y se mueve por el resto de la casa.

Factores socioeconómicos más generales inciden también, sin duda, en esta realidad: transformación de la estructura familiar, mayor movilidad geográfica de los deudos y sobre todo incorporación de la mujer al mercado laboral.

La consecuencia de la conjunción de todo lo dicho es el aumento del número de personas que viven solas, abandonadas o automarginadas, y de los que compartiendo casa con sus familiares han organizado su vida al margen de la dinámica del grupo familiar.

### **Perdida de autoestima**

La disminución de su capacidad adquisitiva, el declive de su poder (ligado a la pérdida de posición social por la jubilación, en su caso), la posible

inversión de papeles en las relaciones familiares y la ausencia de tareas útiles, lleva a muchas personas dependientes a sentirse profundamente devaluados e inútiles, torpes y desmañados para su nueva situación; incapaces de aportar nada a los demás y una carga molesta en un mundo en el que prima la productividad, el rendimiento, la eficacia y lo novedoso.

Este estado de ánimo es el caldo de cultivo para que surja fácil el “yo no sirvo para nada”, “a nadie hago falta” o el “nadie se ocupa de mí”.

### **La convivencia**

En base a las premisas expuestas, las personas con algún grado de dependencia necesitan participar en la vida con los demás, integrarse en los grupos de pertenencia, ser uno más de ellos, realizando sus encargos y tareas y participando del día a día con los demás.

De poco sirve estar bien cuidado y atendido, poseer un buen hábitat si se niega lo más esencial que es su posibilidad de vivir y completar su obra hasta el final como miembro activo y de pleno derecho de la humanidad.

Los familiares y cuidadores en general deben tener siempre presente esta realidad, para no caer en posturas paternalistas y sobreprotectoras, esterilizantes o, lo que es peor, en aireadas e injustas negativas.

Es importante en este contexto, facilitar que la persona ocupe su tiempo en actividades útiles y con sentido dentro de su trayectoria y posibilidades, y no limitarse meramente a “entretenerlo”.

Al mismo tiempo, habrá que respetarle su búsqueda de tiempos propios, para su reconocimiento y su autodirección.

En reciprocidad, el tratará de devolver su experiencia y sabiduría y, las personas que le rodean harían bien en estar atentas a sus mensajes y ofertas para no desperdiciar la riqueza de los mismos.

Es necesario que la sociedad (comunidad, colectivos, vecindario y familia) no ignore que las personas que son cuidadas son ciudadanos de pleno derecho, con sus prerrogativas y sus obligaciones, miembros activos del entramado social y corresponsables en sus designios, con los que se debe contar a la hora de conjugar un mundo solidario, fuertemente unido en igualdad de condiciones, con el fin de lograr una existencia más humana para todos.

### **La realidad**

La realidad es que frente a estas propuestas deseables, lo cierto es que muchas personas que son cuidadas se sienten aislados, marginados e infrautilizados, ansiosos por hacer algo y arrimar el hombro, pero desoídos e ignorados.

### **La actividad**

Junto con la comunicación es una de las dos fuentes de vida para cualquier persona sea dependiente o no. Además, superada la jubilación laboral (en el caso de los mayores), que libera del trabajo como carga, cabe dar a la actividad un sentido más creativo y/o transitivo y por lo tanto, más enriquecedor. De ahí, que muchas veces, las actividades elegidas por las personas que precisan cuidados tengan connotaciones de apertura, descubrimiento o encuentro.

Es tarea de los cuidadores estimular todo tipo de actividad significativa en ellos, sonsacándoles, sugiriéndoles o encomendándosela según convenga al caso.

### **La comunicación**

Frente a la **soledad** surge la posibilidad de su antónimo, la **comunicación**.

Es preciso promover comportamientos que ayuden a que se produzca una interacción abundante, material y emocional, no solo entre las personas dependientes entre sí, sino entre estos y personas que se hallen próximos a los mismos.

Por otra parte, es preciso señalar que la comunicación debería instaurarse, a ser posible, en los tres niveles potenciales siguientes:

- **Comunicación Operativa.** Orientada a la ejecución de acciones, que deberá ser cuidada con el fin de evitar distorsiones, tales como las producidas por los problemas perceptivos señalados al principio. En este contexto, resulta fundamental, cuidar del correcto funcionamiento de los audífonos y gafas, así como, extremar la dicción y el volumen de voz para soslayar errores de comprensión, dado que de producirse los mismos, éstos suelen ser uno de los motivos fundamentales de aislamiento.

- **Comunicación Individualizada y Humana.** Que transmita a la persona la vivencia de ser uno más, que vive con otros, que es aceptado y valorado y que pertenece a un grupo humano en el que juega su papel como un miembro activo de la colectividad. Para ello es preciso respetar sus peculiaridades, aprovechar sus habilidades y tratarlo como un ser con personalidad propia.

- **Comunicación Intima y Personal.** Que busca el encuentro profundo con la persona, compartir sus deseos y sus angustias más íntimas, conocer sus aspiraciones y rechazos, sintonizar con él y lograr que se nos revele como alguien significativo e importante que nos interesa como ser humano único e irrepetible.

Destacar por último que cualquier acción inductora de comunicación, y las posibilidades son infinitas, representa una ayuda inestimable para las personas (especialmente los mayores), tan frecuentemente penalizada por el aislamiento y la soledad.



# CARACTERÍSTICAS DE LAS DEPRESIONES EN LOS MAYORES Y PAUTAS DE ACTUACIÓN

## LA DEPRESIÓN SE PRESENTA EN LA PERSONA MAYOR DE FORMA POCO TÍPICA.

*Lo más habitual es que se asocie a:*

- Enfermedades físicas
- Estados de dolor crónico
- Consumo de medicamentos por iniciativa propia (antihipertensivos, ansiolíticos e hipnóticos).
- Situaciones de soledad o pérdida como la muerte de la propia pareja, amigos o familiares.
- La falta de apoyo social o familiar
- Una mudanza (por ejemplo al pasar a vivir con los hijos)
- El ingreso en una residencia

## CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN EN LOS MAYORES

- Su desencadenamiento por problemas médicos

- Mayor frecuencia de alteraciones cognitivas (memoria, concentración, atención)

- Mayor gravedad de los síntomas depresivos (despertar precoz, agitación psicomotriz, ideas delirantes de ruina y culpa, pérdida de apetito y peso)

- Riesgo de suicidio

## LOS SÍNTOMAS SE INSTAURAN EN POCOS DÍAS Y SON CARACTERÍSTICOS:

- Disminución del rendimiento
- Desinterés
- Inhibición
- Tristeza
- Sentimientos de minusvalía
- Inutilidad
- Culpa o inseguridad
- Ansiedad

- Pérdida de interés por la vida con deseos de dejar de existir

- Alteraciones del apetito con pérdida de peso ( en ocasiones ganancia a base de comidas como patatas fritas, dulces, chocolate, galletas, etc)

- Alteraciones del sueño con insomnio ( también despertar precoz)

- Pérdida de interés por actividades que antes realizaba y/o que eran de su interés o agrado.

- Autorreproches

- Pensamientos o tentativas de quitarse la vida

- Dificultad para concentrarse o pensar etc.

## LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO SON:

- Atenuar los síntomas depresivos

- Reducir el riesgo de recaídas

- Mejorar la calidad de vida

- Aumentar el estado de la salud física y psicosocial

- Disminuir el riesgo de mortalidad asociado

## CUIDADOS, CONSEJOS, SUGERENCIAS PARA LOS CASOS DE DEPRESIÓN

- **Acudir a un profesional lo más pronto posible (psicólogo clínico, médico de cabecera, psiquiatra).** Podremos obtener así diferentes pautas para afrontar la depresión, como la prescripción de una medicación antidepresiva adecuada; (para que la medicación sea efectiva y se eviten recaídas, por lo general, se ha de mantener el tiempo suficiente, de seis meses a uno o dos años si es el primer episodio. Si ya ha habido episodios previos, se continúa hasta tres años y a veces más. Los fármacos antidepresivos son, hoy en día, imprescindibles para el tratamiento. Su administración debe ser pautada por el médico, según las particularidades de cada paciente. Actualmente estos medicamentos son muy eficientes y suelen tener menos efectos secundarios; aunque aún siguen teniendo por lo que hay que vigilar por si aparecieran (caídas, hemorragias, sedación).

- **Seguimiento de diversas pautas de tipo psicosocial:** El apoyo psicosocial (proveniente desde ámbitos como la familia, los amigos, asociaciones, centros de día, etc.) es fundamental para ayudar al paciente frente a acontecimientos vitales adversos, frecuentes en los mayores, como son las depresiones.

*Las personas mayores, necesitan sentirse útiles para alguien, especialmente para su familia, intentando así mantener su dignidad y su autoestima.*

*La soledad, la pérdida de autonomía por enfermedades y la mala tolerancia al envejecimiento que solo valora lo joven, son fuentes importantes de malestar psíquico en las personas mayores.*

- **Tener paciencia.-** Salir de una depresión no es una tarea fácil ni rápida. Presionar porque uno piense seguramente de modo erróneo, que no hay razones para estar deprimido, o que estar triste no empeora nada más que las cosas, fácilmente no haga nada más que prolongar la depresión y aumentar los sentimientos de culpa y de fracaso vital del mayor. En un principio, lo idóneo es aceptar la situación, buscar la ayuda de profesionales, asesorarse para comprender la situación lo mejor posible y dar así un mejor apoyo.

- **Evitar decisiones de gran importancia.-** El estado de ánimo deprimido distorsiona los razonamientos y dificulta la resolución adecuada de problemas. Esperar un tiempo prudencial a que mejore el ánimo para poder empezar a tomar de nuevo “las riendas” y contar con un apoyo adecuado para tomar este tipo de decisiones, parece lo más adecuado. Si bien, si es importante ir tomando decisiones de menor importancia hasta que poco a poco vaya revirtiendo la depresión.

- **Limitar el tiempo dedicado a meditar sobre las causas y consecuencias de la tristeza.-** Intentar evitar la reflexión excesiva, pues suele ser perjudicial para la persona deprimida, ya que esto provoca que la persona se centre más y más en sí mismo y en su propio malestar. Desarrollar actividades distractorias que mantengan el pensamiento separado de uno mismo durante un tiempo puede favorecer que el ánimo vaya mejorando.

- **Reconocer y reforzar los esfuerzos que los mayores hacen por intentar normalizar su situación.-** Actividades cotidianas como salir de la cama, ducharse, vestirse, asearse o comer, salir a la calle a dar un paseo, recibir visitas, hacer la compra etc, pueden suponer en ocasiones un importante esfuerzo, por lo que deben reforzarse y se debe animar para que se lleven a cabo.

• **Cuidar el estilo de vida / tener una vida cotidiana organizada y estable.-** Hacer al menos tres comidas completas al día (lo preferible son cinco, pues así el acto de alimentarse puede facilitarse, ya que se puede repartir las necesidades alimenticias entre cinco tomas en lugar de tres). Se debe regular el horario del sueño (intentando levantarse más bien temprano), evitar ciertos hábitos como el alcohol o la cafeína y hacer diariamente algo de ejercicio (p.ej. pasear, o asistir a sesiones de psicomotricidad llevadas a cabo por profesionales.)

• **Llevar a cabo actividades agradables.-** Las tareas a realizar serán mejores cuanto más actividad supongan (ej: es mejor salir a dar un paseo que quedarse viendo la televisión), cuando impliquen un grado de dificultad medio (que estimulen pero que no agobien), y sobre todo cuando las actividades sean realizadas en grupo. Algunos ejemplos de estas actividades son salir con amigos, hacer ejercicio, pasear, cuidar animales domésticos o plantas, ir al cine, ir de compras, practicar relajación, pintar, leer, escribir... En un principio estas actividades deben ser sencillas y no requerir un excesivo esfuerzo (se debe comprender que, en ocasiones, dar un paseo de veinte minutos puede suponerlo). Las tareas más complejas pueden dividirse en partes para ir haciéndolas poco a poco (primero un paseo de diez minutos, después de un cuarto de hora...)

• **Poner palabras a los sentimientos.-** Además del “desahogo” emocional que puede suponer comunicar las emociones negativas que uno siente. Sirve también para que la persona sepa que hay alguien que escucha sus problemas y se preocupa por su bienestar, y puede ayudar también a conocer las verdaderas preocupaciones de la persona y poder dar así una ayuda mucho más acertada.

• **Valorar de manera clara y rigurosa los apoyos que se facilitan.-** En ocasiones, las muestras de tristeza pueden ser una “trampa”, ya que con ello se obtiene compañía y expresiones de cariño, que son muy deseados por la mayoría de las personas. Sin ser consciente de ello, la persona deprimida puede acabar deprimiéndose más precisamente cuando cree que corre el riesgo de quedarse sola. Es por ello que debe valorarse, si se puede estar dando esta situación, y en caso de que así sea, se debe hacer saber a la persona de un modo indirecto y sutil que seguirán contando con apoyo y con el cariño de sus cuidadores aún cuando salgan de su estado depresivo.

• **Facilitar que la persona puede expresar sus opiniones y pensamientos.-** Posibilitar que nuestros mayores, expresen su opinión aún cuando esta no sea acorde con la nuestra, y sin que ellos sientan temor a ser castigados, dados de lado o desatendidos, ayuda sin duda a que ellos se sientan mejor y se ayude a mejorar la depresión.

• **Anticiparse a las recaídas.-** En cuanto se sientan síntomas que “avisen” de la posible llegada de una depresión, se debe acudir a un profesional, y se debe recurrir a las estrategias que hayan servido anteriormente ( planificar actividades para el día, tener más cuidado con la dieta, hacer ejercicio, contactar más frecuentemente con amigos, practicar relajación...).

Es muy importante sentirse activo y participar de la cercanía de la familia, los amigos y los conocidos, participar en grupos de la comunidad (casa de cultura, centros de día, asociaciones, clubes y hogares de día, parroquias, programas de cruz roja...).



# CUIDADOS EN LOS CASOS DE MAYORES CON DEMENCIA

*Bajo el nombre de demencia, se engloban diversas enfermedades en las que las células del cerebro se deterioran.*

## ACERCAMIENTO ANTE LOS POSIBLES TRASTORNOS QUE PUEDEN LLEGAR A PRODUCIRSE EN UN CASO DE DEMENCIA

- **Acudir a la consulta del médico.**

Ante la aparición de diversos indicios, evidencias o signos que a continuación indicaremos y que nos puedan hacer sospechar que es posible que nos encontremos ante un caso de demencia, lo primero que se debe hacer es ponerse en contacto con un médico. Con este primer paso, lo que se pretende entre otras cosas, es poner en manos del profesional sanitario la tarea de la existencia o no de un diagnóstico de demencia. Así mismo, y en caso de que finalmente se confirme el diagnóstico, se podrá obtener por parte del médico información y asesoramiento acerca de la enfermedad.

- **Actuación ante la pérdida de memoria, la desorientación y la confusión.**

*Pérdida de memoria:* Es la evidencia principal. La persona es capaz de recordar perfectamente hechos

ocurridos hace años, pero es incapaz de recordar lo que acaban de oír. Con frecuencia preguntan una y otra vez lo mismo debido a que los procesos gracias a los que somos capaces de guardar la información nueva que nos va llegando están dañados.

*Desorientación:* puede afectar al espacio (pudiendo llegar a desorientarse en la propia casa), al tiempo (perder la noción del día, mes y año), al cuerpo (no reconoce los lados y partes del cuerpo), e incluso reconocimiento de sus familiares.

*Afasia:* Se llama así al deterioro del lenguaje tanto verbal como escrito. (puede ser que la persona no entienda lo que se dice, que no se pueda expresar o ambas).

*Agnosia:* Se produce una incapacidad para reconocer objetos familiares (material doméstico, ropa de vestir, material de lectura y escritura, etc).

*Fobias:* Aparecen miedos ante cosas o situaciones que no tienen justificación o razonamiento lógico alguno.

*Compulsiones:* La persona puede llevar a realizar actos repetitivos de un modo continuado (abrir y cerrar puertas, lavarse o afeitarse, sacar y colocar la ropa, limpiar etc).

*Obsesiones:* La persona tiene pensamientos

extraños y repetitivos sobre un mismo tema.

*Delirios:* Sin que haya justificación, la persona tiene ideas sobre hechos que le afectan como; que le han robado o le van a robar, que le van a abandonar y se va a quedar solo o que su mujer/marido le engaña con otra persona (celos).

*Alucinaciones:* generalmente son de tipo visual o auditivo (dicen ver o escuchar cosas que no son reales).

*Alteraciones del estado de ánimo:* Generalmente pueden presentar llanto, ansiedad, depresión, o apatía.

*Alteraciones de la conducta:* agresividad, andar de un lado a otro, conducta de huida, o conductas anómalas (abrir y cerrar cajones, colocar la vajilla con la ropa, etc.)

## CONSEJOS, PAUTAS DE ACTUACIÓN PARA LOS CUIDADORES

### • Buscar ayuda.

Por parte de profesionales sanitarios y no sanitarios (trabajador social fundamentalmente), asociaciones, grupos de autoayuda, servicios de ayuda a domicilio, servicios de estancias diurnas para descarga familiar (centros de día, clubes y hogares de día, etc.)

### • Actuación ante la pérdida de memoria, la desorientación y la confusión

- Proporcionar un ambiente controlado pero estimulante
- Si se tiene por intención orientar al mayor (espacial, temporal o corporalmente), se debe evitar orientar más de una o dos veces en cada intento, porque la reorientación tiende a frustrar al mayor cuando este mismo ve que no es capaz de recordar.
- Cuando se observe que la persona, tiende a repetir las mismas preguntas, se debe intentar desviar su atención y cambiar de tema.
- Se debe ser medianamente flexible ante ciertos comportamientos como acaparar objetos, o pequeñas conductas de "huida o vagabundeo (caminar de un lado a otro)"; siempre y cuando se produzcan en un ambiente seguro. Para evitar que se acaparen una y otra vez los mismos objetos, se pueden mantener estos fuera del alcance de la vista.
- Para disminuir la agitación o la intranquilidad, se pueden establecer rutinas, o se puede

recurrir a diversas actividades generalmente tranquilizadoras como escuchar canciones o melodías de su época o ver fotografías de familiares y lugares de su pasado (cabe recordar, que los pacientes con demencia es fácil que puedan recordar aquellos aspectos que tienen que ver con su pasado).

- Ante la posibilidad de que la persona se pierda o extravíe, es recomendable poner el nombre, dirección y teléfono en una pulsera.

Para orientar en el hogar es aconsejable poner dibujos aclaratorios en las puertas, por ejemplo: baño, armario de platos...

### • Actuación frente al deterioro de la comunicación verbal

- Hablarles suavemente, de forma relajada, y utilizando un tono de voz claro y amistoso.

- Mirar directamente al paciente. Así se capta su atención.

- Fijarse detenidamente en la expresión de su cara y de sus gestos, ya que en muchas ocasiones es el modo con el que expresan su malestar.

- Reducir en lo posible el ruido ambiental cuando se hable con ellos, pues los ruidos distraen la atención.

- Ayudarle a relatar o escribir viejas historias, con frecuencia la expresión de los recuerdos tiene efectos relajantes.

- Cuando se hable con ellos debemos ser pacientes; dándoles tiempo para comprender lo que se les está diciendo y para que contesten.

- Cuando al hablar no encuentren la palabra adecuada, se la podemos sugerir.

- Cuando se le pregunte, podemos sugerirles de antemano las respuestas, haciendo que elija entre dos opciones que se le hayan propuesto.

- Para facilitar la comunicación, también podemos hacer uso de frases cortas así como de gestos.

### • Actuación frente a las conductas inapropiadas y al vagabundeo

- Identificar riesgos potenciales en el hogar: desenchufar el horno cuando no se necesite, guardar los cuchillos, cerillas, productos de limpieza, etc.

- Evitar el uso de sujeciones (cinturones etc) y barandillas en la cama; en caso necesario se puede colocar el colchón en el suelo.



- **Actuación frente a conductas sexuales inapropiadas**

- Se debe actuar de forma tranquila, sosegada y con calma, pero eso sí dando al mismo tiempo una respuesta que el paciente vea que es seria.
- También existen medicamentos inhibidores del deseo o impulso sexual que pueden ayudar; estos deben ser controlados por el médico.

- **Actuación frente a la incontinencia urinaria**

- La incontinencia de orina, debe ser siempre valorada por un médico en busca de causas potencialmente tratables.
- Recordar al paciente si quiere ir al servicio.
- Utilizar ropa fácil de poner y quitar (pantalones con goma), ayudarle a quitarse la ropa y ponérsela de nuevo, si fuera necesario. Ayudarle a situarse de forma adecuada. Recordarle si es preciso cada paso de la actividad. Todo ello también puede servir de ayuda.
- Valorar la presencia de estreñimiento, ya que las heces duras hacen presión y pueden provocar fuga o retención de orina.
- Salvo otra contraindicación médica, intentar que el paciente beba en abundancia (aproximadamente, 1,5 o 2 litros al día).

Limitar la ingesta de bebida a partir de las seis de la tarde (¡Nunca prohibir!) para evitar el riesgo de incontinencia nocturna. No siempre se puede eliminar el problema; en estos casos, el uso de pañales evita situaciones embarazosas y da seguridad al paciente.

- **Actuación frente a los trastornos del sueño**

- Con frecuencia, el paciente suele despertarse por la noche y se pone a caminar; en este caso se le debe reorientar de forma suave/ tranquila.
- Resulta útil levantarlo todas las mañanas a la misma hora, eliminar las siestas, y animarle a que se mueva y haga ejercicio si es posible a diario.

- **Actuación frente al déficit de autocuidado**

- Proporcionar instrucciones detalladas para que el paciente realice el mayor número de actividades por sí solo.



# EL VESTIDO

## MATERIAL DE CONFECCIÓN DE LA ROPA

- La ropa interior (íntima, camisetas, etc.); es mejor que sean de algodón porque así se evitan las reacciones alérgicas y se absorbe el sudor.

- Evitar el uso de medias con liga o de medias con una goma apretada, ya que comprimiremos los vasos sanguíneos de la circulación de la pierna; lo que dificultará el retorno de la sangre venosa al corazón, y se facilitará que se produzcan edemas (es decir; piernas hinchadas, algunas veces doloridas y que favorecen la aparición de varices). Para evitar tal situación, es mejor usar leotardos o “pantys” en invierno y calcetines en verano. Tampoco es aconsejable ponerse medias o leotardos todo el año (salvo que exista indicación médica) porque producen mucho calor en las piernas y puede producirse igualmente un edema.

- No es aconsejable usar mucha ropa porque en primer lugar se hace más difícil vestirse. Y además aumenta el sudor, el cual puede producir irritación de la piel o agravar alguna enfermedad de la piel en caso de que la hubiere.

## CONSEJOS PARA FACILITAR LA ACTIVIDAD DE VESTIRSE

- En caso de que la persona necesite ayuda para vestirse, esta debe ser en todo momento la menor que sea posible, dejando que la persona haga por sí sola todo lo que ella pueda. No debiendo presionar al paciente para que se vista o desvista. Por lo general, resulta más fácil quitarse la ropa que ponerla, por lo que podemos empezar a pedir que colabore primeramente para desvestirse y más adelante para vestirse.

- Si la persona presenta problemas de equilibrio, el hecho de vestirse sentado es una alternativa que puede ser de utilidad.

- Resulta útil retirar del armario toda la ropa que no sea útil, como corbatas, cinturones y otros accesorios. Para ayudar a la persona a encontrar las prendas se puede establecer un determinado orden en el armario (por ejemplo, los calcetines en el primer cajón, la ropa interior en el segundo cajón, las camisas colgadas a la derecha y los pantalones a la izquierda, etc.).

- También resulta de utilidad, retirar la ropa

correspondiente a una estación climatológica distinta.

- Para facilitar la acción de vestirse podemos disponer la ropa en el orden en que deba ponérsela y proporcionar pistas de forma verbal. Se puede preparar la ropa en montones colocados en orden contrario; de manera que en primer lugar (encima del todo) se coloque aquello que se ha de poner más en el interior (ropa íntima); quedando por ejemplo la chaqueta en la base del montón de la ropa.

- El uso de velcros. El velcro tiene dos tiras de tejidos diferentes, una de ellas es más suave y la otra con una especie de pequeños pinchos. Ninguna de las dos tiras debe estar en contacto con la piel porque la pueden irritar y pueden producir reacciones alérgicas por ser de nylon y porque la cara áspera es muy irritante. Es aconsejable que la parte suave del velcro se pegue a la parte de la prenda que tiene más posibilidad de tocar la piel. El velcro nunca debe ser usado en personas que pasan el día en la cama o sentados porque se pueden producir lesiones de la piel por la presión (úlceras). Su uso ya lo podemos encontrar aplicado en zapatillas, gabardinas, abrigos, pero también lo podemos aplicar a pantalones (que junto con tirantes dan sujeción suficiente), chaquetas etc.

- El uso de cremalleras y corchetes (botones automáticos) en lugares accesibles. Los corchetes los podemos encontrar o bien se los podemos poner nosotros a prendas como (camisas, chaquetas, abrigos, etc). En el caso de corchetes en los sujetadores, deben colocarse en la parte delantera, o también se puede unir a través de un velcro. En el caso de cremalleras, se puede atar un pequeño cordel a ésta para tirar mejor de ella.

- Botones: se puede sustituir los botones pequeños por otros más grandes.

- Prendas: es conveniente usar prendas amplias. Y también prendas como: vestidos de una sola pieza, sudaderas, faldas y pantalones con goma en la cinturilla, chándal; ya que estas se ponen y quitan con mayor facilidad etc.

- Existen ayudas técnicas para ayudar en el vestido, son utensilios específicos sobre los que le puede aconsejar un terapeuta ocupacional.

Algunos ejemplos son: abotonador, pone medias...

- También existen este tipo de ayudas para otras actividades básicas de la vida diaria como comer o asearse.



# LAS CAIDAS

## INTRODUCCION

Todo el mundo nos hemos caído alguna vez, pero las consecuencias de las caídas no son las mismas: depende de las circunstancias y de la edad.

En el caso de las personas mayores, la importancia del problema es mayor. La morbilidad asociada a las caídas es muy importante. El 88% de las fracturas de cadera se deben a caídas; pero no es la única consecuencia negativa. Es más, la aparición de una caída predispone a que ésta se repita.

Sin embargo, no se debe pensar en las caídas como en un fenómeno fortuito, sino que, en un gran número de casos, se pueden prevenir. Por eso, se deben tomar medidas en este sentido, para evitar daños innecesarios a los mayores y optimizar los recursos sanitarios.

## CONCEPTO

Según la OMS la caída es “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad.”

## FACTORES DE RIESGO

Generalmente las caídas son multifactoriales, es decir, obedecen a múltiples causas:

### *Factores de riesgo intrínseco*

- Edad avanzada.
- Alteraciones cognitivas.
- La presencia de dolor
- Enfermedades neurológicas
- Enfermedades Reumatológicas.
- Problemas en los pies
- Patología cardiovascular.
- Alteraciones sensoriales.
- Algunos fármacos y tóxicos.

### *Factores de riesgo extrínseco*

- Suelos resbaladizos.
- Objetos en el suelo.
- Alfombras.
- Escaleras mal iluminadas o sin barandillas.
- Escalones inesperados.
- Ausencia de asideros y pasamanos.
- Aceras en mal estado.
- Excesivo tráfico.
- Mala señalización.
- Falta de adaptación medios de transporte y acceso.
- Ropa y calzado inadecuado.

## CLINICA

Las manifestaciones que podrían indicar que hay riesgo de caídas son:

- Alteraciones de la marcha, deambulación con la mirada perdida. Inestabilidad.
- Posturas de riesgo o alteraciones en el alineamiento corporal.
- Movimientos acompañados de dolor.
- Deambulación con miedo; se agarra de manera aprehensiva a la persona que le ayuda.
- Se niega a moverse y desplazarse y pide constantemente ayuda para desplazarse.
- Desadaptación a la ayuda mecánica que utiliza habitualmente.
- Desorientación, confusión, vértigos y mareos.

## CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES

Las caídas generan importantes problemas; el rango va desde la ausencia de lesiones hasta el fallecimiento.

### • Directas

- *Fracturas:*  
Vértebrales, de cadera o de costillas.
- *Lesiones menores:*  
Contusiones, hematomas  
Erosiones, heridas.
- *Otras:*  
Lesiones articulares: (esguinces, luxaciones).  
Traumatismos craneoencefálicos.  
Lesiones medulares.  
Desgarros y lesiones musculares.  
Muerte

### • De la estancia en el suelo

- Deshidratación.
- Infecciones: neumonía, infección urinaria.
- Hipotermia.

### • De la inmovilización

- Pérdida de masa ósea y muscular.
- Contracturas.
- Úlceras por presión en la piel
- Trombosis venosa profunda.
- Otras: entecimiento del tránsito intestinal, desorientación etc.

### • Psicológicas

- Miedo a nuevas caídas, pérdida autonomía.
- Baja autoestima, modificación de hábitos de vida, sobreprotección familiar, depresión, ansiedad.

## PREVENCION DE CAIDAS

Algunas recomendaciones a tener en cuenta para la prevención de caídas:

### • Reconocimiento de individuos con mayor riesgo:

- Personas con problemas de obesidad.
- Con pluripatología.
- Con plurimedicación.
- Con alteraciones de la movilidad.
- Institucionalizados, en residencias o que vivan solos.

### • Actuaciones en vivienda:

- Dimensión adecuada pasillo-puertas.
- Iluminación adecuada (interruptores accesibles).
- Suelos: antideslizantes, evitar alfombras.
- Escaleras (Tiras antideslizantes, peldaños intermedios, pasamanos).
- Tiradores con mango en las puertas.
- Sillones con brazos, de respaldo alto y permitan ponerse de pie.
- Anclaje adecuado al suelo de muebles de apoyo.

### • Actuaciones en el baño:

- Superficie antideslizante.
- Colocar asideros en la ducha.
- Utilizar silla de ducha o taburete.
- Asiento de retrete elevado con asidero lateral.
- Puerta de baño con apertura exterior.

### • Actuaciones en el dormitorio:

- Altura adecuada de la cama.
- Botella u orinal próximo.
- Debe levantarse progresivamente de la cama.
- Evitar barras laterales protección (salvo que sea necesario).
- Tener timbre o dispositivo de ayuda cerca.
- Dejar una luz de referencia para que en caso de caída disminuya la desorientación.

### • Vestido y calzado:

- Vestirse y desvestirse sentado.
- Llevar ropa cómoda y amplia con apertura delantera.
- Zapatos: cómodos, de tacón bajo, suela antideslizante (mejor goma) y ajustados.

### • Actuaciones en la cocina:

- Evitar objetos en el suelo.
- Colocar esteras antideslizantes.
- Colocación de objetos de uso más frecuente en lugares accesibles.

- Sentarse a cocinar en lugar de hacerlo de pie.

• **Uso correcto de dispositivos de ayuda:**

- Bajo prescripción médica .
- Deben ser estables y antideslizantes.
- Precedido de correcto aprendizaje y supervisión.
- Revisar gafas y audífonos.

• **Actuaciones en presencia de alteraciones osteomusculares:**

- Realizar ejercicio físico de manera regular y progresiva.
- Usar ayudas mecánicas necesarias.
- Al subir escaleras, primero suba la pierna sana, y después la afecta.

• **Actuaciones en presencia de demencia:**

- Realizar revisiones del estado del pie y de las uñas.
- Fijar un horario para ir al retrete, para comer, dormir etc.
- Dejar una luz encendida durante la noche.
- Pasear diariamente, evitar la inmovilización y el sobrepeso.
- Eliminar mobiliario y objetos de riesgo.
- Evitar inmovilizaciones y sujeciones si no se requieren.

## DESPUÉS DE UNA CAÍDA

• No encender la luz central ni dar gritos, ya que se puede desorientar más a la persona mayor.

• No levantar nunca sin antes haber realizado una valoración básica.

• Avisar al médico y /o enfermera.

• Cubrir con una manta para disminuir la hipotermia.

• Hablar de manera clara, sin levantar la voz, identificarse y ubicar en tiempo y espacio (indicando la hora y el lugar).

• Tranquilizar a la persona mayor.

• Observar la existencia de posibles fracturas y daños secundarios.

## ENSEÑAR A LEVANTARSE DESPUÉS DE UNA CAÍDA

• Después de una caída es necesario intentar orientarse en el espacio (es bueno dejar encendido durante la noche la radio, una luz...)

• Una vez orientado, determinar qué muebles u objetos están cerca y son fijos.

• Darse la vuelta, rodar sobre sí mismo, y ponerse boca abajo.

• Colocarse a “cuatro patas”.

• Agarrar el mueble y comprobar su estabilidad.

• Incorporar primero la pierna habitual con la que inicia la deambulación.

• Volver a comprobar la estabilidad del objeto.

• Si existe temor a incorporarse, debe mantenerse en esta posición pedir ayuda; si no, incorporarse totalmente.



# MOVILIZACIONES GENERALES

## INTRODUCCIÓN:

La atención a las personas dependientes implica una atención continuada que en muchos casos exige también ayudas en la movilización. En unas ocasiones el sujeto colaborará en esta tarea, pero en otras será dependiente del trabajo de sus cuidadores.

Si son realizadas incorrectamente pueden provocar lesiones tanto en los cuidadores como en la persona que recibe la atención.

## ¿POR QUÉ HAY QUE MOVILIZAR A LA PERSONA MAYOR?

Muchas personas permanecen inmovilizadas en la cama o en sillas de rueda por alteraciones y enfermedades que impiden la movilización activa.

La inmovilización va a provocar el debilitamiento de los músculos, la rigidez de las articulaciones, la aparición de úlceras, trastornos respiratorios, cardiovasculares, y de evacuación entre otros.

La movilización hay que realizarla lo más pronto posible siempre y cuando esté permitida. Su médico y el fisioterapeuta le aconsejarán que tipo de movimientos o ejercicios debe realizar, nunca

hacerlos por iniciativa propia sin haberlo consultado anteriormente.

Si la persona mayor está encamada la posición más idónea es tumbado boca arriba. Cada dos horas habrá que cambiarlo de posición; de lado o bien boca abajo si la persona tolera esta posición.

Habrà que evitar las posturas anómalas que pueden adoptar el tronco o los brazos y piernas, para ello utilizaremos pequeñas almohadas, toallas etc.

Para evitar que los pies tiendan a caer hacia abajo, colocaremos una tabla a los pies de la cama. Aflojaremos las sábanas evitando que el peso de las mismas arrastre las puntas de los pies hacia abajo. Para evitar que la cadera se rote hacia fuera, colocaremos una almohada en el lateral externo de la pierna.

## CONSIDERACIONES GENERALES

- No provocar dolor.
- No invadir la intimidad de la persona.
- No traccionar de los pies o las manos sino cogerlos más próximos; como por ejemplo de la cadera o del tronco.
- Hay que tener en cuenta las propias capacidades físicas antes de realizar los traslados.
- Los movimientos tienen que ser continuos, evitar

tirones y brusquedades.

- Utilizar el número adecuado de cuidadores para cada movilización.
- Procurar la máxima participación de la persona a la que vamos a movilizar.
- Explicarle cómo vamos a realizar la movilización.
- Conocer las limitaciones del espacio antes de hacer cualquier movilización.
- No llevar encima objetos punzantes que puedan lastimar a la persona durante su traslado (bolígrafos, gafas...).

## MOVILIZACIONES EN LA CAMA

### • Giros

- La persona a movilizar está tumbada boca arriba. Coloca la pierna contraria al lado del giro con la rodilla doblada y la planta del pie apoyada sobre el colchón. El brazo contrario al giro pasa por encima del cuerpo. Por último se impulsa con la pierna doblada y gira.

-Si la persona precisa más ayuda, se le puede asistir realizando una fuerza suave y sin tirones; de la cadera y el omóplato, situándose el cuidador en el lado del giro.

### • Desplazamientos laterales (acercarse al borde de la cama)

- Para las personas con buena movilidad; se colocarán boca arriba, con las dos piernas flexionadas y las plantas de los pies apoyadas en el colchón.

Levantarán las caderas y apoyándose en los codos; desplazarán el tronco hacia el borde de la cama.

- En caso de necesitar ayuda, el cuidador se situará del lado del movimiento, colocando las manos debajo de la cadera y asistiendo el movimiento.

Si la fuerza no alcanza, también se asistirá por detrás de los hombros.

- Cuando la persona es totalmente dependiente; la movilización se realizará con dos personas.

### • Ascender hacia el cabecero

- La persona está tumbada boca arriba con las piernas dobladas y las plantas de los pies y los codos apoyados en la cama. Realiza la fuerza hacia el cabecero para ascender.

- Si precisa ayuda; le asistiremos desde las caderas.

### • Avanzar hacia el pie de la cama

Se realiza igual que la anterior pero con menos

flexión de rodillas, la fuerza será hacia el pie de la cama.

### • Incorporarse de la cama

- Cuando la persona que está tumbada en la cama quiere pasar a la posición de sentado; se levantará en tres tiempos. Primero se aproximará al borde de la cama con el desplazamiento lateral que hemos visto anteriormente, por el lado sano. Posteriormente se girará de lado hacia el borde de la cama por el que desee salir. En el tercer tiempo sacará las piernas en bloque fuera de la cama a la vez que se incorporará apoyándose con las manos en la cama.

- Si precisa ayuda le daremos un apoyo en la espalda a nivel de la escápula y en la cadera.

### • Paso de la cama a la silla de ruedas

- El paciente que está tumbado en la cama boca arriba, se sentará en la cama como se ha indicado anteriormente (apartado de los giros).

- Se acercará la silla de ruedas por el lado más fuerte de la persona a movilizar (por ejemplo, en una persona que ha sido operada de la cadera izquierda, aproximaremos la silla por su lado derecho); quedando paralela a la cama. Retiraremos el reposabrazos de la silla más próximo y le pediremos que se agarre con una mano al otro reposabrazos. Con la otra mano sobre la cama hará fuerza incorporándose y girando con los pies apoyados en el suelo.

## PARA LEVANTARSE DE UNA SILLA

### • Algunas recomendaciones o pasos a seguir:

-Sentarse en sillas altas, si es posible con reposabrazos.

-Antes de levantarse es recomendable sentarse al borde de la silla.

-Colocaremos los pies hacia atrás, debajo del asiento de la silla, bien apoyados en el suelo y separados a la anchura de los hombros.

-Deberá inclinar el cuerpo hacia delante.

-Apoyar los brazos sobre la superficie del asiento o sobre el reposabrazos si lo hay, así utilizaremos la fuerza de los brazos.

Si está delante de una mesa, otro asiento o barra también servirá de apoyo.

### • Si precisa la ayuda de una persona los pasos a seguir son:

-La persona estará al borde de la silla.

-El cuidador se colocará de frente, bloqueará las rodillas y los pies del sujeto con sus rodillas



y sus pies.

-El cuidador coloca las manos en las escápulas de la persona a movilizar pasando sus brazos por debajo de las axilas del sujeto, sin presionar.

## **SENTARSE EN LA SILLA**

Debe acercarse a la silla lo suficiente hasta tocarla con la parte posterior de las rodillas, colocado de espaldas a la misma.

Posteriormente cogerá con las manos los reposabrazos de la silla, deberá inclinarse hacia adelante y doblar las rodillas hasta sentarse.

Cuando se desliza en la silla, lo incorporaremos abrazándolo por detrás a la altura de la pelvis, con las piernas dobladas, separadas y la espalda recta. Le pediremos que nos ayude a incorporarse haciendo fuerza con los pies en el suelo y las manos en los reposabrazos.

## **PONERSE DE PIE**

Las personas de edad tienden a adoptar en esta posición una actitud excesivamente encorvada, por ello, es importante que corrija esta postura y se mantenga lo más erguido posible.

La posición idónea de pie, es colocar los pies separados, uno de ellos ligeramente avanzado con respecto al otro, mantener las caderas paralelas y el tronco erguido.

Las plantas de los pies deben estar bien apoyadas en el suelo.

Para los ancianos que han perdido parte de la movilidad es bueno que se mantengan en esta posición durante unos segundos.

## **CAMINAR**

Para asistir a una persona durante la marcha es importante tener en cuenta sus características personales y adaptarse a éstas.

En muchas ocasiones se hace necesario la utilización de un medio auxiliar. Los más frecuentes son:

- Muletas y bastones: se llevan en la mano opuesta a la pierna afectada. Es importante que tengan la altura adecuada, la mano debe estar a nivel del hueco de la cadera y el codo flexionado unos 30 ° para evitar la excesiva elevación del codo.

Necesita un período de aprendizaje y el/la fisioterapeuta debe instruirle en su manejo.

Al iniciar la marcha se adelanta el bastón unos 15 cm, luego se avanza la pierna débil y después la pierna fuerte.

Al subir las escaleras, debe situar el lado del cuerpo más fuerte pegado a la barandilla para poder agarrarse a ella.

- Trípodas y bastones de cuatro patas. Son más estables que los anteriores.

- Andadores: Pueden llevar ruedas o no. Están indicados en fases agudas o cuando existe una inestabilidad excesiva.

Normalmente se comienza avanzando el andador y la pierna débil, luego adelanta la pierna fuerte.

Cuando la persona tenga una marcha inestable y necesite ayuda, el cuidador debe caminar a su lado y sujetarle por el brazo de la parte más débil para proporcionarle la máxima seguridad.

## **SUBIR Y BAJAR ESCALERAS**

Para subir las escaleras primero eleve el pie sano y después el débil.

Para descenderlas primero baje la pierna más débil y después la fuerte o sana.

## **CUIDADOS POSTURALES**

**Las principales pautas para los cuidadores cuando cargan peso son:**

-Mantener la espalda recta.

-Flexionar las rodillas,utilizando los grandes musculos de los miembros inferiores y evitando doblar la espalda;cuando deba agacharse o coger peso.

-Aproximar el peso al cuerpo lo máximo posible.

-No realizar movimientos bruscos.

-Pivotar sobre los pies al cambiar de posición,evitando girar el tronco.

-Poner uno de los pies en dirección al movimiento a realizar.

-Utilizar una banqueta para alcanzar objetos altos evitando estirarse o ponerse de puntillas alargando los brazos.

-A la hora de coger pesos es recomendable separar los pies hasta la anchura de los hombros.

-Es preferible tirar de una carga a empujarla.

-Colocar un pie hacia delante para empujar un objeto, y para tirar de él,colocar el pie hacia atrás (si está de espaldas al objeto).



# FRACTURAS DE CADERA

La fractura de cadera es una importante causa de dependencia de las personas mayores. La caída es la causa más frecuente.

Cuando una persona mayor ha sufrido una caída con fractura de cadera suelen aparecer unos signos generales:

- Acortamiento de la pierna de la zona afecta de 1 a 5 cm.
- Separación hacia afuera de la pierna afecta.
- Rotación hacia el exterior de la pierna y pie afecto.
- Imposibilidad de mover la pierna afecta.
- Deformidad de la zona.
- Existe elevado dolor al tocar al nivel de la ingle.
- En ocasiones puede apoyarse en la pierna afecta e incluso puede que llegue a caminar en un primer momento. Esto no quiere decir que no exista fractura.

El tratamiento puede ser quirúrgico o simplemente se deja en reposo sin operar con la administración de analgésicos.

## CUIDADOS GENERALES POSTERIORMENTE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRAS LA INCORPORACIÓN AL DOMICILIO

### *Medio ambiente*

- Tener cuidado de no dejar objetos en medio de la habitación, mantener una buena iluminación y quitar alfombras.
- Evitar zapatillas con suelas deslizantes,
- Proporcionarle mesillas cerca de la cama dónde pueda depositar las cosas.

### *Herida quirúrgica*

- Seguir los consejos de la enfermera, respecto al mantenimiento de la incisión.
- Comprobar la aparición de fiebre.
- Lavarse las manos antes y después de manipular la zona. Comprobar si está inflamada, roja o caliente, puede indicar infección. Consultar con los profesionales.

- Mantener la zona limpia y seca, no cubrir la incisión con una gasa que se haya caído al suelo ya que estará contaminada.

- Tomar los medicamentos que les hayan recomendado.

### **Evitar**

-Cruzar las piernas o juntarlas de pie, sentado o acostado.

-Torcer el pie hacia la otra pierna.

### **Algunos consejos**

- Cuando se siente tiene que hacerlo con las piernas ligeramente separadas.

- Evite sentarse en sillas bajas y en sofás especialmente blandos.

- No se acueste sobre el lado afecto hasta que no se lo permita el médico.

Cuando se acueste sobre el lado sano, coloque entre las piernas una almohada larga. Las rodillas tienen que estar ligeramente flexionadas.

- No cruzar las piernas mientras camina, evitar giros.

- Evitar doblarse excesivamente (al tocarse los pies, ponerse las medias, coger algo del suelo, subirse la manta mientras está en la cama) hasta que no se lo recomiende el médico.

- En los primeros días evitar que las rodillas estén más altas que las caderas cuando esté sentado.

- Realizar los cambios posturales que les haya recomendado el personal sanitario para la prevención de úlceras y heridas por presión. Vigilar

especialmente los talones y las nalgas.

- Cuando esté tumbado en la cama, boca arriba, evite que el pie se vaya hacia afuera colocando una almohada en el exterior del pie.

- A la hora de bañarse evitar en la medida de lo posible la bañera. Utilizar mejor la ducha sentado en una silla.

- Subir y bajar escaleras: No realizarlo hasta que se lo indique el médico.

Para subir escaleras, suba primero la pierna sana y después la afectada. Para bajar colocar las muletas en la escalera de abajo, baje primero con la pierna dañada y posteriormente con la sana.

- Continúe utilizando las dos muletas hasta que el médico no le diga lo contrario.

- Colocar la mesilla de noche en el mismo lado que la pierna no fracturada, evitando girar el tronco hacia el lado afecto.

- Intentar acostarse con las piernas estiradas de 15 a 30 minutos al día para evitar que se retraiga la parte anterior de las caderas (consultar al médico).

- Si nota sensación de hinchazón en la zona operada o sensación de calentamiento en la pantorrilla colocar la pierna en alto (siguiendo las indicaciones anteriores) y si persiste, comentar al médico.

Recuerde que mientras la pierna no soporte el peso de su cuerpo al caminar, los músculos que bombean la sangre hacia arriba no se contraen, así que la pierna está predispuesta a inflamarse.

- Realice los ejercicios que le recomiende su médico y/o el fisioterapeuta.



# AMPUTADO GERIÁTRICO

La media de edad de los amputados de extremidades inferiores es de 51 a 69 años. La etiología más frecuente es la vascular, traumática o como complicaciones de la diabetes mellitus.

Las amputaciones pueden ser tanto en las piernas como en los brazos, los cuidados deberán ser diferentes según el nivel de la amputación.

## RECOMENDACIONES

- En la amputación de la pierna, según el nivel afectado, la rodilla y la cadera tienden a colocarse en flexión y separación por la retracción de los músculos. Para evitar estas posiciones anómalas se recomienda que permanezca tumbado boca abajo unos minutos varias veces al día si no existen problemas cardiorrespiratorios que puedan impedir esta posición.

- El cuidado de la cicatriz será esencial. Hay que evitar que se engrose y provoque dolores que posteriormente impidan la colocación de la prótesis. Para ello se pueden realizar masajes específicos para la cicatriz y la aplicación de electroterapia.

- En las primeras semanas hay que evitar que el

muñón se inflame en la medida de lo posible para que posteriormente pueda colocarse una prótesis. Como medidas para evitar el edema están las posiciones de declive elevando los pies de la cama y la realización de masajes ascendentes suaves. También pueden realizarse vendajes compresivos (realizados por el Fisioterapeuta o enfermería), y la aplicación de presoterapia o manguitos de presión que ayudan a regularizar la vascularización.

- Desde el primer momento tendrá que hacer ejercicios para tonificar los músculos del muñón. Deberán estar fuertes para poder llevar posteriormente la prótesis y volver a caminar.

Si la amputación es de la pierna deberá además fortalecer los brazos ya que posteriormente puede que se precise la utilización de muletas; también la pierna sana deberá trabajarse ya que ahora va soportar la mayor parte del peso corporal.

- En ocasiones puede aparecer el denominado “miembro fantasma”. Es la sensación subjetiva de persistencia del segmento amputado. Algunas personas a las que se les ha amputado un pie, pueden, por ejemplo, seguir notándolo aunque hayan pasado varios meses desde la amputación.

En ocasiones pueden sentir que ese pie les duele aunque ya no está.

Se puede tratar con electroterapia y la aplicación de masaje (realización de golpeteos en la zona).

- Progresivamente habrá que realizar el reentrenamiento de la marcha con la prótesis más adecuada para cada persona.

El fisioterapeuta le ayudará en esta tarea.

En algunas ocasiones no podrá colocarse una prótesis, algunas contraindicaciones son:

- Problemas respiratorios o cardíacos.
- Inflamación y dolor en el muñón.
- Alteraciones graves en la extremidad sana.
- Alteraciones psicológicas.

- Para pasar de la silla de ruedas a la cama aproxímese por el lado sano en el que no existe amputación. Frene la silla y retire el reposabrazos más cercano a la cama y apoye la mano próxima en el colchón y la otra sobre el reposabrazos que queda. Realice un impulso y un giro simultáneo.

Si está amputado de las dos piernas coloque la silla de ruedas perpendicular a la cama de tal manera que se quede mirando de frente a la misma. Con los brazos realice pulsiones hasta introducirse dentro.

Si tiene dificultad existen unas tablas de transferencias que colocadas entre la silla y la cama, le facilitarán el traslado.

- Para el aseo utilice preferiblemente la ducha a la bañera. Si sólo dispusiera de bañera utilice las tablas de transferencia introduciéndose por el lado sano.



# LA OSTEOPOROSIS

## INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es una enfermedad que se caracteriza por la pérdida de densidad del hueso, y una disminución de la resistencia, hasta el punto que puede romperse.

Se da en la mayoría de las personas de ambos sexos con más de 65 años.

Afecta a una de cada cuatro mujeres y a uno de cada ocho hombres a partir de los 50 años.

Su causa es multifactorial; pueden influir factores genéticos, hormonales, dietéticos (disminución de ingesta de calcio, consumo de alcohol, tabaquismo) etc.

Es generalmente asintomático pero puede producir dolores crónicos, sordos y difusos, mal localizados.

Las consecuencias más frecuentes son las fracturas de cadera, fracturas vertebrales y del antebrazo.

## RECOMENDACIONES

- Caminar diariamente, como mínimo una hora. El calcio no se fija en los huesos si no existe movimiento.
- Realizar los ejercicios que le recomiende el médico

o el fisioterapeuta.

- Tomar el sol, durante una hora, teniendo en cuenta las protecciones generales de la exposición al sol.

- Seguir la dieta que le recomiende su médico. Consumir productos lácteos (leche, yogur) e ingerir vegetales como la lechuga, las espinacas, las acelgas, los pescados como la sardina y el salmón aumentan los depósitos de calcio y previenen la osteoporosis.

- La ingesta elevada de alcohol, cafeína y el tabaco favorece la pérdida de masa ósea en el organismo, se recomienda eliminar estos hábitos.

- Intentar disminuir el riesgo de caída, (mirar capítulo de prevención de caídas).

- Al sentarse, deben evitarse los sillones blandos. Son preferibles los que tienen reposabrazos. Deben tener mucha precaución al sentarse, deben hacerlo despacio ya que pueden producirse fracturas vertebrales si lo hacen bruscamente.

- Cuando se tenga dolor intenso de espalda, es preciso realizar reposo suspendiendo temporalmente los ejercicios y comentarlo al médico.

- Seguir el tratamiento farmacológico que pautó su médico.



# ENFERMEDAD DE PARKINSON

Se debe a una falta de dopamina en el cerebro, necesaria para una adecuada coordinación de los movimientos.

Su causa es desconocida afectando por igual a hombres y mujeres.

Se caracteriza por la aparición de rigidez articular, enlentecimiento de los movimientos, alteraciones de la postura y el equilibrio junto con la aparición de temblor de reposo en las manos o incluso en la boca que disminuye con la actividad y durante el sueño.

Suelen caminar con el cuerpo inclinado hacia delante y las rodillas flexionadas. Arrastran los pies y no balancean los brazos durante la marcha. Estos factores favorecen el riesgo de caídas tan frecuentes en las personas que padecen esta enfermedad.

Los músculos respiratorios y los faciales así como los encargados de la deglución también pueden estar afectados.

Por ello pueden acumular secreciones en las vías respiratorias favoreciéndose la aparición de infecciones, la fisioterapia respiratoria y la ingesta de líquidos favorecerán la fluidificación de las vías.

Pueden presentar dificultad para beber líquidos, los

espesantes, las buenas pautas de posicionamiento y la calma durante las comidas pueden evitar este problema.

En ocasiones existen alteraciones en la escritura. Lo más frecuente es la micrografía o escritura con disminución en el tamaño de las letras.

Debido a la rigidez de los músculos de la cara pueden parecer indiferentes o inexpresivos, pero eso no significa que no presten atención o sientan las cosas que les suceden. Hay que hacerles partícipes de las actividades de la vida diaria y de las decisiones que se vayan a tomar.

## RECOMENDACIONES

- Tomar correctamente la medicación. En algún momento del día puede que se sienta más cansado o aumente el temblor coincidiendo con el periodo de tiempo en el que ya no hace efecto la medicación. En este caso avise a su médico.

- Debe realizar ejercicio para evitar la rigidez y el temblor. Acuda a su fisioterapeuta para que le indique que tipo de actividad será la más adecuada.

- Evite el ejercicio intenso que le fatigue o le provoque dolor, realice ejercicio controlado.

• Caminar, hacer bicicleta estática, los ejercicios respiratorios y los movimientos en el agua, el subir y bajar escaleras serán ejercicios recomendados durante las primeras fases de la enfermedad, (Consultar siempre con su médico o fisioterapeuta).

• Evite el frío y el calor extremos, así como situaciones con gran carga emocional. La ansiedad y el estrés aumentarán el temblor.

• El inicio de los movimientos suele ser lento. Hay que darle tiempo para que comience a realizar una actividad como por ejemplo levantarse de la cama.

• Procure descansar varias veces al día.

• Los masajes y los baños a 37 grados le ayudarán a disminuir la rigidez.

• Suelen adoptar una postura encorvada cuando caminan, doblando las rodillas, arrastrando los pies y con ausencia de braceo.

Deben intentar estirarse cuando caminan, levantar la cabeza, llevar los hombros hacia atrás, estirar las rodillas y mover los brazos levantando exageradamente los pies del suelo.

• En la medida en la que se pueda hay que facilitar las tareas como por ejemplo ducharse en lugar de bañarse o utilizar velcros para vestirse en lugar de botones.

• Antes de hablar debe coger el aire profundamente para que luego las palabras salgan con más fuerza.

• Prestar atención a la prevención de caídas.

• Si cuando camina se bloquean los pies, imagine que hay un escalón e intente atravesarlo levantando el pie, con esta acción suele instaurarse de nuevo el movimiento.

• Para sentarse en una silla acérquese describiendo un semicírculo. Antes de sentarse compruebe que esta tocándola con sus rodillas. Después busque los reposabrazos y siéntese lentamente flexionando el cuerpo hacia delante.

• Si presenta dificultad para la ingesta de líquidos utilice espesantes. Para comer se recomienda que exista un clima tranquilo y que se de el tiempo necesario. Para tragar se aconseja que incline la cabeza hacia delante, si la lleva hacia atrás puede que la comida vaya a los pulmones.





# EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

## INTRODUCCIÓN

Se suelen presentar como episodios agudos denominados genéricamente “ictus cerebrales”. Se producen cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe repentinamente o cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe, derramando sangre en los espacios que rodean a las células cerebrales.

- Como factores de riesgo encontramos la hipertensión arterial, el tabaco, el alcohol y la diabetes entre otros. También los procesos cardíacos pueden favorecerlo.

- **Hipercolesterolemia:** Suele provocar la parálisis de los músculos de la mitad del cuerpo contraria al lado de la región del cerebro afectada junto con alteraciones de la sensibilidad de esa zona. Pueden presentar alteraciones visuales, cognitivas, de la marcha, el equilibrio, la prensión o incluso del habla, la lectura y la escritura. La sintomatología dependerá de la zona del cerebro que esté dañada.

Inicialmente se produce una “**fase flácida**” en la que se produce una disminución del tono muscular. Los músculos están débiles con incapacidad de producir movimientos en el lado afecto. En esta

fase inicial la persona suele estar encamada, será conveniente prestar atención a los cambios posturales cada dos horas evitando la aparición de úlceras. La movilización de las extremidades tendrá que realizarse lo más precozmente posible.

Progresivamente irá ganando tono muscular, algunos llegarán a una “**fase espástica**” en la que el tono muscular aumenta en ocasiones de forma excesiva y pueden aparecer posiciones anómalas de las articulaciones. Las más frecuentes suelen ser la flexión del codo y la flexión o extensión de la rodilla.

Un tratamiento fisioterápico precoz y adecuado será fundamental en este tipo de patología.

## SINTOMATOLOGÍA

La sintomatología es el fiel reflejo del área cerebral lesionada. Hay que tener en cuenta que los síntomas se presentarán en la mitad del cuerpo del lado contrario a la del área cerebral afectada; es decir, si la lesión se produce en el lado derecho del cerebro, se afectará principalmente el lado izquierdo del paciente.

No todas las personas afectadas presentarán los mismos síntomas; los principales son:

**1. La hemiplejía:** Pérdida del movimiento voluntario con alteración del tono muscular y de los reflejos en el hemicuerpo afecto.

**2. Sincinesias:** Movimientos involuntarios e inconscientes que se producen de modo sincrónico o asociado con otros movimientos. En ocasiones al caminar o al mover la pierna puede moverse de forma involuntaria el brazo afecto.

**3. Alteraciones de la sensibilidad:** puede presentar dificultad para sentir el calor, el frío o la presión. Pueden no notar cuando una persona les toca en el área afecta.

**4. Afasia – Disfasia:** Alteración del lenguaje en diversos grados. Puede afectarse tanto la expresión como la comprensión del mismo.

**5. Apraxia-Dispraxia:** Consiste en la dificultad para realizar gestos cotidianos incluso de la vida diaria.

**6. Pérdida de visión del mismo lado afecto.**

**7. Agnosia:** incapacidad para reconocer objetivos visualmente, auditivamente o táctilmente.

**8. Anosognosia:** El paciente no reconoce la enfermedad, la niega como si no existiera.

**9. Trastornos de la orientación espacial y temporal.**

**10. Heminegligencia:** la persona no atiende al hemiespacio del lado afecto.

No tienen en cuenta los objetos situados en ese lado. Para evitarlo es aconsejable que los familiares le hablen y le entreguen objetos por el lado afecto.

**11. Osteoartropatías:** Osteoporosis y hombro doloroso. Es muy frecuente que el hombro del lado afecto tienda a descender y se subluje hacia abajo a causa de la debilidad muscular. Para evitarlo hay que procurar que el brazo no se quede colgando y tampoco se debe traccionar de él cuando vayamos a ayudarlo a levantarse o a cambiarse de posición.

**12. Síndrome talámico:** Dolores muy invalidantes y difíciles de dominar.

**13. Alteraciones circulatorias:** puede aparecer inflamación en la mano o en el pie afectados con frialdad, coloración azulada, piel lisa y brillante.

**14. Incontinencia urinaria o rectal.**

**15. Perturbaciones de funciones superiores y del estado de ánimo:** depresión, labilidad emocional.

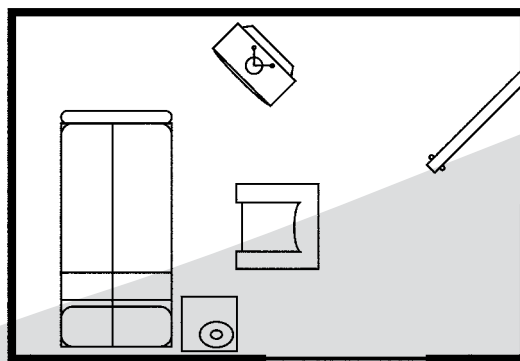
**16. La marcha:** Asimetría y asincronía de los movimientos.

siguientes complicaciones:

- Subluxación y dolor de hombro.
- Rigidez de cadera, rodilla y pie.
- Depresión nerviosa.
- Infarto cerebral masivo.
- Alteraciones cardíacas.
- Infecciones respiratorias (10%).
- Trombosis venosas y alteraciones circulatorias.
- Sangrado digestivo, pseudo-obstrucción abdominal.
- Infecciones-incontinencia urinaria.
- Fiebre. Hiperglucemia por el tratamiento farmacológico.
- Deshidratación debido al encamamiento, la sudoración y algunas medicaciones.
- Úlceras por presión debidas al encamamiento.
- Esguinces de tobillo y caídas frecuentes.

## RECOMENDACIONES

• **Preparación de la habitación:** El paciente debe recibir la máxima estimulación por el lado afecto ya que tiende a ignorarlo. Todas las actividades deben desarrollarse por ese lado. La posición de la cama debe permitir mirar a través del su lado afecto. La mesilla debe estar del lado afecto para cruzar la línea media para tomar un vaso agua, el pañuelo etc.



Modelo orientativo de la distribución de la habitación.

• **Realizar cambios posturales:** En los primeros días en los que permanece en la cama, deben realizarse cambios posturales cada dos horas

## COMPLICACIONES

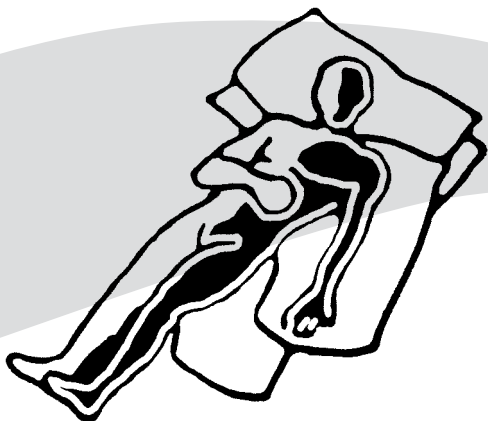
En algunas ocasiones pueden aparecer las

para evitar la aparición de úlceras y retracciones articulares.

### Las posiciones adecuadas son:

#### 1.- TUMBADO BOCA ARRIBA

- Cama: horizontal.
- Cabeza sobre la almohada sin inclinación hacia delante.
- Los hombros reposan en la almohada.
- El brazo afecto reposa separado sobre una almohada con la mano abierta y el codo estirado.
- La cadera afecta reposa sobre una almohada con la rodilla estirada y el pie en ángulo recto.



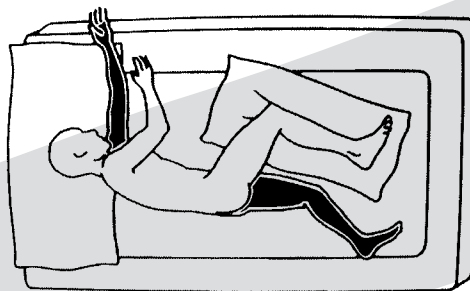
#### 2.- TUMBADO SOBRE EL LADO SANO

- Cama horizontal.
- Cabeza recta, reposa sobre almohada.
- El brazo y la pierna afectados descansan sobre una almohada.



#### 3.- TUMBADO SOBRE EL LADO AFECTO

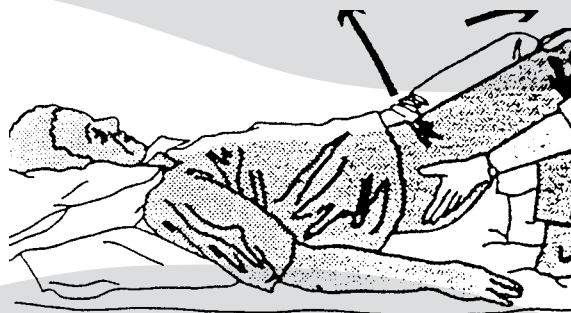
- Cama horizontal.
- Colocaremos una almohada debajo de la pierna sana.
- El brazo y la pierna afectas permanecerán estirados.



### • Transferencias

#### 1.- DESPLAZAMIENTO LATERAL EN LA CAMA

- Cama plana.
- Paciente: rodillas en flexión con los talones apoyados en la camilla. Le pedimos que levante las nalgas.
- El cuidador: presionará la rodilla afectada hacia abajo, y la otra mano en la cadera acompañará el movimiento lateral.
- Después desplace los hombros y el cojín lateralmente.



#### 2.- GIRO HACIA EL LADO SANO\*

- Paciente tumbado boca arriba.
- Le pediremos que entrelace los dedos de la mano (el pulgar afecto se colocará por encima del lado sano) y que doble la rodilla afectada.
- El cuidador se coloca al lado al que vamos a girar. Una mano le ayudará a girar en el hombro y la otra en la cadera.

*\*Esta maniobra nos servirá para colocar la cuña si fuera necesario.*



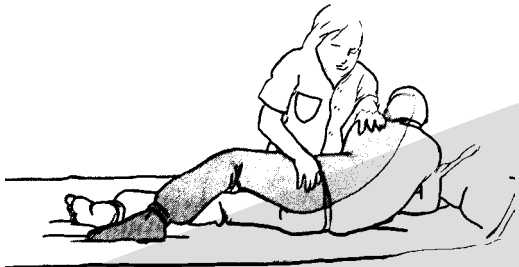
### 3.- GIRO HACIA EL LADO AFECTO

- El cuidador le ayudará a girar a nivel del hombro y la rodilla afectas.
- El paciente desplaza él mismo la pierna y el brazo válidos.



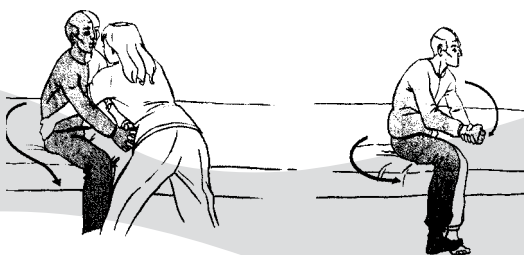
### 4.- SENTARSE EN LA CAMA

- Primero se realizará el desplazamiento lateral al borde de la cama hacia el lado sano.
- Después girará hacia ese mismo lado no afecto.
- Se apoyará en el codo y la mano sana e impulsará el tronco sacando las piernas a la vez.
- El cuidador apoyará en la zona escapular y la cadera afecta.



### 5.- SENTARSE EN EL BORDE DE LA CAMA

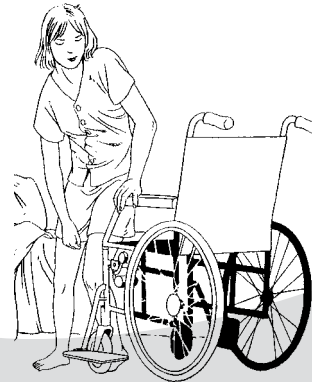
- El paciente está sentado y lo queremos aproximar al borde de la cama.
- Le pedimos que entrelace las manos y lleve los brazos hacia delante.
- Realizará movimientos coordinados de la cadera y los hombros para desplazarse hacia delante.
- El cuidador colaborará con las manos en las caderas.



### 6.- PASO DE LA CAMA A LA SILLA

**Para pasar de la cama a la silla de ruedas es preciso seguir los siguientes pasos:**

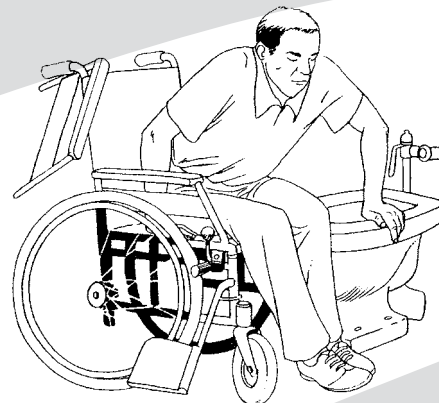
1. Sentarse al borde de la cama.
2. Colocar la silla en el lado sano.
3. Quitar el reposabrazos cercano.
4. Apoyar los pies en el suelo.
5. Colocar la mano sana en el reposabrazos.
6. Apoyar la pierna sana.
7. Ponerse de pie, realizar un giro y sentarse.



### 7.- PASO DE LA SILLA DE RUEDAS AL INODORO

**Para ello realizaremos lo siguiente:**

- 1.- La ropa se puede poner o quitar en la silla o en el inodoro.
- 2.- Colocar la silla girada junto al inodoro por el lado sano.
- 3.- Quitar el reposapiés y el reposabrazos del lado sano.
- 4.- La mano sana se colocará en el asidero o en el inodoro.
- 5.- Desplazar lateralmente la pelvis, inclinando el tronco hacia delante.

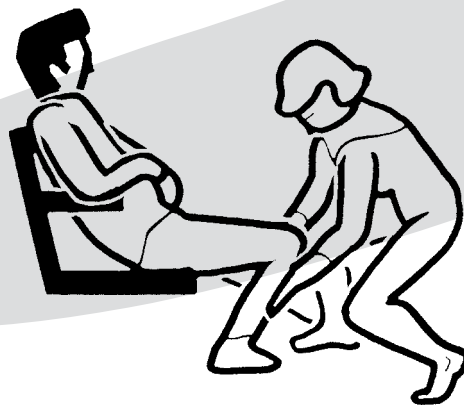
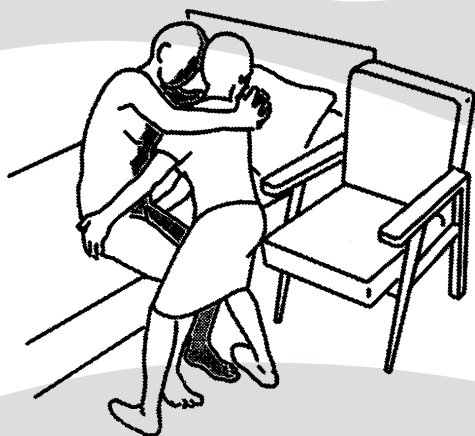


### 8.- TRANSFERENCIA CAMA-SILLA

- Sentarse borde cama.
- Colocar silla en lado sano.
- Quitar reposabrazos cercano.
- Apoyar pies en suelo.
- Inclinar cuerpo hacia delante, manos entrelazadas (agarrando terapeuta).
- Facilitación: sostener brazo hemipléjico, hacer presión omoplatos. Rodilla hemipléjica

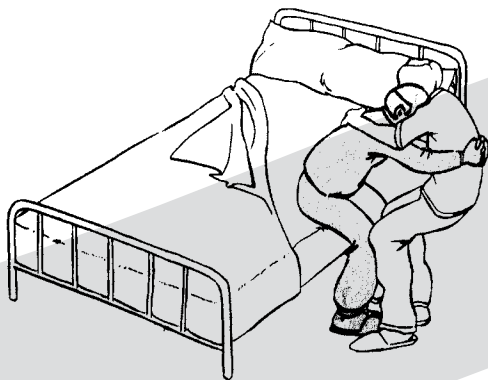
sostenida entre rodillas del terapeuta. Llevar el tronco del paciente hacia delante.

- Apoyar la pierna sana.
- Ponerse de pie.
- Girar y sentarse.



### 9.- SEDESTACIÓN – BIPEDESTACIÓN

- El cuidador se coloca frente al paciente
- Le pedimos que nos abrace a nivel de la pelvis.
- El cuidador le abraza a nivel de las escápulas.
- Con nuestras piernas sujetaremos la pierna afectada y le ayudaremos a levantarse.



### 10.- ENDEREZAMIENTO SENTADO

- Pie activo atrás.
- Brazo inactivo neutralizado.
- Apoyar el brazo activo en el reposabrazos.
- Facilitación: colocarse detrás del asiento, por debajo de las axilas; contactar con las manos planas en los muslos hasta los pliegues de las ingles. Con el esternón inclinar al paciente hacia delante.
- Baje la cabeza y empuje.
- Desplazar nalgas y muslos con acción envolvente.
- Erguirse, enderezando al pac.

## EL CUIDADO DEL HOMBRO

Debido a la debilidad muscular el hombro afecto puede descender hacia abajo provocando dolor.

Hay que tener cuidado de no traccionar el brazo, en ocasiones se coloca un cabestrillo para que no quede descolgado.

Otra medida preventiva será colocarlo estirado sobre la mesa, al caminar podrá meterse la mano en el bolsillo para evitar el efecto de la gravedad.

No se recomienda darle una pelota para que la apriete con la mano, podría aumentar la retracción de los músculos.

El frío o el calor podrán calmar el dolor así como el tratamiento farmacológico.

## EL CUIDADO DEL PIE

En algunos casos la debilidad muscular afecta al pie. Cuando esto ocurre el pie suele estar caído hacia abajo

Para evitar esta complicación es importante la realización de ejercicios fisioterápicos de forma precoz.

Para caminar puede hacerse preciso la utilización de férulas que levantan el pie.

En las primeras fases intentaremos que las sábanas de la cama no estén muy metidas para que no traccionen el pie hacia abajo.

Se podrán colocar en la cama almohadones que pongan los pies rectos a noventa grados.



# DIABETES

## DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus o diabetes sacarina es una enfermedad crónica debida a una producción inadecuada de la insulina que elaboran las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, a un defecto de la acción o mala utilización de la hormona en los tejidos orgánicos, o a ambas circunstancias, con lo que resulta un metabolismo inadecuado de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas cuyo principal indicador es la hiperglucemia. La causa puede ser genética, vírica, ambiental o autoinmune, o bien una combinación de tales factores.

Los dos tipos principales son el tipo I, diabetes juvenil o diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID) y el tipo II, diabetes del adulto o diabetes mellitus no insulino-dependiente (DMNID).

## OBSERVACIONES

- Polidipsia ( importante sensación de sed).
- Polaquiuria (diuresis masiva). Se orina en más ocasiones y en más cantidad.
- En la diabetes tipo I(DMID) es frecuente observar polifagia (hambre excesiva) y pérdida de peso. En

los pacientes con diabetes tipo II ( DMNID) la pérdida de peso, incluso voluntaria es difícil.

- Puede existir debilidad y fatiga.
- En los diabéticos, especialmente en los del tipo II, es frecuente la visión borrosa, la vulvovaginitis y el prurito (picor). Los signos de neuropatía periférica se observan con más frecuencia en los pacientes con DMID.
- Glucosuria (presencia de glucosa en orina) y/o cetonuria (presencia de cuerpos cetónicos en orina).
- Los diabéticos no insulino-dependientes suelen ser obesos, aunque pueden permanecer asintomáticos.
- La diabetes puede producir las siguientes complicaciones:
  - 1.- Acidosis diabética.
  - 2.- Trastornos de la visión, debidos a retinopatía (una de las principales causas de ceguera).
  - 3.- Hipertensión arterial e insuficiencia renal (las enfermedades renales son mucho más frecuentes en las personas diabéticas que en las no diabéticas).
  - 4.- Evidencia de vasculopatía periférica de las extremidades inferiores (cardiovascular,

enfermedad arterial oclusiva de los miembros inferiores).

5.- Predisposición a las infecciones.

6.- Impotencia en el varón.

7.- Neuropatía, principalmente de las manos, piernas, pies y cabeza. Dolor, falta de sensibilidad al frío y al calor, sensación de hormigueo y adormecimiento de los miembros.

8.- Trastornos cardiovasculares (la posibilidad de sufrir cardiopatía isquémica y accidentes vasculocerebrales es dos veces más probable en pacientes diabéticos que en los no diabéticos).

9.- Otras complicaciones: complicaciones del embarazo (toxemia gravídica, aborto espontáneo, hidramnios) y del parto (presentaciones fetales anómalas, procedencia del cordón).

## TRATAMIENTO

- El objetivo del tratamiento es prevenir las complicaciones de la diabetes mediante el mantenimiento de unos niveles de glucemia lo más cercanos posibles a la normalidad.

- El control requiere un equilibrio entre la ingesta de alimentos, la actividad física y el tratamiento médico. Un control adecuado del estrés puede ayudar a crear una situación más estable.

## DIETA

- Los requerimientos alimentarios de cada paciente serán ajustados individualmente por el médico. El principio básico del control dietético consiste en el mantenimiento del peso corporal ideal.

- Las dietas recomendadas se basan en seis grupos o listas de intercambio, de alimentos. Cada lista consiste en alimentos que, en las cantidades especificadas, contienen una cantidad equivalente de calorías, hidratos de carbono, proteínas y grasas. Los grupos de intercambio son: leche, vegetales, frutas, pan, carne y grasas. Los alimentos que pertenecen a la misma lista de intercambio son sustituibles entre sí. Las sustituciones pueden realizarse dentro del mismo grupo, pero no entre ellos.

- Los dos grupos de alimentos que tienen restricciones importantes son los azúcares libres y las grasas animales.

- Son recomendables las dietas con un elevado contenido de fibra.

- Debe procurarse mantener una ingesta calórica diaria global adecuada.

- En caso de enfermedad, estrés o ejercicio no habitual deben reajustarse las dietas.

- La dieta y el ejercicio pueden controlar la hiperglucemia en los pacientes diabéticos del tipo II.

## EJERCICIO FÍSICO

Una parte importante del control de la diabetes se basa en un programa de ejercicios regulares, aunque debe ser individualizado para cada paciente.

## MEDICACIÓN

- Insulina inyectada. Es esencial en pacientes de tipo I y a veces es necesaria en pacientes de tipo II si la dieta o los hipoglucemiantes orales no controlan adecuadamente la hiperglucemia.

- Agentes hipoglucemiantes orales. Pueden prescribirse a los pacientes con diabetes tipo II si la reducción de peso y la dieta no logran controlar su hiperglucemia.

## ADMINISTRACIÓN DE INSULINA

- La insulina se administra por vía subcutánea (SC), sólo puede emplearse por vía endovenosa la insulina regular en el tratamiento de emergencia de la cetoacidosis diabética.

- Si el preparado se presenta como suspensión, debe agitarse suavemente el recipiente para obtener una suspensión uniforme antes de extraer la insulina. Debe rotarse el vial entre las manos e invertirlo varias veces. Nunca agitarse vigorosamente.

- Para la administración subcutánea, se utiliza una jeringa graduada de 1ml, de diferente tipo según sea la concentración de insulina indicada. La insulina de cada concentración, debe administrarse con su jeringa correspondiente.

- Las áreas más utilizadas para la aplicación de las inyecciones subcutáneas de insulina, son los brazos (a nivel del deltoides), los muslos, el abdomen y las nalgas. La administración subcutánea repetida en el mismo sitio provoca alteraciones en el tejido adiposo y ello dificulta la absorción del medicamento. Conviene ir cambiando los puntos de inyección en cada oportunidad, de tal modo que cada uno esté separado unos 4 a 5 cm del otro. Debe planificarse la rotación de los puntos

de inyección para que pasen entre 6 a 8 semanas para la reutilización del mismo. Debe utilizarse un área durante una semana antes de pasar a la siguiente, para localizar el siguiente punto de inyección, puede ser útil cubrir los anteriores con esparadrapo.

- No debe darse masaje en la zona después de la inyección, porque de lo contrario se acelera la absorción del fármaco.

- La mayor parte de los preparados de insulina, no requieren conservación en el refrigerador, aunque deben evitarse temperaturas extremas ( convienen mantenerlos entre 18 y 25 °C). Sin embargo, algunos, sí necesitan ser mantenidos en nevera. Hay que respetar siempre las instrucciones al respecto.

## CETOACIDOSIS DIABETICA

Es una complicación que suele aparecer como resultado de un importante déficit de insulina. En la diabetes tipo I no tratada se presenta espontáneamente y muchas veces marca el inicio de la enfermedad, poniendo en grave peligro la vida del afectado.

También puede producirse en el curso de la enfermedad ya controlada, y sus causas más comunes son el padecimiento de una enfermedad infecciosa, la interrupción o el fallo en el tratamiento insulínico, traumatismos graves, la administración de determinados medicamentos y trastornos vasculares, como el infarto de miocardio.

En los pacientes de edad, la cetoacidosis diabética, puede complicarse con infarto agudo de miocardio (IAM) o accidente cerebrovascular.

### Observaciones

Los síntomas suelen progresar durante un período de días o semanas. Aunque pueden aparecer en cuestión de horas si la diabetes no está bien controlada.

- Sed.
- Poliuria (diuresis importante), más cantidad de orina.
- Aliento con olor dulce, frutal.
- Debilidad, fatiga.

- Visión borrosa.
- Piel seca, caliente y enrojecida; síntomas de deshidratación.
- Los síntomas más tardíos son: respiración rápida, profunda y sensación de falta de aire.
- Hipotensión.
- Dolor abdominal agudo, náuseas y vómitos.
- Confusión y letargia, que progresa hasta el coma.

*Acudir inmediatamente al hospital.*

## COMA HIPERGLUCEMICO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO

El coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico es una situación de urgencia extrema que presenta una elevada mortalidad. Los pacientes con este trastorno sintetizan suficientemente insulina para evitar la cetosis o la degradación de las grasas, pero no la suficiente como para prevenir la hiperglucemia progresiva que da lugar a un cuadro de hiperosmolaridad y deshidratación severa.

Se da con más frecuencia en pacientes ancianos y debilitados con diabetes ligera o sospecha de la misma, existiendo habitualmente un factor desencadenante. Diversas situaciones pueden alterar el control de la diabetes y precipitar el cuadro: infección, pancreatitis, hemorragia gastrointestinal, uremia, quemaduras, hemodiálisis, diálisis peritoneal, tratamientos de hiperalimentación, cirugía o la ingestión de diversos fármacos.

### Observaciones

- El inicio puede ser insidioso durante un período de días o de semanas.
- Puede existir poliuria y polidipsia.
- Náuseas, vómitos y diarreas.
- Signos de deshidratación importante, como pérdida de la turgencia de la piel, sequedad de las membranas mucosas, piel seca o arrugada y ojos hundidos en las órbitas.
- Puede existir fiebre, taquicardia e hipotensión.



- La letargia y la confusión pueden indicar un estado de hiperosmolaridad.

- El estupor, las convulsiones y un comportamiento alterado pueden desencadenar el coma.

- Puede existir respiración de Kussmaul. (respiración rápida, profunda y laboriosa).

- Cambios de comportamiento, irritabilidad, confusión.

- Cefaleas.

- Hipotermia, taquicardia.

- Pérdida de consciencia.

## HIPOGLUCEMIA

### Tratamiento

Las reacciones hipoglucémicas suelen ocurrir cuando el paciente diabético se administra demasiada insulina, ingiere pocos alimentos o aumenta su actividad sin aumentar en concordancia la ingesta de alimentos. Los niveles sanguíneos de glucosa descienden por debajo de 60 mg/dl.

Estas reacciones ocurren con menos frecuencia con tratamiento de hipoglucemiantes orales, pero en caso de producirse pueden llegar a ser prolongados y graves, especialmente con la clorpropamida.

- Los síntomas suelen ser de inicio rápido (a veces de minutos a horas). El paciente puede presentar hipoglucemia con pérdida de conocimiento o convulsiones sin experimentar ningún síntoma previo.

- Sensación de hambre.

- Debilidad, nerviosismo, temblor.

- Piel húmeda.

- Visión borrosa.

- Administración de hidratos de carbono de absorción rápida por vía oral, siempre que el paciente esté consciente: ejemplo, medio vaso de cualquier zumo, refresco que no sea bajo en calorías, dos cucharaditas de miel, azúcar común o pastillas de glucosa pura. Anótese la hora y la cantidad administrada.

- Uno de los protocolos habituales que puede recomendarse al paciente es:

- 1.- Inicialmente medio vaso de zumo.

- 2.- En caso de no observarse respuesta, a los 5 - 10 minutos otro medio vaso (es importante no tratar de forma excesiva la hipoglucemia, dado que pueden producirse un efecto rebote).

- 3.- Seguidamente, adminístrense carbohidratos y proteínas de absorción prolongada ( queso y galletas).

En caso necesario, acudir al Hospital.



# FIEBRE

Los términos de fiebre, hipertermia o pirexia se refieren a un aumento anormal de la temperatura corporal (por encima de 37,8°C). Es importante recordar que en las personas ancianas la respuesta febril es menor, por lo que unas pocas décimas pueden ser importantes.

## CAUSAS

**Infecciones:** Al entrar un organismo extraño (bacterias, virus u otros gérmenes) en nuestro cuerpo se origina una “batalla” que tiene por finalidad defendernos de dicho organismo. En esta “Batalla” se liberan una serie de sustancias, que se denominan pirógenos, que son los responsables del aumento de la temperatura que acompaña a las infecciones.

**Otras:** Muchas enfermedades pueden producir fiebre en las personas ancianas: infarto de miocardio, embolia pulmonar, trombosis cerebral, tumores, etc.; fiebre inducida por fármacos; golpe de calor.

## MANIFESTACIONES

Son muy inespecíficas: decaimiento, falta de apetito, sed, hipotensión, aturdimiento, desorientación...

El golpe de calor merece una mención especial en las personas ancianas debido a su gravedad.

**Golpe de calor:** Suele afectar a personas ancianas debilitadas (incapaces de quitarse la ropa o trasladarse a un ambiente más fresco), que han hecho ejercicio o que

toman fármacos tales como diuréticos, antidepresivos, antiparkinsonianos, etc. Se manifiesta por fiebre, ausencia de sudoración y alteraciones del sistema nervioso central, incluso con convulsiones. Tiene un pronóstico grave.

## PREVENCIÓN

Siempre que sea posible se debe prevenir su causa.

En el caso del golpe de calor, los cuidadores deben conocer los síntomas. En los meses de calor la persona anciana ha de llevar ropa ligera y el ambiente debe ser fresco (ventiladores, aire acondicionado). Hay que comprobar que el enfermo ingiere líquidos en cantidad adecuada y evitar el ejercicio físico. Es fundamental la medición rutinaria de la temperatura.

## TRATAMIENTO

Siempre se debe comunicar el hecho al médico.

En general, el tratamiento de la fiebre comprende: tratamiento de la causa (antibióticos,...) , aplicación de medios físicos (paños húmedos en frente, axilas e ingles y/o baños de agua tibia (nunca fría)) y administración de fármacos antitérmicos.

El golpe de calor es una urgencia médica, de ahí la importancia de conocer el cuadro para solicitar asistencia médica urgente. Hay que vigilar estrechamente al enfermo porque puede presentar convulsiones y aspirar secreciones. Debe mantenerse bajo observación en todo momento en un Centro Hospitalario hasta su alta médica.



# HIPOTERMIA

Trastorno en el que la temperatura corporal desciende por debajo de 35°C.

## GENERALIDADES

Es más frecuente en los meses de invierno, aunque puede producirse en cualquier momento, incluso en verano. Es un trastorno serio, con una mortalidad en los casos graves del 50%, que aumenta con la edad y cuando existen enfermedades de base. Lo fundamental es que si se conoce, se puede prevenir con medidas sencillas.

En función de su severidad, se clasifica en:

- Hipotermia leve: temperatura rectal de 35-32°C.
- Hipotermia moderada: temperatura rectal de 32-30°C.
- Hipotermia grave: temperatura rectal por debajo de 30°C.

## CAMBIOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

Con el envejecimiento se producen una serie de cambios que aumentan el riesgo de hipotermia:

menor cantidad de masa corporal, adelgazamiento de la piel, disminución de la grasa subcutánea, menor capacidad de actividad física, disminución de la capacidad de percepción del frío y dificultad para tiritar (respuesta de los músculos, que se contraen para intentar mantener la temperatura). Además, las frecuentes enfermedades subyacentes y la toma de fármacos pueden interferir en la respuesta del organismo al frío.

## CAUSAS

En función del factor que la origina se diferencian:

### *Hipotermia de inicio agudo*

Se produce de forma accidental por exposición al medio. Es el caso de personas ancianas que sufren una caída y que, como están imposibilitadas para levantarse, quedan durante horas en el suelo, sin abrigo y expuestas al frío. Un ejemplo frecuente es el de la persona anciana que se levanta para ir al servicio durante la noche y se cae.

### *Hipotermia de inicio lento*

Como resultado de:

- Enfermedad de base: hipotiroidismo, ictus,

etcétera.

- Inmovilidad.
- Mala nutrición.
- Alcoholismo.
- Vestido insuficiente, condiciones de vivienda inapropiadas.

## **MANIFESTACIONES**

Son muy inespecíficas y pasan fácilmente desapercibidas al principio: apatía, fatiga, debilidad, ligera confusión mental, lenguaje lento...A medida que disminuye la temperatura, el enfermo empeora, hasta llegar al coma. El paciente presenta una piel pálida, la cara hinchada con mejillas enrojecidas, la respiración lenta, los músculos tensos. Es muy importante que la piel del abdomen y los muslos se note fría, a pesar de estar tapada. Muy pocos pacientes tiritan y nunca lo hacen cuando la temperatura central es inferior a 32°C. La hipotermia puede complicarse finalmente como: bronconeumonía, fallo renal, paro cardíaco o arritmias cardíacas graves, edema de pulmón y coma.

## **PREVENCION**

### ***Adiestramiento de cuidadores***

La hipotermia debida a un accidente se reconoce fácilmente por el antecedente, pero la hipotermia de inicio lento puede ser difícil de identificar, incluso para el personal sanitario, a no ser que piense en ella. Por ello, es importante adiestrar a las personas que esten al cuidado de las personas ancianas para que puedan detectarla precozmente y actuar a tiempo. El cuidador debe tomar a menudo la temperatura del anciano. La temperatura inguinal es muy fiable, aunque en caso de sospecha de hipotermia, se debe tomar la temperatura rectal.

### ***Medidas higiénicas***

Que comprenden: empleo de ropa apropiada ( que se ajuste a cuello, muñecas y tobillos, con varias capas de ropa ligera, cubierta la cabeza); alimentación variada y rica; retirada de café, tabaco

y alcohol; estimular el movimiento, los paseos.

### ***Visitas regulares***

Se ha de procurar que las personas ancianas que vivan solas sean visitados a diario por un familiar o algún vecino.

### ***Evitar caídas***

Eliminar alfombras, muebles, cables o cualquier otro obstáculo con el que pueda tropezar una persona. Hay que procurar, según cada caso, establecer dispositivos (teléfono de socorro, alarma...) para que la persona anciana pueda pedir ayuda fácilmente.

### ***Examinar el domicilio del paciente***

Supervisar la ropa de la cama (son preferibles varias mantas ligeras a una pesada), buscar posibles fugas y taparlas, proporcionar calefacción, también en el dormitorio. Si es necesario, se contacta con los servicios sociales para requerir ayuda suplementaria.

## **TRATAMIENTO**

Ante una persona anciana con temperatura central inferior a 35°C o con clínica sugerente se debe solicitar atención médica. El manejo del paciente con hipotermia abarca unos puntos clave: el calentamiento debe realizarse lentamente, intentando subir 0,5°C por hora, pues de no hacerlo así se puede producir un colapso circulatorio. Se debe colocar al paciente en una habitación que esté por lo menos a 24°C, y abrigarle con mantas suaves y amplias. No conviene usar botellas de agua caliente ni otros dispositivos (reservados para casos específicos). Se debe tomar la temperatura rectal, el pulso y la tensión arterial cada hora. Si el paciente está consciente, se le ofrecen con frecuencia bebidas calientes. Pueden ser necesarias otras medidas, como la administración intravenosa de líquidos calientes, de corticoides o de antibióticos. Incluso con los mejores cuidados, en los casos graves la mitad de los pacientes fallecen.



# PROBLEMAS CARDIACOS

## INTRODUCCIÓN

En las personas de edad avanzada la capacidad del corazón para realizar actividades intensas disminuye.

Las arterias se hacen rígidas por lo que se aumenta ligeramente la tensión arterial y las venas de las piernas tienen más dificultad para propulsar la sangre hacia arriba aumentando el riesgo de varices y trombosis.

## LAS AFECCIONES MÁS FRECUENTES DEL CORAZÓN SON:

- **Insuficiencia cardiaca:** incapacidad del corazón para cubrir las necesidades circulatorias del resto del organismo.

- **Angina de pecho:** dolor en la parte anterior del tronco irradiado hacia el cuello y los hombros debido a un flujo insuficiente de sangre al corazón.

- **Infarto de miocardio:** Necrosis o muerte de una zona del corazón por falta de O<sub>2</sub>. Se caracteriza por la presencia de dolor intenso y prolongado.

- **Arritmias:** Alteración de la frecuencia del latido del corazón. En reposo suele ser normal de 70-80 pulsaciones por minuto.

- En ancianos y diabéticos puede percibirse como dolor prolongado en la parte superior del abdomen, parece una indigestión.

## SÍNTOMAS CARDÍACOS

### *Disnea*

Respiración difícil, molesta, sensación de falta de aire.

### *Palpitaciones*

Cuando se perciben los latidos del corazón.

### *Edema o inflamación*

Suelen inflamarse los pies.

### *Cianosis*

Coloración azulada de la piel y las mucosas, principalmente los labios y las uñas.

### ***Dolor precordial***

Se manifiesta como una presión o peso a la altura del corazón. Con frecuencia el dolor se irradia al brazo izquierdo y al lado izquierdo del cuello, a veces se adormecen ambas manos.

### ***Tos no productiva***

## **RECOMENDACIONES**

- Tener reposo adecuado diario.
  - Dormir un mínimo de 8 horas.
  - Evitar emociones fuertes.
- Adelgazar y seguir una dieta sin sal si se lo ha prescrito su médico.

Es preferible que las comidas sean frecuentes pero no abundantes.

Evitar el abuso de cafeína será una recomendación a tener en cuenta.

- Dejar de fumar.

- Aceptar el hecho de que tiene que tomar la medicación según prescripción médica; probablemente durante toda su vida.

- Aumentar la deambulación y las actividades de forma gradual.

Evitar los ejercicios intensos, es recomendable alternar la actividad con períodos de descanso.

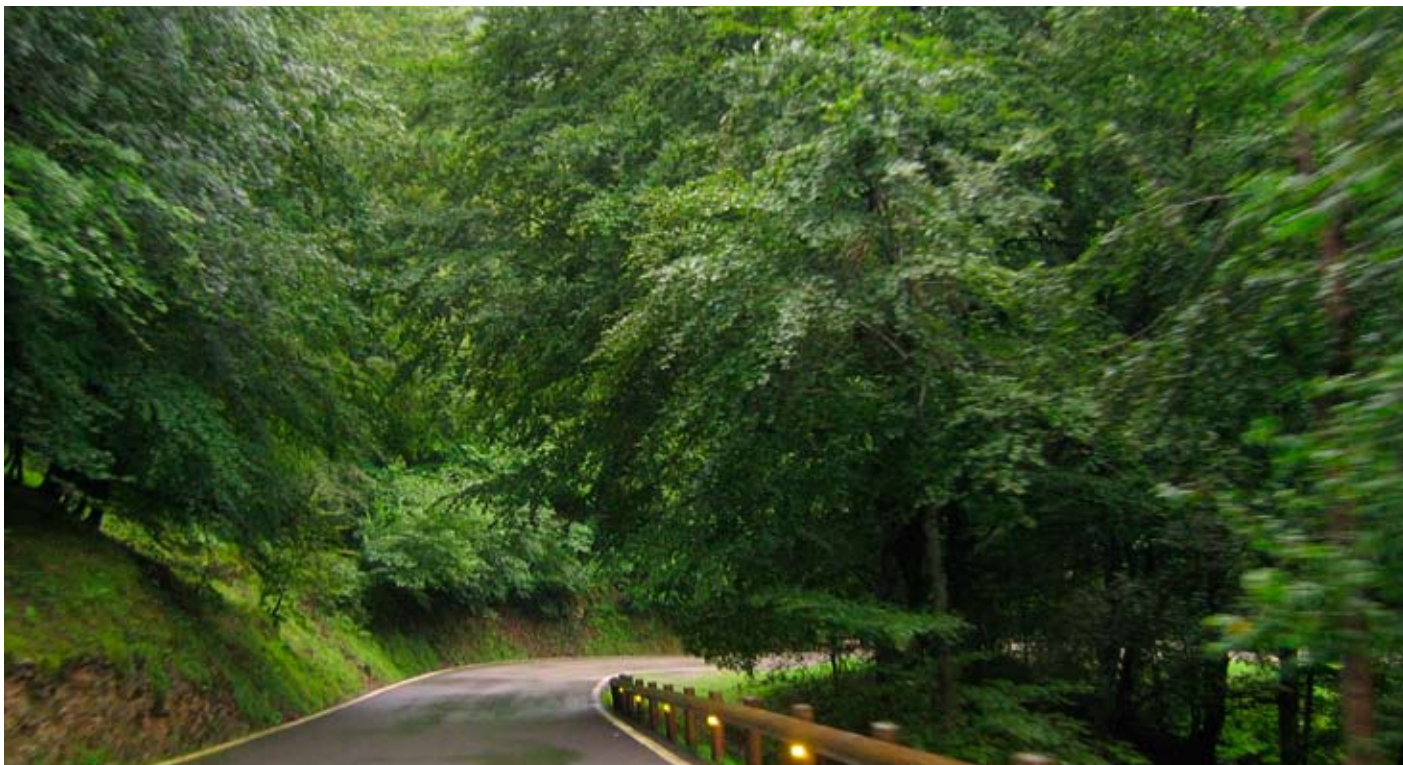
Tampoco debe realizarse ejercicio físico hasta dos horas después de las comidas.

- Incorporarse lentamente de la cama, hay que tener cuidado con los mareos si hay problemas de tensión.

- Evitar coger grandes pesos o cargas.

- Evitar el calor y el frío extremos, ya que aumenta el trabajo del corazón.

- Acudir a su médico si aparecen síntomas de fallo cardíaco como mareos, sudor y dolor torácico.



# PROBLEMAS RESPIRATORIOS

## INTRODUCCIÓN

En las personas de edad avanzada disminuye la movilidad de la cavidad torácica y se debilitan los músculos respiratorios.

Disminuye la fuerza de la tos y la movilidad de las secreciones con lo que se dificulta la expectoración. Muchas veces es necesario enseñar a toser bien, insistirles en que beban líquidos y no deglutan las secreciones.

## LAS AFECCIONES RESPIRATORIAS MÁS FRECUENTES SON

### *Neumonía*

Infección aguda de las vías respiratorias inferiores.

### *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*

Cuadro en el que se produce la disminución de la función pulmonar.

Su causa principal de aparición es el tabaco, aunque pueden existir otras causas tales como el la

contaminación ambiental o determinados trabajos.

### *Gripe*

Es una infección aguda que puede producir dolor de cabeza, debilidad, fiebre y dolores musculares. Consulte con su médico la posibilidad de vacunarse.

### *Tuberculosis*

Es una infección del pulmón producido por el bacilo de la tuberculosis. Produce pérdida de peso y de apetito con tos, dolor torácico, confusión etc.

## SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

### *Disnea*

Respiración difícil, molesta, sensación de falta de aire.

### *Cianosis*

Coloración azulada de la piel y las mucosas, principalmente los labios y las uñas.

## **Tos y expectoración**

Con posible expulsión de sangre.

### **RECOMENDACIONES**

- Evitar la obesidad.
- Dejar de fumar.
- Aumentar la deambulaci3n y las actividades de forma gradual.

Evitar los ejercicios intensos, es recomendable alternar la actividad con per3odos de descanso.

- Beber agua y l3quidos para diluir el moco y evitar la deshidrataci3n que se produce por la fiebre y el sudor.

- Humedificar la habitaci3n (colocar recipientes de agua cerca de los radiadores).

- Estimular la tos.

- Realizar ejercicios para la eliminaci3n de secreciones que le podr3 indicar el fisioterapeuta.

- Inicialmente pueden perder el apetito y prefieren una dieta l3quida. Posteriormente deber3n tomar una dieta normal.

- Elevar el cabecero de la cama incorporando la cabeza puede ayudar a respirar mejor. Otra postura que puede ayudarnos es permanecer sentado, con el cuerpo inclinado hacia delante y las manos apoyadas en las rodillas.

- Debe evitar las emociones fuertes, debe estar

tranquilo.

- Para respirar debe coger el aire por la nariz hinchando el vientre, y tiene que expulsarlo por la boca eliminando todo el aire que estaba acumulado.

- Evite tragar los esputos o tirarlos al suelo. Debe acudir al m3dico si los esputos son verdes o amarillos o si observa aumento de fatiga.

- Evite cambios bruscos de temperatura.

- Evite atm3sferas cargadas de polvo y humo.

- Intente vacunarse cada a3o de la gripe si su m3dico los considera oportuno.

- Si su m3dico lo considera oportuno, puede utilizar ox3geno para aliviar la sensaci3n de ahogo y mejorar el proceso respiratorio. Este ox3geno puede administrarse en su casa teniendo en cuenta una serie de precauciones:

- No fumar en la habitaci3n en la que se use el ox3geno.

- Mantener el equipo al menos a 3 metros de distancia de otro equipo el3ctrico.

- No utilizar cremas o vaselina alrededor del equipo ya que son inflamables.

- El ox3geno debe almacenarse en una zona ventilada, alejada del calor o el sol.

- Mantener el ox3geno desconectado mientras no se utilice.

- No intente reparar el equipo de ox3geno, llamar siempre al personal especializado.





# CIRCULACIÓN PERIFÉRICA

## PROBLEMAS EN LA PERSONA MAYOR

El envejecimiento trae consigo un progresivo empeoramiento de la circulación. Los vasos se vuelven rígidos y menos elásticos, el corazón comienza a fallar como bomba que impulsa la sangre.

Los problemas más frecuentes de la circulación periférica serán:

- Arterias: isquemia arterial
- Venas: varices y trombosis venosa.

### ISQUEMIA ARTERIAL

Lesión de la pared de las arterias generalmente por acumulo de grasas u otros motivos.

La sangre no puede llegar a alimentar las distintas partes del cuerpo que están afectadas, generalmente las piernas.

Los signos de aparición se caracterizan por calambres y hormigueos. Las uñas son frágiles con caída del vello de las piernas, se detectan partes sin sensibilidad. La pierna está fría y pálida. Pueden aparecer úlceras y heridas en la piel.

La persona mayor que está haciendo algún ejercicio debe abandonar la actividad por el dolor, incluso el paseo.

### VARICES

Son dilataciones de las venas debidas al estancamiento de la sangre dentro de ellas. Los síntomas que producen son entre otros la pesadez y el dolor de las piernas. La coloración azulada y la hinchazón con la sensación de compresión y calambres nocturnos. Pueden aparecer heridas como consecuencia del proceso.

### TROMBOSIS VENOSA

Es la formación de un coágulo o trombo en el interior de una vena, generalmente de las piernas. Los factores de riesgo más frecuente son la obesidad, el tabaco, la inmovilidad, golpes y caídas.

Algunas recomendaciones para su cuidado son:

#### • Medidas preventivas generales:

Antes de la aparición de los problemas anteriores se pueden tomar medidas preventivas:

- No utilizar prendas de vestir ajustadas. Evitar las fajas si no están indicadas por su médico.
- Evitar cruzar las piernas al sentarse.
- Evite exposiciones prolongadas al sol. Consultar con su médico como debe realizarse.
- Descansar con las piernas más altas que el resto del cuerpo en algún momento del día.
- Perder peso si hay problemas de obesidad, para evitar exceso de carga en las piernas.
- Hacer ejercicios moderados, como caminar diariamente una hora.
- No permanecer mucho tiempo de pie sin moverse o estar sentado.
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol.

• **Recomendaciones:**

- Supresión del tabaco.
- Evitar la obesidad. Mantener una dieta equilibrada con un aporte adecuado de proteínas y vitaminas.
- Evitar el frío y el calor extremos.
- Auto inspección: por lo menos una vez por semana, examinar minuciosamente los pies, para detectar la presencia de cambios de color, grietas, cortes, etc.
- Ejercicio: la actividad física estimula la circulación de la sangre. Caminar por terreno llano diariamente estaría indicado salvo que el médico recomiende reposo.
- Evitar estar sentado o de pie durante períodos de tiempo prolongados.
- En la isquemia arterial es recomendable mantener las piernas al mismo nivel que la cama durante la noche. En las varices se

recomienda tener las piernas en alto colocando una almohada en la cama que las levante, o bien elevar los pies de la cama colocando alguna tabla debajo.

- Higiene y cuidado de pies y piernas: hay que lavar los pies diariamente con agua tibia y un jabón neutro, secar a fondo sin frotar mediante pequeñas palmadas. Utilizar vaselina, si los pies están secos o descamados. Hidratar la piel de las piernas evitando golpes sobre ellas. Los callos o durezas deben ser tratados por el podólogo.

Cortar las uñas de los pies en línea recta, no muy cortas, se aconseja sumergir los pies en agua tibia para reblandecer las uñas.

- Usar calzado que se ajuste al pie. Preferiblemente de punta cuadrada o redonda.

- Usar calcetines limpios cada día, preferiblemente de algodón o lana ya que absorben mejor la humedad.

- No utilizar medias con extremos elásticos ni ligas. Si debe llevar medias de compresión será el médico el que le recomiende las más adecuadas.

- En el tratamiento de las varices se recomienda elevar las piernas al menos una hora al día. Para ello se colocarán los pies en un taburete pero las rodillas no tendrán que estar totalmente estiradas, es preferible que estén ligeramente flexionadas.

- Ante he rida acompañada de sangrado, debe comprimirse con unas gasas limpias y realizar un vendaje que comprima la zona homogéneamente e ir al centro de salud más cercano.



# HIPERTENSION ARTERIAL

## DEFINICIÓN

Cuando el corazón late, bombea sangre hacia las arterias y crea una presión en ellas. Dicha presión es la que consigue que la sangre circule por todo el cuerpo. Cuando la presión es excesiva, aparece la hipertensión arterial.

Cada vez que se toma la tensión arterial, aparecen dos cifras. La primera de ellas registra la presión sistólica (empuje de la sangre a las vías circulatorias) y la segunda, la presión diastólica (relajación del corazón entre latidos).

Consideramos hipertensión cuando el valor de la presión sistólica es igual o superior a 140 mmHg o la presión diastólica es igual o superior a 90 mmHg, o bien ambas a la vez.

## POR QUÉ APARECE

En la mayoría de los casos (90-95%) no se sabe cuál es el origen aunque probablemente sea multifactorial, es la llamada hipertensión esencial o primaria. Un pequeño porcentaje de personas padecen la denominada hipertensión secundaria, o sea, causada por otra enfermedad (por lo general de origen endocrino).

## CÓMO SE MIDE LA PRESIÓN ARTERIAL

Para medir la presión arterial se utilizan unos aparatos llamados esfigmomanómetros. Se recomienda medirla dos veces al día y hacer la media en cada visita.

- Estar relajado, sentado y con el brazo derecho sobre una mesa.
  - Tener la vejiga urinaria vacía.
  - No cruzar las piernas ni llevar ropas ajustadas en el brazo.
  - No beber, ni comer ni fumar durante los 30 minutos anteriores a la toma de la presión.
- Circunstancias que pueden aumentar los valores en el momento de la toma de tensión arterial.

- Ejercicio físico.
- Emociones fuertes, dolor, miedo, disgustos, hablar en público, discusiones, etc.
- Toma de cafeína (café, coca cola, etc.), alcohol.
- Estrés.
- Conducir.

Efecto de la bata blanca: es el aumento de la

presión arterial sólo cuando se determina en la consulta de un médico o profesional sanitario. Tienen un efecto de acostumbamiento y disminuye con las sucesivas mediciones.

Debemos saber que una sola determinación de tensión arterial alterada no implica un buen diagnóstico de hipertensión, éste se ha de contrarrestar con otras determinaciones.

• Factores “modificables” que aumentan el riesgo de padecer hipertensión:

- Sobrepeso u obesidad.
- Ingesta de alcohol excesiva (superior a un vaso de vino por día).
- Sedentarismo.
- Consumo elevado de sal en la alimentación.
- Otros: estrés, algunos medicamentos, etc.

## CÓMO PREVENIR LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

1.- Control de peso: evite el sobrepeso u obesidad. Muchos hipertensos han normalizado su tensión arterial al disminuir de peso.

2.- Realización de actividad física: el ejercicio físico ligero realizado de forma continuada es capaz de reducir la presión arterial. El ejercicio más recomendable es caminar media hora al menos 3 veces a la semana.

3.- Control de la ingesta de sal(sodio): el consumo de sal en nuestra dieta habitual es superior a 9 gramos de sal, y en algunas zonas el consumo supera incluso los 20 g de sal al día. No obstante, el sodio que consumimos en nuestra vida diaria no procede exclusivamente de la acción directa de añadir sal a las comidas, sino que debemos saber que todos los alimentos llevan sodio en su propia composición. Se recomienda para prevenir la hipertensión una reducción de sal a 6 g/día o una cucharadita de postre (2.400 mg de sodio por día). Para ello, disminuya la cantidad de sal en la preparación de sus comidas y evite, además, los alimentos muy ricos en sal.

4.- Abandono del tabaco y evitar ambientes contaminados por humo.

5.- Moderación en el consumo de bebidas alcohólicas y bebidas excitantes como café, té, coca cola, etc.

6.- Vigilar periódicamente su tensión arterial si es mayor de 40 años y tiene antecedentes familiares de

hipertensión arterial.

## MODIFICACIONES DIETÉTICAS O DIETA DASH

Varias investigaciones han demostrado que la dieta afecta el desarrollo de la hipertensión. En 1997 el estudio DASH (Enfoques Dietéticos Para Reducir la Hipertensión) comprobó que seguir una dieta equilibrada (rica en frutas, vegetales, lácteos descremados y pobre en grasa saturada) disminuía sustancialmente los valores de presión arterial en personas hipertensas y aquéllas no afectadas de esta enfermedad.

La dieta DASH se utiliza tanto para prevenir como para controlar la hipertensión. Las características principales como ya hemos dicho son:

• Baja en colesterol y grasa saturada o animal, es decir, se recomienda quitar la grasa visible de la carne, la piel de pollo, reducir el consumo de embutidos, mantequilla, nata líquida, leche entera, quesos curados, etc.

• Alta en los minerales potasio, magnesio y calcio, aportados por las frutas, vegetales, leguminosas y lácteos descremados.

Cuando hablamos de una restricción estricta de sodio nos referimos a eliminar la sal de adición ( sal de mesa) y aquellos alimentos ricos en sodio. En cambio, no añadiremos sal de mesa para cocinar y moderaremos el consumo de alimentos ricos en sodio en el caso de una restricción moderada de sodio.

## CÓMO DAR SABOR A LOS ALIMENTOS

El gusto por la sal no es más que una costumbre. La sal alimentaria proviene mayoritariamente de la sal de mesa, los propios alimentos que tienen sodio en su composición y el de los alimentos procesados. Al principio, sobre todo si está acostumbrado a comer mucha sal, los alimentos le resultaran “sosos”.

Se puede realzar el sabor natural de los alimentos cociéndolos al vapor, en papillote, plancha y guisados, es decir utilizando poco agua.

Otra forma es, mediante la utilización de especias (pimienta, azafrán, nuez moscada, jengibre, etc.), condimentos (vinagre, limón, etc.) y hierbas aromáticas ( menta, eneldo, perejil, perifollo, etc.) que tienen un sabor característico.

También nos potencia el sabor de los alimentos usar aceite como el de oliva o aceites aromatizados.

Las especias perfumadas usadas en platos estimulan la sed y, por lo tanto, la ingesta de bebidas.

Muchas hierbas aromáticas (eneldo, hinojo, laurel, tomillo, anís verde, orégano, ajedrea), contienen esencias de acción carminativa, es decir, que ayudan a disminuir los gases intestinales o flatulencia.

Cuidado con las especias picantes que pueden irritar la mucosa gastrointestinal. Por ello aconsejamos que se añadan en pocas cantidades.

- Conservas en general: atún, sardinas, de verduras\*, de legumbres\*, encurtidos vegetales.

- Quesos cremosos, semicurados y curados.

- Platos precocinados, congelados.

- Sal de mesa, sal de ajo, sal de cebolla, sal yodada, etc., salsas comerciales, Ketchup, mostaza.

- Agua con gas, bebidas gaseosas en general.

\* Recomendamos escurrir bien las conservas de verduras y legumbres y además remojarlas con abundante agua para reducir el exceso de sal.

## ALIMENTOS RICOS EN SODIO (SAL)

- Productos ahumados, salmueras, procesados o curados (jamón, salchichas, chorizo, paté, foiegras, etc.)

- Extractos de carne, "cubitos", glutamato monosódico o intensificadores del sabor (comida china).

- Galletas saladas, patatas chips, snacks salados, frutos secos salados, pastelería industrial.

- Aceitunas verdes y negras.

- Bacalao salado, caviar, mariscos, anchoas.

## CONCLUSIONES

A pesar de no disponer de una curación, la prevención y tratamiento reducen la frecuencia y secuelas de esta enfermedad. En los últimos años se ha visto un descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares que se ha atribuido a la mejor detección y control de la hipertensión.

Modificando cuatro factores del estilo de vida y sobretodo de la dieta hemos visto cómo se optimiza la eficacia tanto en la prevención primaria como en el tratamiento de esta enfermedad; estos factores son: alto consumo de sal, consumo de alcohol, sobrepeso e inactividad física.



# HIGIENE PERSONAL

La higiene personal comprende el aseo diario del cuerpo y el cuidado de la imagen. Una buena imagen externa representa la dignidad individual y el aprecio de uno mismo. El aseo corporal será asumido por uno mismo en la medida de lo posible, por el propio anciano ya que con ello favorece los autocuidados y la independencia.

Deben respetarse siempre las costumbres personales y dejar que sean los propios ancianos los que decidan sobre bañarse o ducharse. Si usted ayuda a un anciano en casa, en su aseo personal, respete siempre su intimidad, intentando establecer una comunicación que lleve al diálogo y a la confianza; así podrá estimular al anciano con sugerencias en cuanto al cuidado de su cuerpo y de su imagen.

Hay personas que acostumbran a bañarse por la noche para poder dormir mejor, sin embargo, sugerimos además, la ducha matinal porque resulta más estimulante e higiénica para comenzar el día.

## DUCHA

Es saludable empezar tomando una ducha de agua caliente y terminar con agua lo más fría que aguante.

Cuando utilice el agua fría, coja la ducha teléfono y empiece pasando el agua por los pies, las piernas... y vaya subiendo hacia arriba hasta llegar al pecho.

Al salir o entrar en la bañera agárrese al asidero que tenga instalado al efecto; séquese bien y pase un "guante de crin" seco por todo el cuerpo, estimulará la circulación y suavizará la piel; seguidamente puede darse una crema hidratante, aceite de almendras o una fricción con un poco de colonia; si tiene costumbre póngase desodorante o unas gotas de colonia en las axilas.

## BAÑO

No ponga el agua excesivamente caliente, ni permanezca más de 15 minutos dentro de una bañera, podría tener bajada de tensión. Puede echar en el baño unas gotas de aceite de almendras. Cuando termine de bañarse y mientras se va el agua, pásese la ducha con agua más fría por el cuerpo empezando por los pies; arrastrará los restos de jabón y de agua estancada y conseguirá cerrar los poros de la piel. Después de secarse dése un masaje con guante, crema y colonia.

## BAÑO EN CAMA

En los ancianos encamados el aseo corporal, alivia el dolor y la rigidez articular, reduce las molestias y el prurito ocasionado por la piel reseca.

Antes de iniciar un baño en la cama, dígame al anciano lo que va a hacerle y piense que cuando se practican cuidados corporales se le está quitando a la persona una parte de su intimidad tanto física como psíquica.

- Retire el camisón o pijama al anciano y cúbralo con una toalla grande.

- Limpie su cuerpo por partes con una esponja sumergida en agua tibia jabonosa (también puede hacerlo con una pequeña toalla o manopla de felpa). Para que el anciano no se enfríe cubra el área limpia con la toalla y pase a descubrir y limpiar otra zona.

- Comience el lavado colocando al paciente boca arriba (decúbito supino), y luego boca abajo (decúbito prono), si no pudiese permanecer en esta posición colóquelo de lado (decúbito lateral).

- Utilice jabón suave, enjuague y seque sin restregar especialmente los pliegues de las mamas, del abdomen, de las ingles y el ombligo. Limpie la región púbica de delante hacia atrás, evitará la posibilidad de infectar el aparato urinario desde la región anal.

- Limpie y seque bien el pliegue prepucial, es una zona muy sensible a infecciones por falta de higiene.

Los espacios interdigitales (pliegues entre los dedos) de las manos y de los pies deben secarse escrupulosamente. Aproveche para cortar las uñas en línea recta...

Examine la piel con especial detenimiento en las prominencias óseas, buscando zonas enrojecidas, ampollas o erosiones que puedan avisarnos de un principio de úlcera.

Aplique una crema hidratante por todo el cuerpo.

Dé un suave masaje en la espalda, las nalgas y los talones.

Siempre que el anciano pueda levantarse, es preferible lavarlo sentado en un taburete poniendo bajo éste una tela o felpa para que no resbale. Estimule al anciano a que realice el solo el lavado de

manos, cara, boca, y orejas; acérquele el taburete al lavabo o preséntele una palangana con agua tibia. Para lavarle los genitales puede decirle que se incorpore un momento y que se sujete al lavabo, asíele con una esponja y séquele sin frotar; puede aprovechar para darle una crema de bálsamo en el coxis (rabadilla) para evitar que se ulcere.

## EL CABELLO

- **Hombre**, Si está acostumbrado a mojarse la cabeza en la ducha todos los días, utilice un champú suave de uso frecuente por ejemplo 2 veces por semana. No se frote con él la cabeza, simplemente haga un poco de espuma en las manos y pásela por el cabello. Cepílese el pelo, si está calvo protéjase la cabeza del sol del verano y de los fríos del invierno con una gorra o sombrero.

- **Mujer**, Si está acostumbrada a ir a la peluquería, cuando no pueda ir, pida a alguien que le ayude a lavarse el pelo por lo menos una vez por semana, aclárelo bien, séquelo con la toalla y pase un secador no muy caliente. Cepílese el pelo todos los días, estimulará la circulación capilar.

Si no le gustaran las canas, un familiar, puede ayudarlo a darse un tinte vegetal, no estropea el pelo, es fácil de aplicar aunque se va con los lavados.

## EL AFEITADO Y LA DEPILACION

- **Hombre**, Aféitese todos los días. Si le tiemblan las manos y se corta con frecuencia utilice maquinilla eléctrica. Dése una loción para después del afeitado o un poco de colonia aplicada con las palmas de las manos en pequeños toques.

Cuídese la barba y el bigote, si no puede hacerlo usted solo, y no se fía que se lo hagan bien, vaya al barbero. Córtese con unas tijeras de bordes romos las pilosidades que le sobresalen de la nariz o del pabellón auditivo, péinese las cejas todos los días y por último observe, cómo el espejo refleja una cara digna.

- **Mujer**, Si le ha crecido vello encima del labio, en la barbilla o en alguna otra parte de la cara puede intentar quitárselo con unas pinzas o depilárselo con cremas especiales. Si usted no se atreve a hacerlo pida ayuda sin rubor, mantenga su feminidad hasta el final.

## LA CARA

Use una crema hidratante por las mañanas después de lavarse el rostro. Hay cremas económicas muy buenas a base de elastina. Si está acostumbrada,

emplee un poco de maquillaje, mejor del tipo de cremas coloreadas, resecan menos la piel y le dan una apariencia más natural. Un poco de color en los labios le sentará bien. Por la noche, límpiese la cara para quitar los restos de maquillaje y dése un poco de crema nutritiva.

Protéjase del sol con cremas de alto poder de protección (factor 15). Consulte a su médico si le han aparecido nuevas manchas o lunares, o si ha habido modificaciones en los que ya tenía.

## LAS MANOS

Lleve siempre las manos limpias y con unas uñas cortadas rectas. Es bueno ponerse crema de manos todos los días. Para las manchas de las manos hay cremas especiales que rebajan la intensidad de la coloración, consulte en la farmacia.

## MASAJE DE ESPALDA

El masaje es una forma de crear comunicación, de expresar confianza y de hacer sentir mutua existencia física.

Para dar un masaje, primero debe lavarse las manos y tener unas uñas cortas y segundo, utilizar un aceite lubricante (de almendras, de girasol, etc....) para que las manos puedan presionar y deslizarse suavemente sobre la piel.

La habitación debe estar caldeada, sin corrientes y con una luz tenue que no caiga sobre el rostro de la persona que va a recibir el masaje.

El aceite no debe echarse directamente sobre la piel del paciente, sino en sus propias manos, evite que la piel quede excesivamente empapada de aceite, si ocurriera esto, extiéndalo por otras zonas: antebrazos, hombros, etc.

1.- De pie, frente a la cabecera del anciano, coloque las manos en la parte superior de la espalda con los dedos dirigidos hacia la columna. Deslice las manos hacia abajo a la largo de la espalda, mantenga una presión firme y continua. Cuando llegue a la cintura, lleve las manos hacia los costados y suba hacia las axilas. Repita la operación 4 ó 6 veces.

2.- Con los pulgares y desde la cintura frote junto a la columna con movimientos cortos y vaya subiendo en dirección al cuello.

3.- Masajee los músculos que van del cuello al hombro con el pulgar y las yemas de los demás dedos. Amase los dos hombros a la vez.

4.- Aplique desde la parte superior de la espalda una frotación hacia la cintura empleando las yemas de los dedos con movimientos alternativos de ambas manos.

5.- Colocados perpendicular a la espalda del anciano deslice las palmas con rapidez sobre la espalda, llevando la mano derecha hacia sí mientras aleja la izquierda y viceversa. Llegue hasta la cintura y luego suba hasta el cuello.

6.- Termine pasando por la columna los dedos índice y anular haciendo una presión suave en la unión de cada vértebra.

## MASAJE DE PIES

El masaje en los pies produce estímulos que afectan a todo el organismo, favorece la relación y mejora la circulación. A veces, por problemas de lesiones, o de trastornos vasculares está contraindicado el masaje, pero siempre se puede dar un ligero masaje en los talones en pequeños movimientos circulares.

Siéntese en una silla a la misma altura que su paciente y coloque el pie que va a recibir el masaje sobre sus rodillas. Para que el trabajo resulte más cómodo puede colocar una toalla o cojín debajo del pie. No ejerza excesiva presión cuando dé el masaje ya que los pies de los ancianos son muy sensibles.

1.- Sostenga el pie con una mano y con el puño de la otra mano, describa pequeños círculos en la planta del pie.

2.- Masajee la planta con la yema de los pulgares de ambas manos. Realice pequeños círculos a lo largo de toda la planta.

3.- Masajee ahora la parte superior del pie. Utilice los pulgares describiendo círculos. Cuando llegue al tobillo utilice las puntas de los dedos y dé un masaje suave en las dos protuberancias óseas.

4.- Sostenga con una mano el pie y con la otra recorra los surcos de los tendones desde la base del tobillo hasta los dedos.

5.- Con una mano sujete firmemente el pie y con el índice y el pulgar de la otra mano coja la base del dedo gordo y tire suavemente de él hasta que sus dedos pierdan el contacto. Repita el estiramiento con cada uno de los dedos.

6.- coja el pie entre las palmas de sus dos manos



colocando una en la parte superior del pie y la otra apoyada en la planta. Sostenga el pie, así, breves segundos. Concéntrese e intente transmitir su energía. Repita con el otro pie.

## **CUIDADO DE LOS PIES EN LOS DIABETICOS**

- Lave sus pies todos los días, por la tarde después del paseo y antes de cenar es un buen momento.

- Meta los pies en una palangana con agua templada jabonosa y déjelos sumergidos unos 10 minutos.

- Vaya frotándose los pies con una esponja o manopla sobre todo entre los dedos y alrededor de las uñas.

- Pasado el tiempo saque los pies y proceda a secalos insistiendo entre los espacios interdigitales. Una vez secos, aproveche para darse una crema o polvos desodorantes si sus pies producen fuerte sudoración o mal olor. También puede emplear polvos antisépticos para los zapatos (se espolvorean por dentro y se dejan toda la noche).

- Ahora, observe sus pies. Mire si hay lesiones entre los dedos, alrededor de las uñas, en la planta. Busque ampollas, rozaduras, zonas inflamadas, uñas incarnatas. Al disminuir la sensibilidad en los pies, usted ha podido no darse cuenta de que los zapatos le han hecho rozadura o que ha pisado algún pequeño objeto punzante.

- Si encuentra una lesión leve, lave la zona con agua jabonosa, dése un antiséptico suave, no utilice yodo. Mantenga el pie levantado, apoyado en un taburete, el mayor tiempo posible, esto favorecerá la circulación y la cicatrización de la herida. Si la lesión fuera más seria acuda a su médico.

- Es preferible que las durezas y callosidades se las trate un podólogo (uno mismo puede cortarse o quemarse con los callicidas).

- Utilice calcetines de hilo o algodón. Cámbieselos todos los días. Los calcetines no deben apretarle el tobillo porque dificultaría la circulación.

- Utilice zapatos de piel, los pies transpiran mejor. Si compra zapatos nuevos es mejor hacerlo a última hora de la tarde cuando los pies están más hinchados. Procure adaptarse a ellos poco a poco. Alterne zapatos nuevos con otros ya usados.

Lleve siempre los forros interiores de los zapatos

bien pegados y sin arrugas, de otro modo podría lesionarse la planta del pie.

- Para pasear utilice los zapatos más cómodos que tenga. Si tuviese juanetes y le produjeran dolores e impidieran dar sus paseos, consulte con el médico para que valore la posibilidad de una intervención quirúrgica.

## **COMO CORTAR LAS UÑAS**

Después de haber lavado y secado los pies, proceda al corte de uñas.

- Hágalo con la punta de los alicates (si tiene la uñas duras) o con el extremo de las tijeras. Vaya haciendo pequeños cortes a lo largo se la uña, empiece por una esquina y siga cortando en línea recta.

- No debe cortar las uñas a los lados, podría luego crecerle la uña en forma de garfio e incrustarse en el dedo.

- Pase una lima por las uñas para dejarlas lisas e impedir que una punta lesione el dedo de al lado.

- Si tienen problemas para cortar las uñas porque fueran excesivamente duras, límelas todos los días después de lavarse los pies.

## **HIGIENE DE LA BOCA**

El cuidado de la boca es un aspecto de la higiene que con frecuencia pasa inadvertido o se efectúa de manera inadecuada, siendo de suma importancia por las funciones que la misma desempeña y que tienen una gran repercusión en el resto del organismo. El cuidado de a boca requiere especial atención para aquellos ancianos que reciban oxígeno, tengan sonda nasogástrica y no reciban alimento por la boca.

Un buen cuidado de la boca comporta el cepillado de dientes y de la lengua después de las comidas.

Los enseres necesarios para proceder al aseo de la boca son:

- Cepillo de dientes
- Pasta o polvo dental.
- Seda dental.
- Vaso de agua.

El cepillado de los dientes se efectúa con un cepillo pequeño y de filamentos suaves, sosteniéndolo en

un ángulo de 45 grados y efectuando movimientos verticales desde la encía hasta la punta de los dientes; primero por su cara anterior y luego por su cara posterior. Las muelas se cepillan de delante hacia atrás.

La seda dental debe usarse una vez al día para eliminar la placa de sarro que se forma entre los espacios interdentes. El hilo dental debe introducirse entre los dientes y moverlo suavemente entre la encía y el diente.

Después de cepillados los dientes y de haber hecho uso del hilo dental, enjuáguese la boca con elixir disuelto en agua.

Tanto si el anciano lleva prótesis completa como parcial, tiene que seguir manteniendo y cuidando la higiene de los dientes naturales, de las encías, de la lengua, del paladar y de la propia dentadura postiza.

## LA DENTADURA POSTIZA

La dentadura postiza y las prótesis dentales que reemplazan a los dientes perdidos pueden producir molestias pasajeras debido a que su textura y tamaño difiere de los dientes naturales.

La dentadura postiza tiene un periodo de adaptación durante el cual el paciente ingerirá con frecuencia pequeñas cantidades de alimentos blandos, dando pequeños bocados y masticando meticulosamente. Durante este periodo no son recomendables los alimentos duros o pegajosos. La posible aparición de llagas es fácil de subsanar acudiendo a la consulta del dentista que también podrá solucionar las holguras que presente la prótesis si ha pasado mucho tiempo sin utilizarla.

La prótesis conviene guardarla en un vaso con agua que se cambiará diariamente.

Para mantener la dentadura postiza limpia y en

buenas condiciones frótela meticulosamente con un cepillo de fibras duras después de las comidas principales y enjuáguela en el chorro del grifo, después haga unos buches con agua y elixir.

## COMO PONER Y QUITAR LA DENTADURA

Antes de colocarse la dentadura postiza hay que enjuagar bien la boca porque se adhiere mejor a las encías húmedas.

Se comienza colocando la pieza superior de la dentadura aplicando una suave presión a ambos lados para situarla en su posición, luego se coloca la pieza inferior.

Cuando se ponga o quite la dentadura postiza, coloque el recipiente que la contiene sobre una toalla para evitar su rotura en caso de caerse.

La dentadura debe ponérsela todas las mañanas y mantenerla a lo largo de la jornada para evitar la inflamación de las encías, holguras y cambios anatómicos de las partes blandas que alterarán la estética del rostro.

A menos que se lo hayan contraindicado debe quitarse la dentadura por la noche. La prótesis superior se retira cogiendo la superficie frontal y palatal con los dedos índice y pulgar de ambas manos, presionando hacia abajo y tirando del borde superior hasta que desaparezca la fuerza de succión entre ésta y las encías.

La prótesis inferior se retira colocando los dedos índice y pulgar en la superficie frontal y lingual de la misma.

Las prótesis parciales nunca deben retirarse tirando de los alambres porque corren el riesgo de romperse.



# CUIDADOS DE LOS PIES

El pie es una parte fundamental del cuerpo porque permite andar y mantener una vida activa e independiente.

Son muchas las dolencias que se pueden presentar en los pies; problemas de circulación, problemas reumáticos o callos y durezas entre otros.

## RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LOS PIES

### • Si las piernas se hinchan:

- Colocar las piernas en alto para descansar. (Colocar almohada debajo la flexura de las rodillas).
- Evitar estar mucho tiempo de pie.
- No cruzar las piernas, esto comprime los vasos.
- Lavar los pies con agua fría.
- No usar medias que compriman la circulación.
- Caminar para activar la circulación.

### • Si existen callos y durezas.

- Utilizar calzado cómodo y amplio.

-Lavado diario de los pies: las grietas y los callos pueden ser propicios para la infección.

-Para aliviar el dolor puede utilizar pequeñas almohadillas (consultar con el podólogo). No utilice esparadrapo pegado alrededor del dedo ya que macera la piel y dificulta la circulación.

-Nunca deben cortarse los callos con cuchillas o tijeras porque pueden provocar heridas e infecciones. Es preferible que vaya a un podólogo.

### • Si hay sequedad y grietas:

-Usar cremas hidratantes después de cada lavado y secado. Pueden provocar infecciones si no se cuidan.

### • Ante roces y ampollas:

-Es recomendable acudir al podólogo. Las molestias se pueden aliviar lavando y secando los pies, colocando después una gasa estéril, un poco de yodo y dejándolo secar al aire en un lugar limpio y soleado.

### • Si se presentan heridas:

-Acudir al médico sobre todo si es diabético. Para curar la herida se limpia con agua y jabón

con agua fría que corte la hemorragia. Se coloca el pie en alto y se desinfecta con yodo y gasa estéril. Después se puede sujetar la gasa con un esparadrapo, hay que tener cuidado de no pegar el esparadrapo en la herida, al quitarlo podrá abrir la cicatriz e infectarla.

- **Higiene diaria de los pies.**

-Hay que lavarse los pies todos los días, preferiblemente por la noche, con agua tibia y jabón neutro, aclarándose con agua fría.

-El lavado no debe prolongarse más de cinco minutos para evitar el ablandamiento de la piel.

-Los calcetines deben cambiarse diariamente, será preferible usar calcetines de algodón o nylon.

- **Cuidado de las uñas:**

-Deben cortarse cada 15 días, con tijeras redondas.

-El corte debe ser recto. Después utilizar una

lima para pulir el borde.

-Limpiar los desechos que se acumulan bajo las uñas con algodón con agua oxigenada.

-Si son frágiles, consultar con el podólogo.

- **El calzado adecuado:**

Ha de ser cómodo, ligero y amplio. Puede ser poroso para que permita una buena transpiración, las suelas serán preferiblemente antideslizantes. El tacón será alrededor de dos cm.

- **Ejercicios y actividad física:**

-Será adecuado realizar ejercicios de los pies tras consultar con su fisioterapeuta o el médico. De esta manera activaremos la circulación.

-También se podrán beneficiar de masajes suaves en sentido ascendente de la punta de los dedos hacia la rodilla, con los pies en alto, siempre y cuando se lo indique un profesional.

- **Se recomienda visitar al podólogo con regularidad.**



## LA VISTA

La pérdida de visión puede acarrear consecuencias dramáticas, puede ser frustrante y peligroso ante el aumento de riesgo de caídas y accidentes domésticos.

A continuación explicaremos algunas medidas para cuidar a las personas que han sido intervenidas de cataratas o precisan cuidados específicos para la vista.

### APLICACIÓN DE COLIRIOS

Si se ha prescrito la utilización de gotas en los ojos, realícelo de la siguiente manera:

- Lávese las manos.
- Siente al anciano o a la persona a la que le haya que aplicar las gotas con la cabeza ligeramente echada hacia atrás.
- Quite el tapón y déjelo cerca sobre una superficie limpia.
- Dígale al anciano que mire hacia arriba a un punto determinado.
- Con el dedo índice de una mano tire del párpado

superior y con el meñique en la mejilla tire de la piel hacia abajo.

- Coloque en el ojo (saco conjuntival) el número de gotas prescrito.
- Lávese y séquese las manos y guarde el colirio cerrado en la puerta de la nevera.

### APLICACIÓN DE POMADA OFTÁLMICA

• Realice los mismos pasos que en la aplicación del colirio pero en lugar de aplicar las gotas, coloque la pomada empezando por la comisura interna del ojo, dejando una banda fina en el saco conjuntival, cuando llegue al borde externo, gire el tubo para interrumpir la salida de la pomada.

- Nunca toque el extremo del tubo con el ojo.
- Puede parpadear varias veces para que la pomada se extienda, no debe apretar el ojo.
- Con una gasa limpia, presione ligeramente el borde interno del ojo para evitar la absorción de la pomada por el conducto lagrimal.

- Cierre el tubo de la pomada y lávese las manos.

## **LAS LENTILLAS: COMO COLOCAR UNALENTE DE CONTACTO**

- Tenga en cuenta las soluciones empleadas para las lentillas ya que las rígidas emplean líquidos diferentes a las blandas.

- Lávese las manos y séquelas con una toalla de papel o tela (no dejen pelusa en los dedos)

- Saque la lentilla de la solución, si tuviese restos de pelusa lávela en la solución.

Si está rota o rayada no se la ponga.

- Coja la lente con el pulpejo del dedo índice de la mano dominante (la derecha si es diestro). Los bordes de la lentilla deben mirar ligeramente hacia adentro.

- Levante el párpado con el dedo índice de la otra mano y dígame a la persona a la que se la vamos a colocar que mire recto y al frente.

Tire ligeramente del párpado inferior y acerque la lentilla a la córnea. Déjela sobre ella y retire el dedo.

- Suelte los párpados y frótelos ligeramente sobre la lentilla para eliminar burbujas.

- Compruebe que la lentilla ha quedado bien colocada sobre la córnea.

- Si tienen molestias retírela y vuelva a lavarla en la solución adecuada.

## **COMO RETIRAR UNALENTE DE CONTACTO**

- Separe los párpados con dos dedos de la mano izquierda si es diestro y de la derecha si es zurdo.

- Si vamos a quitar la lentilla del ojo derecho, éste debe mirar hacia arriba y a la derecha. Con los dedos índice y pulgar coja suavemente el borde inferior de la lentilla.

- Retire la lente, límpiela y esterilícela como le haya explicado el óptico.

- Si lleva en ambos ojos, debe aprender a distinguirlas si son de diferente graduación en cada ojo.



# EL OÍDO: AUDÍFONOS

Cierta pérdida de la capacidad auditiva se presenta normalmente en las personas a partir de los 65 años.

Pueden presentarse problemas de comunicación y convivencia así como aumentar los riesgos de caídas y accidentes.

La familia debe estar atenta a pequeños signos indicadores del deterioro de la capacidad auditiva. Algunos signos de alarma serán:

- Acerca el oído a la persona que le habla.
- No le molestan los gritos ni las voces agudas.
- Es necesario repetirle la pregunta varias veces.
- Aumenta el volumen de su voz.
- Tiene vértigo o le pitan los oídos.
- No sigue una conversación o no presta atención a la misma.

Si el médico le ha recomendado un audífono, debe saber que es una prótesis que se coloca en el oído y que tiene un interruptor de apagado y encendido con un mando del volumen y funciona con pilas.

Los más frecuentes son los retroauriculares que se sitúan detrás de la oreja.

## COMO COLOCAR UN AUDÍFONO RETROAURICULAR

- Compruebe que funciona la pila. Encienda el audífono y aumente el volumen. Con el audífono entre las manos debe oír un pitido continuo que significa que está bien la pila.
- Desconéctelo y baje el volumen al mínimo.
- Coloque la prótesis detrás de la oreja con el auricular por delante. Se introduce al auricular por la parte puntiaguda apuntando hacia dentro y arriba, mientras que la otra mano tira ligeramente de la oreja.
- Conecte el audífono, ajuste el volumen.
- Para retirarlo apáguelo, retire con suavidad el auricular. Nunca tire del tubo o del cuerpo del audífono.

## CUIDADO E HIGIENE DEL AUDÍFONO

- El auricular debe limpiarse semanalmente. Desconéctelo del resto de la prótesis, tape el orificio y lávelo con agua templada jabonosa, nunca lo lave con alcohol.
- Saque la pila y apague el audífono siempre que no se utilice.
- No utilice el audífono mientras se bañe, llueva o sude profusamente.
- No lo lleve mientras utilice un secador de pelo.
- Aléjelo de los puntos de calor o frío excesivo.



# EL SUEÑO

El objeto del sueño es restablecer la forma fisiológica y psicológica de la persona, para poder afrontar mejor el día siguiente.

Lo que importa no es tanto la cantidad sino la calidad del sueño. Valen más cinco horas “bien dormidas”, sin interrupciones, que ocho horas mal aprovechadas, con despertares prolongados.

La cantidad del sueño requerido se modifica con la edad. Así, mientras un bebé precisa un promedio de 18 horas de sueño diarias, a un niño le basta con once, a un adolescente con nueve, a un adulto con siete u ocho y a un anciano con unas cinco.

Todo ello conduce a formular que el insomnio no es “dormir poco” sino “dormir mal”.

## COMO DORMIR MEJOR

Algunos consejos para dormir mejor son:

- Levantarse y acostarse todos los días a la misma hora y de acuerdo con una rutina preestablecida.
- No tomar alcohol de forma abusiva ni comidas copiosas de difícil digestión.

- Realizar actividades relajantes un rato antes de irse a la cama como escuchar música, leer o bañarse con agua caliente, puede ayudarle a dormir.

- Evitar todo tipo de excitantes (café o té) tres horas antes de irse a la cama, favorecerá el sueño.

- No irse a la cama recién cenado pero tampoco con sensación de hambre.

Podría hacer una merienda-cena más fuerte y al acostarse, ingerir un vaso de leche templada.

- Tener una habitación silenciosa, a una temperatura adecuada (18-20 grados).

- Si está inquieto y no puede dormir, levántese de inmediato para hacer alguna actividad que le interese y relaje (leer, arreglar papeles, limpiar, etc) hasta que vuelva a “coger el sueño”.

- Ayudar a expresar las emociones negativas puede hacer que se desahoguen y puedan dormir mejor.

- Nunca debe automedicarse para dormir, será su médico quien le prescriba el tratamiento adecuado si lo considera oportuno.





# CUIDADOS DE LA PIEL

## LAS ULCERAS : CAUSAS QUE FAVORECEN SU APARICION

La úlcera es una lesión de la piel que cursa con pérdida de sustancia cutánea y cuya profundidad puede oscilar desde una erosión superficial de la piel hasta una afectación más profunda, pudiendo llegar hasta el hueso. Esta lesión aparece como resultado de una presión prolongada sobre una zona de la piel vulnerable. Su evolución hacia la curación es muy lenta y a veces se cronifica, sobre todo en ancianos con problemas circulatorios, de desnutrición y falta de movilidad.

### CAUSAS

- **Alimentación inadecuada:** Ancianos que han sufrido una pérdida de peso importante o que presentan poca grasa subcutánea. Los ancianos obesos pueden presentar zonas de tejido subcutáneo poco vascularizado y la presión constante sobre estas zonas favorecerá las lesiones.

- **Inmovilidad:** Ancianos cuya movilidad es deficiente o está muy limitada por artrosis, parálisis o espasticidad y que permanecen sentados o encamados durante largos periodos de tiempo.

- **Diabetes:** La diabetes acelera el proceso de necrosis en los tejidos.

- **Fiebre:** En procesos febriles hay un aumento en el requerimiento de nutrientes y oxígeno de los tejidos que en el anciano puede predisponer a la aparición de úlceras.

- **Piel:** Una falta de higiene corporal, el contacto prolongado con ropas húmedas (incontinencia urinaria o fecal), o la sequedad extrema de la piel (descamación, grietas), puede dar lugar a una maceración de la piel.

## ZONAS SUSCEPTIBLES DE APARICION DE ULCERAS

Las úlceras se forman en zonas cutáneas coincidentes con prominencias óseas y, como se ha explicado en el apartado anterior, en su aparición influye el estado general del anciano.

La región sacra, el coxis (rabadilla) y los talones constituyen zonas donde con mayor frecuencia pueden aparecer las úlceras.

## VIGILANCIA Y CUIDADOS PARA PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

### *Disminuir la presión constante sobre la piel*

Se logra principalmente, a través de los cambios posturales que deberán realizarse, en un anciano encamado cada, 1 - 2 - 3 horas.

#### Cambios posturales

- **Decúbito supino (BOCA ARRIBA):** Las zonas a proteger serán fundamentalmente la pelvis y los talones. Para ello, se colocará una toalla o almohada debajo de la cintura; otra debajo de los muslos y otra debajo de las piernas. Conseguiremos aliviar la presión en la pelvis, gemelos y talones.

- **Decúbito prono (BOCA ABAJO):** Las zonas a proteger serán las rodillas, dedos de los pies y cadera (cara anterior). Los apoyos se colocarán en el abdomen, muslos, piernas y tobillos.

- **Decúbito lateral:** Se protegerán los trocánteres (parte latero-superior del fémur) rodillas y tobillos, teniendo la precaución de colocar una almohada entre las dos piernas, a fin de evitar que una rodilla apoye sobre la otra.

- **Sedestación:** Se protegerá la presión sobre los omóplatos, el relieve inferior de la pelvis, la prominencia coxígea (rabadilla) y los talones.

Los cambios posturales deberán realizarse levantando al paciente y nunca arrastrándolo.

La mejor posición para evitar las úlceras por presión es el decúbito lateral; siendo preferible adoptar esta posición por la noche que favorecerá la respiración y el sueño del anciano.

### *Emplear elementos que reduzcan la presión*

- **Arcos de cama:** se utilizan para mantener alejada la ropa de cama de los pies y de las extremidades inferiores. Pueden sustituirse éstos improvisando un corte similar con una caja de catón rígido.

- **Colchones antiescaras estáticos de diversos materiales.**

- **Colchones de presión alternante.**

- **Salvacamas de un sólo uso:** se colocan directamente encima de la sábana bajera y sirven de

aislante de la humedad.

- **Almohadillas y toallas:** Se utilizarán convenientemente enrolladas según se ha indicado en los cambios posturales.

- **Base de espuma rígida:** se practica un vaciado circular dentro, de tal manera que el sentar al paciente encima, el coxis y la parte inferior de la pelvis quedan al aire, es decir, sin presión de ningún tipo en la unión de las dos nalgas. Sirve para apacientes que permanezcan mucho tiempo sentados.

- **Cojines antiescaras de diversos materiales.**

Todos estos materiales, pueden encontrarse en Ortopedias. Los hay de distintos precios según sus características técnicas.

### *Cuidar la higiene de la piel y de la ropa*

- Deberá realizarse el aseo corporal diariamente.

- El cuerpo, piernas y pies siempre estarán limpios, suaves y secos (ver baño en la cama).

- Se evitará que el anciano descansa sobre sábanas o ropas húmedas por secreciones, líquidos derramados, sudoración, etc.

- En ancianos con incontinencia, no deberán emplearse hules o plásticos que aunque protejan el colchón, favorecerán la sudoración del paciente. En su defecto, utilice salvacamas y pañales de absorción de orina de un sólo uso.

- Las sábanas deberán estar suficientemente tirantes a fin de que no se produzcan arrugas.

- El calzado, sobre todo en personas diabéticas, será el adecuado y suficientemente cómodo para que no ejerza presión en talones y dedos (ver cuidados en ancianos diabéticos).

- En las zonas más propensas a la ulceración podrán darse unas fricciones con alcohol de romero para estimular la circulación.

### *Vigilar la dieta*

En ancianos desnutridos y con anemia será conveniente extremar la vigilancia de su dieta que constará de una importante cantidad de proteínas, vitaminas y minerales. Además, deberá tratarse la anemia si la hubiere.

Las proteínas, vitaminas y minerales, facilitan la

regeneración del tejido celular; por el contrario, su carencia aumenta la posibilidad de formación de úlceras.

En ancianos obesos y con poca movilidad la dieta deberá ser hipocalórica, siendo preferible el consumo de proteínas de origen vegetal y en todo caso, la sustitución de las carnes rojas por pescado.

El anciano deberá ingerir como mínimo 1,5 litros de líquido al día, a fin de evitar la sequedad cutánea.

## SIGNOS DE ULCERACION EN LA PIEL

### *Grado I*

Aparece una placa enrojecida bien delimitada que puede o no estar asociada a otros signos: inflamación, induración, dolor local...La epidermis (piel) aparece íntegra. En esta fase es fácil la curación.

#### **Tratamiento:**

- Lavar la zona con agua tibia y jabón antiséptico o con suero fisiológico.
- Secar cuidadosamente.
- Hidratar y estimular la circulación sanguínea con masajes.
- Evitar que la úlcera progrese suprimiendo la presión sobre la zona afectada.

### *Grado II*

Se caracteriza por una pequeña lesión o erosión cutánea con aparición, en ocasiones, de una ampolla llena de líquido como la que se observa en las quemaduras. Existe afectación de la piel superficial o profunda y más tarde, coloración grisáceo-negruzca que indica necrosis. Esta lesión ulcerosa puede degenerar a estadios más avanzados con afectación más profunda de los tejidos.

#### **Tratamiento:**

- Cura local de la úlcera.
- Cambios posturales.
- Aportes suplementarios de proteínas y vitamina C.

## CURAS: APOSITOS FLEXIBLES HIDROACTIVOS

Es posible que el médico o la enfermera, le recomienden utilizar un apósito hidroactivo u oclusivo para cubrir la úlcera (Absorbe el posible exudado, aporta humedad a la herida, mantiene seca la piel colindante a la herida), en vez de un apósito de gasa convencional, favoreciendo la cicatrización. Como son elásticos e impermeables permiten el aseo diario del anciano (la úlcera queda totalmente aislada) y aumenta su confort.

## COMO HACER LA CURA

1.- Prepare el siguiente material: suero para lavar la herida, gasas estériles, apósitos, paño de curas y bolsa para tirar el material usado.

2.- Lave sus manos escrupulosamente cepillándose bien las uñas o use guantes estériles.

3.- Coloque el paño en la zona a curar.

4.- Coja una gasa, empapela con el suero lavador.

5.- Limpie el borde de la herida y TIRE LA GASA.

6.- Coja otra gasa empapada en suero lavador y limpie la herida comenzando por el centro y siguiendo hacia los bordes. TIRE LA GASA.

7.- Coja otra gasa, mójela de nuevo y limpie los bordes de la herida y de la piel circundante. TIRE LA GASA.

8.- Coja otra gasa y seque la herida. Con UNA NUEVA GASA seque los bordes y la piel.

9.- Antes de colocar el apósito observe que está SECA la herida y la piel que la rodea.

10.- Retire la bolsa con el material de curas utilizado.

11.- Lávese las manos al terminar.

## COLOCACION DEL APOSITO

Elija un apósito que sobrepase por lo menos en 3 centímetros los bordes de la herida para que se fije bien a la piel.

1.- Coja el apósito (al ser estéril manipúlelo con

precaución para no contaminarlo) y retire el papel protector.

2.- Ponga el apósito sobre la herida y alíselo con la yema de un dedo suave pero con firmeza, ahora, fije sus bordes a la piel, a medida que se calienta por el contacto, la adherencia es mejor. No tense en exceso el apósito porque podría irritar la piel.

3.- Si coloca un apósito en la zona sacra, en ancianos con incontinencia, elíjalo de tamaño suficiente para asegurarse su fijación en el pliegue anal.

## **CAMBIO DE APOSITO**

El apósito debe cambiarse cada 3 - 7 días, sin embargo, si se observara líquido (exudado) por debajo de él, habrá que levantarlo antes; también es probable que haya que levantar el apósito antes, en ancianos con incontinencia y con úlceras en la región sacra.

1.- Lávese las manos y las uñas, utilice si prefiere guantes.

2.- Oprima con los dedos de una mano alrededor de la úlcera y con los dedos de la otra mano levante el extremo del apósito. Continúe levantando a lo largo de los bordes de la herida hasta que el apósito se desprenda con facilidad. No tire bruscamente, hágalo con suavidad.

3.- Una vez desprendido el apósito, observará en la herida una sustancia amarillenta parecida al pus ¡no se alarme! es el GEL que se formó en contacto con la herida y que ha estado actuando como cicatrizante.

4.- Este GEL debe eliminarse limpiando la herida (ver cómo hacer la cura) y no debe ponerse un nuevo apósito hasta que la herida no esté limpia (sin restos de GEL) y bien SECA la piel.

5.- Lávese las manos al terminar la cura.

Cuando se empleen apósitos hidroactivos deben respetarse las indicaciones del fabricante.

Ante cualquier duda, consulte con su médico o enfermera.



# LA MEDICACIÓN

## LOS MEDICAMENTOS

Para aquellas personas que prestan sus cuidados a ancianos que viven solos, es importante subrayar los siguientes puntos:

- los medicamentos deben tomarse siempre bajo prescripción médica, a las horas que haya indicado el médico y sólo aquel medicamento que figure en la receta, debe conocer la cantidad exacta que se va a tomar y fijarse en la caducidad del medicamento.

- Como la mayor parte de los medicamentos son prescritos para tomar a las horas de las comidas, puede ocurrir que el anciano olvide realizar alguna de ellas y por consiguiente se olvide también de tomar el medicamento o que lo tome con el estómago vacío, si fuera así deberá instruirle para que programe sus horarios de comida juntamente con la medicación.

- Confirme que la farmacia más próxima va a poder dispensarle los medicamentos con facilidad, e incluso, subirlos a casa si el anciano no pudiera salir a la calle.

- La medicación no debe interrumpirse nunca, asegure con el farmacéutico la disponibilidad del medicamento en caso de haber olvidado la receta.

- Si el anciano no viera bien y tuviera que utilizar

cuentagotas en medicaciones líquidas, déjelas preparadas en un vasito antes de irse.

- Debe conocer qué medicamentos están contraindicados con el alcohol.

- Si los nietos van a visitar a su abuelo, no deje la medicación al alcance de los pequeños.

- El 15% de los gastos derivados de enfermedad, accidentes o invalidez. Así como, los honorarios médicos y de cuotas satisfechas a sociedades o seguros médicos, pueden desgravarse de impuesto sobre la Renta; puede solicitar factura a su farmacéutico.

## TRUCOS PARA RECORDAR LAS TOMAS

- Ponga en sobres pequeños la medicación del día, señalando en cada uno de ellos por ejemplo: DESAYUNO, COMIDA, CENA. Introduzca estos sobres en otro mayor y escriba en él el día de la semana: MARTES, JUEVES, SABADO, métalo en una cajita o fichero y coloque la caja en el lugar en que habitualmente se realizan las comidas.

- Pegue etiquetas grandes en las cajas de los medicamentos y escriba en ellas las horas o bien,

DESAYUNO, COMIDA, CENA y el día o los días de la semana en que tiene que tomar la medicación; coloque las cajas de los medicamentos rotulados dentro de por ejemplo una tapa de caja de zapatos y sitúela a la vista, en una mesa o aparador.

- Existen en el mercado cajitas de plástico con compartimentos para cada día de la semana y con dispositivos de alarma programables. Son útiles cuando la medicación prescrita es provisional y se toma fuera de las horas de la comida.

Asegúrese que los medicamentos que se vayan a tomar puedan estar fuera de la nevera.

## MEDICACIÓN ESPECIAL: DIABÉTICOS

El tratamiento para la diabetes se basa en dos fundamentos: administración de insulina inyectada o en pastillas y control de la comida o dieta. Si alguno de estos principios falla, se puede producir una hipoglucemia o una hiperglucemia. (Ver capítulo DIABETES).

## SIGNOS DE ALARMA EN LA HIPOGLUCEMIA

La hipoglucemia es el descenso rápido de glucosa en sangre. Puede producirse por las siguientes causas:

- Porque la dosis de insulina inyectada haya sido superior a la prescrita.
- Porque no se haya tomado la comida prevista para la insulina programada.
- Porque se haya quemado excesiva glucosa realizando ejercicio físico.
- Porque coincidan entre sí cualquiera de estos factores.

El paciente con hipoglucemia se sentirá súbitamente mal, tendrá mareos, palidez, sudor frío y húmedo, hambre, temblores, somnolencia y confusión; puede llegar al coma hipoglucémico.

### **Tratamiento**

El tratamiento inicial de la hipoglucemia en pacientes que se inyectan insulina, consiste en administrarle 10g. De hidratos de carbono de acción rápida, seguidos de un tentempié de proteínas. Por ejemplo se puede dar: un terrón de azúcar, 2 cucharadas de azúcar disueltas en un vaso de agua, zumo de naranja, de pomelo, una bebida de cola o de gaseosa. Una vez superada la crisis, puede tomar leche, pan, galletas, etc.

## SIGNOS DE ALARMA EN LA HIPERGLUCEMIA (COMA DIABÉTICO)

El coma diabético hiperglucémico se produce por un aumento exagerado del nivel de glucosa en sangre.

El aumento de glucosa se produce lentamente, puede tardar horas o incluso días. El anciano orina mucho, tienen sed, fiebre, piel seca y caliente; presenta signos de deshidratación.

### **Tratamiento**

Mientras llegue el médico al que se llamará con urgencia, disuelva 3 cucharaditas de bicarbonato en un litro de agua (que no esté muy fría) y dele a beber en abundancia.

## PREVENCIÓN DE LAS CRISIS

- Asegúrese que el anciano que se autoinyecta la insulina ve bien la señalización de la jeringuilla, si no fuera así, avise a la enfermera del Centro de Salud para que tome las medidas que considere oportunas.
- Compruebe que las comidas que toma, se realizan a sus horas y que sigue el régimen que le puso el médico.
- Cerciórese que el ejercicio que hace es moderado.
- Los ancianos que consuman grandes cantidades de vitamina C y de aspirinas (ácido acetilo salicílico), deben saber que estos medicamentos alteran el resultado de los análisis de glucosa en orina.
- El paciente diabético debe rechazar aquellos materiales (tiras para la determinación personal de la glucosa en sangre) caducados, decolorados o que sospeche alguna alteración.

## VACUNAS: LA GRIPE

Todas las personas de más de 65 años deben vacunarse contra la Gripe, en el mes de octubre. Esta vacunación hay que repetirla todos los años.

Para la administración de la vacuna se puede acudir al Ambulatorio o Centro de Salud. Antes de ponerse la vacuna, advertirá a su médico se está con tratamiento de anticoagulantes, inmunosupresores, antiepilépticos o de teofilina.

Es normal que entre 8 y 24 horas posteriores a la administración de la vacuna aparezcan síntomas de fiebre, malestar, dolor de cabeza y leve enrojecimiento en la zona de inyección.



# LA ALIMENTACIÓN

## ALGUNAS NOCIONES DE DIETÉTICA

En esta etapa de la vida es muy importante contar con una dieta adecuada y equilibrada que permita al mayor desarrollar convenientemente sus actividades diarias y mantener un estado de salud satisfactorio.

En los mayores, el metabolismo basal se reduce aproximadamente en un 20% al tiempo que decrece sustancialmente la actividad física. Podemos por tanto deducir que, puesto que se necesitan menos calorías, hay que confeccionar dietas con un menor aporte calórico y dietas que sean apropiadas para prevenir o retrasar algunas patologías crónicas.

De todos es sabido que “el comer” bien, viene condicionado por un fuerte carácter cultural y social y que a estas edades es difícil adoptar dietas radicalmente diferentes a las que no está acostumbrado. ¿no se pretende tal cosa!, pero se debe tener presente que los excesos en el consumo de grasas llevarán a un mayor riesgo de padecer obesidad, enfermedades del corazón..., una mayor ingesta de azúcares acelerará la diabetes, el café repercutirá negativamente en la tensión arterial, el bajo consumo de productos lácteos acelerará la osteoporosis...

## LAS GRASAS

Alrededor del 20% al 25% del total de calorías deben ser aportadas por las grasas. Sin las grasas no es posible la absorción de las vitaminas liposolubles. Los estudios afirman que el exceso en el consumo de grasas lleva a padecer riesgo de enfermedades degenerativas del corazón y de los vasos sanguíneos, pero precisan, que no es tanto un problema de “cantidad” sino de “calidad”.

Hay que reducir las grasa “malas” que contienen ácidos grasos saturados y consumir grasas “buenas” que contengan ácidos grasos mono y polinsaturados; éstas se encuentran en mayor cantidad en las grasa vegetales y en el pescado.

### ***Es más recomendable:***

- sustituir la carne roja por carne blanca (pollo, pavo).
- Utilizar para cocinar aceite de oliva. Contienen sustancias antioxidantes o antienvjecimiento como la vitamina E y grasas polinsaturadas.
- No consumir ni mantequilla ni margarina.
- Evitar las frituras.

- Reducir la ingesta de huevos; comerlos en tortilla o pasados por agua y mejor aun comer sólo las claras cocidas, en ellas se encuentran las principales proteínas.

- Consumir lecitina, por ejemplo de soja. Se ha demostrado que la lecitina es una sustancia capaz de solubilizar el colesterol, evitando que se deposite en las arterias.

## LAS PROTEÍNAS

Las proteínas deben representar el 20% aproximadamente de la dieta. Se deben consumir proteínas de alto valor biológico, es decir, ricas en aminoácidos esenciales. Entre los alimentos que contienen proteínas de alto valor biológico tenemos el pescado, la leche y los quesos.

### *Es preferible*

- Consumir pescado antes que carne.
- Consumir proteínas de origen vegetal como la soja.
- Consumir productos lácteos descremados: quesos, leche, yogures...; además de proteínas, estos productos contienen vitaminas y calcio.

## HIDRATOS DE CARBONO (AZÚCARES)

El 55% restante de la dieta lo tienen que aportar los hidratos de carbono. En las personas mayores la capacidad de metabolizar los azúcares está disminuida y éstos pasan directamente a la sangre. Es importante por lo tanto reducir el consumo de azúcares simples y reemplazarlos por azúcares complejos. Los azúcares complejos se encuentran en los aceites vegetales. Los cereales, las frutas, las legumbres, las patatas...; además estos alimentos son ricos en almidón y aportan una gran cantidad de "fibra" beneficiosa para la prevención del estreñimiento y del cáncer de colon.

### *Es preferible:*

- Reducir el consumo de azúcar refinada o sustituirla por miel.
- Consumir más cereales. Se pueden tomar por la mañana para desayunar( en forma de copos), o al mediodía, cocinados con legumbres. El maíz es rico en magnesio, el trigo completo en calcio, el mijo contiene: aminoácidos esenciales, calcio, sodio,

fósforo, lecitina, riboflavina y otras vitaminas.

- Las legumbres pueden tomarse dos veces por semana. Además de hidratos de carbono contienen proteínas, calcio, fósforo, hierro, magnesio, vitamina B. Se combinan muy bien en la dieta con los cereales (lentejas con arroz, judías rojas con arroz, rabiolis de soja), aportando juntos aminoácidos esenciales y suficientes proteínas, por tanto, cuando se coman legumbres no es necesario que entren en la dieta de ese día proteínas animales (carne, pescado, o huevos).

- Sustituir el pan blanco por pan de harina integral.

## VITAMINAS

Diversos estudios han demostrado que donde más carencia hay en la dieta de los ancianos, es en el aporte de vitaminas. Las vitaminas son primordiales para mantenerse y mejorar el tono vital.

### *La vitamina C*

Se encuentra en los cítricos y en otras frutas y verduras: naranja, limones, pomelos, fresas, kiwis, melón, tomates y pimientos. La vitamina C se considera antioxidante o antienviejimiento.

Tome todos los días por la mañana una fruta ácida o un zumo de naranja e incluso 2 gramos de vitamina C en pastillas.

### *La vitamina E*

Se encuentra en el aceite de oliva, de maíz, en los frutos secos y en los vegetales verdes. También se considera antioxidante. Se puede tomar en comprimidos.

### *La vitamina D*

Se encuentra en la leche, mantequilla, yema de huevo, aceite de hígado de bacalao. La vitamina D intervienen en el metabolismo del calcio y por tanto es imprescindible en la prevención de la osteoporosis.

### *El complejo vitamínico B*

Se encuentra en los cereales, semillas, requesón, carnes rojas, vegetales verdes. Las vitaminas B1, B6 Y B12 intervienen en el metabolismo de los glúcidos, de los aminoácidos y de los ácidos esenciales.



## ***El ácido fólico***

Tiene propiedades anticancerígenas. Se encuentra en animales, verduras de hoja verde, legumbres. Se pierde en los alimentos conservados a temperatura ambiente y durante la cocción. No es necesario ingerirlo diariamente.

## ***La vitamina A***

Se encuentra en la zanahoria, boniatos, endibias, melón, yema de huevo...La vitamina A mejora la piel, previenen las infecciones de la boca, nariz y garganta.

## **LOS MINERALES**

Con el paso de los años, la disminución de calcio, zinc, magnesio y otros minerales es considerable. Esta carencia es más llamativa en personas que abusan de los laxantes y diuréticos.

### ***El calcio***

Es esencial para el funcionamiento del sistema óseo-muscular y del músculo cardíaco. Para que la absorción de calcio sea óptima se deben tomar juntamente con la dieta cantidades idóneas de vitamina D se encuentra principalmente en los productos lácteos.

### ***El magnesio***

Regula la temperatura corporal y ayuda a conciliar el sueño. Se encuentra en la leche, queso, cereales, pan negro y vegetales.

### ***El zinc***

Mejora la calidad del pelo, le da brillo y fuerza, favorece la circulación superficial.

Se encuentra en la avena, maíz, carne, huevos.

El alcohol y los corticoides hacen que el zinc sea excretado más rápidamente por el riñón, originando una carencia mayor de este mineral.

Pueden tomarse minerales en comprimidos.

## **SUGERENCIAS PARA ANTES DE SENTARSE A LA MESA**

Problemas de tipo físico por el uso de dentaduras postizas mal ajustadas o por la disminución de la

sensibilidad gustativa, conducen a los ancianos a rechazar determinados alimentos filetes, ensaladas crudas- y preferir alimentos blandos como los quesos o las sopas que no necesitan ser masticados, creándose desequilibrios en la dieta. Otros factores de tipo emocional como la pérdida del cónyuge o la soledad pueden acarrear estados anímicos depresivos, de anorexia, etc. Circunstancias todas ellas que influirán negativamente en la salud de los viejos.

La hora de la comida es un momento de comunicación y de ayuda para aquellos ancianos que se encuentren en un estado emocional poco favorable, sea cual sea la causa. La cocina puede ser un sitio idóneo para favorecer la comunicación, la enseñanza en las artes culinarias y la participación en la preparación de la comida: pelando verduras, vigilando el cocido, poniendo la mesa...

- Esfuércese por hacer agradable el lugar donde se sienten a comer.

- Las comidas deben ser atractivas de color, textura y sabor.

- Los zumos deben protegerse de la luz y tomarlos recién hechos( la vit. C se destruye con la luz).

- En el desayuno es bueno tomar cereales si se tienen costumbre o sopas de pan o galletas con el café. Los cereales que contienen salvado ayudan a prevenir el estreñimiento. También es bueno dejar por la noche ciruelas secas en remojo en un vaso de agua. Por la mañana habrá que tomarse en ayunas el líquido con las ciruelas.

- Si cuando bebe leche tienen retortijones sustituya la leche por yogur.

- Un menú equilibrado es preferible repartirlo en cuatro pequeñas comidas que en dos comidas fuertes. Es aconsejable un buen desayuno, una comida ligera, una infusión o una taza de leche teñida de malta con dos galletas a media tarde y una cena ligera y temprana. Al acostarse puede tomar un vaso de leche tibia.

- Aumente el consumo de verduras y de frutas. Mejor tomar frutas ácidas por la mañana y frutas dulces por la tarde, producen menos gases.

- Cocine a la plancha.

- Quite los restos de grasa de la carne y la piel del pollo antes de cocinarla.

- No cocine con grasa de manteca o tocino. Deseche el aceite sobrante de las frituras una vez utilizado.

- Cocine casi sin sal. Eche unas gotitas de limón en las verduras en vez de sal, los alimentos de por sí ya la contienen. Utilice hierbas para dar sabor a las comidas.

- Si tienen problemas de gases no consuma coliflor, repollo o cebolla sin cocer. Cocine las legumbres despacio, téngalas en remojo la noche anterior y deseche luego esa agua. Evite las bebidas gaseosas. Coma despacio.

- Procure no tomar azúcar. Las frutas frescas contienen gran cantidad de azúcares.

- Beba aproximadamente dos litros de líquido al día; mantendrá una buena diuresis (facilidad para excretar la orina), prevendrá la deshidratación y mejorará el aspecto de su piel.

- Disfrute de la comida, recuerde que “el comer” debe ser un tiempo agradable para Ud. y para los suyos.

## **ARTILUGIOS PARA AYUDAR A COMER**

Como hemos indicado en estas páginas es importante mantener un grado suficiente de autonomía en nuestros abuelos que les permita seguir siendo independientes hasta el final por grande que sea su incapacidad.

Existen en el mercado una serie de artillugios que aplicados a cubiertos y vasos facilitan el manejo de los mismos y dan autonomía a quien los utiliza. También existen protectores de metal para mantener la comida dentro del plato y que ésta pueda ser recogida sin derramar. Igualmente para aquellas personas que padezcan temblores existen bandejas y plásticos antideslizantes que fijan el plato a la mesa o la bandeja evitando su caída. El terapeuta ocupacional puede orientarle en los instrumentos más adecuados para su caso.

## **A LA HORA DE PREPARAR LA COMIDA**

- Realizar una lista (por ejemplo, semanal) con una serie de menús a base de dietas completas, equilibradas y variadas, que el paciente debe cumplir.

- Realizar una guía de recetas con las comidas más usuales y preferidas, para el paciente; con el objeto de ir intercalando este tipo de comida para así animarlo a comer.

- Intentar que el paciente participe en todas las actividades de elaboración o preparación de las comidas, siempre que estas actividades no sean no conlleven peligro: comprar, preparar alimentos, poner la mesa, recoger los cubiertos, etc.

## **CUANDO LA PERSONA SE NIEGA A COMER**

- Comprobar que no existe ninguna dificultad para la alimentación, prótesis dentales en mal estado o mal fijadas, lesiones o úlceras en la boca, etc.

- Fijar un horario de comida estable

- Identificar el acto de la comida, realizando antes de cada toma un rito que lo identifique, como por ejemplo; lavado de manos, puesta de la mesa, etc.

- Hacer de la comida un acto rutinario: mismo sitio en la mesa, mismo color de la servilleta, misma vajilla, etc.

- Intentar que el momento de las comidas sea compartido, que todos o casi todos los miembros de la familia se sienten juntos a la mesa.

- Servir la comida de forma atractiva y apetitosa.

- No discutir, gritar, etc. Durante la comida.

- Si el paciente, sufre pérdidas de peso por su negativa a comer, y nuestros esfuerzos no han tenido resultado, siempre que no exista contraindicación, se puede aumentar el valor energético de las pocas tomas que realice, añadiendo a los platos alimentos enriquecidos: concentrados de carne, o un cucharada de leche en polvo, huevo líquido, complementos farmacológicos, etc. Consultar antes con un especialista.

## **CUANDO LA PERSONA SE NIEGA A BEBER**

- Es fundamental beber al menos 1 litro de agua al día.

- Hay que intentar buscar algún momento del día para realizar una ingesta compartida o en familia. Que el paciente tome líquidos acompañado, no solamente ofrecerle un vaso a él.

• Tenemos que proporcionar líquidos en envases cerrados y opacos: zumos, batidos, etc. De tal manera que el paciente no sepa cuanta cantidad ha tomado; evitando así que negocie con nosotros con frase como (me tomo medio vaso, etc).

• Habrá que ofrecer alternativas al líquido tradicional (agua); frutas jugosas, caldos, zumos, etc.

- Para bajar la comida hacia el estómago, es útil que el paciente no se tumbe en los cuarenta y cinco minutos posteriores a la comida.  
v Si tiene problemas de atragantamiento, se debe procurar que coma despacio, se pueden ofrecer alimentos blandos y en pequeñas cantidades, o si no hay más remedio se puede optar por una dieta triturada. Si se atraganta con líquidos se pueden usar espesantes naturales o ya preparados (consultar con un especialista).  
- Si se le da la comida (porque no hay más remedio), colocar la comida en la parte posterior de la lengua, pero con la extrema precaución de no provocar

nauseas, estas aparecerán se tocamos con los cubiertos, la úvula o campanilla.

- Si hay dificultad para tragar la medicación, siempre que no esté contraindicado, puede aplastarse y darse con zumos espesados.

- En general, la alimentación se verá facilitada si indicamos a la persona que tome un sorbo de agua fría o tibia con el fin de favorecer el acto de tragar, también indicar al paciente que cerrando la boca antes de tragar se facilita el acto de comer. Se puede recomendar el uso de pajitas flexibles o vasos especiales de ortopedia (vasos pibeteros etc), en caso de dificultad para llevar el vaso a la boca. El uso de antideslizantes, platos térmicos y de bordes altos, puede resolver en alguna medida, los problemas con el derrame de la comida o el enfriamiento de la misma. Los vasos y las tazas de doble asa facilitan la prensión, haciéndola bimanual y a la vez más segura y estable; los cubierto angulados y/o de mangos engrosados, pueden facilitar el gesto de llevar la comida a la boca, ...Así mismo, podemos encontrar diverso material adaptado de ortopedia referente al tema de la alimentación que ser de gran ayuda.



# **FUNCIONES EVACUATORIAS**

## **LA INCONTINENCIA URINARIA**

Se define la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de la orina, de forma regular y en lugar inadecuado. Es uno de los desórdenes más comunes del sistema urinario en la vejez. Las estadísticas en España recogen más de 4 millones de personas incontinentes en edades superiores a los 65 años. Resulta tan común hablar de la "incontinencia de los viejos" que la gente ha llegado a considerarla y a aceptarla como algo normal en el proceso de envejecer y que por consiguiente, no hace falta diagnosticar la causa ni mucho menos buscar tratamiento. Realmente, una vejez normal no está asociada a la incontinencia, sino que responde en contados casos a fallos mentales asociados a demencias y en la mayoría de los supuestos a patologías que son susceptibles de tratamiento.

La incontinencia afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres.

## **CAUSAS**

Por **INFECCION URINARIA** afecta más a las mujeres por la proximidad de la uretra al ano.

Por **AUMENTO DE LA PROSTATA**, ocurre con la edad.

Por **PERDIDA DEL TONO MUSCULAR DEL CUELLO DE LA VEJIGA**, en mujeres multíparas o que han sufrido algún tipo de cirugía ginecológica.

Por **ESPINA BIFIDA** o lesiones bajas de la médula espinal.

Por **DIABETES INSIPIDA**.

Por **EMBOLIAS**.

Por **INMOVILIDAD**.

## **TIPOS DE INCONTINENCIA**

De **ESFUERZO**, (sobre todo en mujeres con el cuello de la vejiga átono) al reír, estornudar, subir escaleras, coger algún peso. Al realizar estos movimientos se causa una presión abdominal que supera el mecanismo de cierre de la vejiga.

De **URGENCIA**, fuerte deseo de orinar e incapacidad de retrasar la micción hasta llegar al retrete.

Por **REBOSAMIENTO**, pérdida de pequeñas cantidades de orina sin tener necesidad de vaciar la vejiga o por incapacidad de orinar cantidades normales.

Por **INCONTINENCIA TOTAL**, ausencia del control de la vejiga bien por pérdida constante de la

orina o por vaciado periódico sin control.

Principios esenciales para la reeducación.

La incontinencia produce en quien la padece problemas emocionales y sociales que acarrearán dependencia, pérdida de autoestima, aislamiento, vergüenza. Afortunadamente, la incontinencia en el anciano no es un hecho inevitable ni irreversible. Hay casos en los que una intervención quirúrgica puede solucionar el problema y en otros, con la utilización de medidas sencillas encaminadas a la adquisición de hábitos se obtienen, si no la solución total, sí una mejora de la calidad de vida.

Las conductas a adoptar tanto por los cuidadores como por el mayor incontinente estarán enfocadas a “saber afrontar el problema” y poder controlar la angustia producida por la incontinencia para lo cual las relaciones de confianza con la familia, cuidadores, personal sanitario, amigos, serán importantes y decisivas.

Antes de llevar a cabo una técnica especial de reeducación se debe insistir en los siguientes principios:

- Convicción por parte de quien la aplique de que “la situación” puede mejorarse.
- Repetición regular del comportamiento que debe aprenderse.
- Explicación reiterada de forma amigable de lo que se está haciendo y de los propósitos que se persiguen.
- Estímulo de cualquier iniciativa que muestre el paciente.
- Reconocimiento con palabras afectuosas cuando el paciente consiga llevar a cabo el comportamiento deseado.

## **TÉCNICAS DE REEDUCACIÓN Y CUIDADOS EN PERSONAS MAYORES INCONTINENTES.**

Las técnicas a adoptar estarán encaminadas a evitar el cateterismo uretral y a acostumar a la vejiga a evacuar con un determinado ritmo, disminuyendo de este modo el riesgo de alteraciones tanto físicas como psíquicas, teniendo siempre presente que al ser las causas de la incontinencia de origen diferente, deben tratarse de forma individualizada:

- Intentar recuperar los hábitos en la micción,

ayudando al anciano a establecer una rutina simple y regular de eliminación. Para ello es importante saber cuál es el momento en que el anciano tiene una mayor predisposición a la incontinencia y a partir de ahí, utilizar un plan de horas recordándole o acompañándole al baño.

- Para ayudar a la micción pedir al anciano que introduzca su mano en un recipiente con agua, también es útil abrir un grifo.
- Habituarse a vaciar los intestinos después del desayuno y a orinar antes y después de cada comida.
- Orinar antes de acostarse.
- Si el anciano vive solo, puede ser útil ajustar un despertador con timbre de alarma, a las horas en que debe vaciar la vejiga.
- Asegurar que el anciano tiene fácil acceso al baño eliminando obstáculos que pudieran dificultar su desplazamiento.
- Utilizar un inodoro de asiento elevado, las personas mayores tienen gran dificultad para sentarse y levantarse de asientos bajos. Disponer de un agarrador o asidero cerca del inodoro.
- Procurar que tenga siempre a su alcance una cuña u orinal si el anciano estuviese encamado.
- Facilitar vestimenta fácil de quitar y poner.
- Si toma sedante o tranquilizante llévele cada dos horas al baño; los tranquilizantes pueden inhibir las capacidades sensoriales.
- Si el anciano toma diuréticos, asegúrese de que los tome antes de las diez de la mañana, evitará que sienta ganas de orinar durante la noche.
- Controlar la ingesta de líquidos: hay que saber la cantidad de líquidos que toma al día. Si el anciano se orina en la cama evite que beba líquidos dos horas antes de acostarse y por sistema, deberá ir al retrete antes de ir a dormir.

- Nunca restrinja la ingesta de líquidos como tratamiento para la incontinencia. Para mantener una buena hidratación se requiere beber entre 1,5 litros y 3 litros de líquidos al día. Una ingesta inferior puede favorecer el estreñimiento que a su vez contribuirá a la incontinencia urinaria; tenderá a concentrarse en exceso la orina y predispondrá a la infección.
- Mantener el anciano siempre seco y limpio.

Pueden utilizarse dispositivos externos de recogida de orina como los pañales y los colectores. Estos elementos facilitarán la labor de mantener seco al anciano, teniendo presente que un empleo inadecuado de los mismos, pueden provocar infección urinaria e irritación cutánea.

## UTILIZACIÓN DE ABSORBENTES DE ORINA DESECHABLES

Los absorbentes de orina son pañales (absorbentes) anatómicos de un solo uso. Pueden llevarse con discreción bajo la ropa. Están compuestos de un grueso de celulosa que retiene la orina preservando la piel de la humedad. Existen en el mercado varios tipos de absorbentes y la elección del mismo estará condicionada al tipo de incontinencia a la capacidad de absorción del pañal y al tipo de actividad que lleve la persona.

A título orientativo se recomienda: en ancianos con INCONTINENCIA MEDIA pañales con una capacidad de absorción de hasta 800cc. Se sujetan con un slip elástico lavable. Permiten una completa libertad de movimientos.

En ancianos con INCONTINENCIA GRAVE pañales con una capacidad de absorción de hasta 1.400 cc.

En ancianos ENCAMADOS y que puedan colaborar, lo mejor son los pañales descritos anteriormente. Si el paciente no puede moverse y además presenta incontinencia fecal, lo práctico es el uso de la braga-pañal que además de su forma anatómica tienen elásticos laterales que se acoplan a los muslos, para evitar que escape la orina. También es aconsejable en este tipo de pacientes el empleo de salvapañales absorbentes de un solo uso, que se colocan directamente sobre la sábana, evitando la humedad en la piel y previniendo las úlceras.

Cuando se utilicen pañales absorbentes conviene:

- Revisar con frecuencia los pañales y cambiarlos cuando sea necesario. Recuerde que el contacto prolongado de la orina con la piel aumenta el riesgo de infección y favorece la irritación en la piel.
- Limpiar y secar bien la piel -sin restregar- de toda el área perineal cada vez que cambie la compresa o el pañal.
- Aplicar crema protectora o vaselina por toda la zona que abarca el pañal.

- Comprobar diariamente que no haya enrojecimiento o irritación cutánea en alguna parte de su piel.

- Vigilar el color y el olor de la orina por si hubiese infección.

Los pañales absorbentes, son costeados por la Seguridad Social.

## COLECTORES

Son dispositivos externos que sirven para recoger la orina. Los más utilizados ( nos referimos a colectores masculinos son):

COLECTOR DE GOTEO, dispositivo en forma de bolsa o copa que envuelve al pene y recoge pequeñas cantidades de orina. Se mantienen en su sitio mediante un cinturón y se sujeta a la ropa con imperdibles. El interior de este colector está forrado con material absorbente y el exterior confeccionado con material antihumedad. Es útil para hombres que tienen pequeñas pérdidas de orina.

CONDON DE GOMA, es una funda unida a un tubo colector que adapta al pene y se adhiere a éste mediante esparadrapo de doble engomado. El tubo de drenaje en su extremo conecta la funda con una bolsa colectora de orina. Puede presentar complicaciones debido a irritación de la piel por presión excesiva y por el contacto prolongado con la orina. Puede presentar complicaciones debido a irritación de la piel por presión excesiva y por el contacto prolongado con la orina. Este colector debe cambiarse cada hora o cada dos horas.

## SONDAJE VESICAL.

Si al mayor se le implanta una sonda en la vejiga deben tenerse ciertos cuidados y precauciones.

- Dos veces al día limpie la piel alrededor de la sonda con agua y jabón secándola sin frotar. Si es una anciana la que está sondada, realice la higiene con movimientos de delante hacia atrás, al lavarla y secarla; evitará el arrastre de los gérmenes desde la zona rectal que podrían contaminar la sonda y el tracto urinario.

- Nunca tire de la sonda, podría provocar lesiones internas.

- Mantenga siempre la sonda y la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga.

- Vacíe la bolsa colectora tres o cuatro veces al día (no deje que se llene hasta arriba). Lave y enjuague.

- No utilice la misma bolsa más de un mes.

- Se debe beber como mínimo 1,5 litros de líquido al día; ayudará a prevenir la infección urinaria.

- Vigile la obstrucción de la sonda. Los siguientes signos le alertarán de su obstrucción:

- El nivel de orina en la bolsa ha dejado de aumentar.

- El sitio donde se halla el anciano está mojado.

- El anciano se muestra inquieto e incómodo y tienen dolor bajo vientre., o bien tiene muchas ganas de orinar pero no puede.

- Si se sospecha que la obstrucción de la sonda es debida a una mala posición del anciano:

- Sepárele los muslos y coloque la sonda de tal manera que ésta deje de estar presionada.

- Compruebe que la bolsa colectora está por debajo del nivel de la vejiga.

- Si a pesar de todo la sonda siguiese obstruida póngase en contacto con su médico.

- Anote siempre cuando debe volver a consulta para sustituir o retirar la sonda.

## PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LA INCONTINENCIA URINARIA.

Una de las complicaciones que pueden presentarse en ancianos con incontinencia es la infección urinaria. Esta puede producirse por no vaciar completamente la vejiga, por no ingerir suficientes líquidos y por una inadecuada utilización de los dispositivos de recogida de orina.

### **Algunas medidas de prevención:**

- Ingesta diaria de 1,5 litros de líquidos siempre que no exista contraindicación médica.

- Vaciado completo de la vejiga cada vez que se tengan ganas de orinar.

- Limpieza de la zona perineal de delante hacia atrás.

- Cambio a menudo de bragas o pañales para evitar el crecimiento bacteriano.

- Mantenimiento del Ph de la orina ácido, con la ingesta de zumos naturales que contengan vitamina C. El Ph ácido en la orina impide la proliferación de

bacterias.

## SIGNOS DE ALARMA EN LA INFECCIÓN URINARIA

- Deseo imperioso de orinar, aún después de haberlo hecho.

- Dolor o quemazón antes o durante la micción.

- Orina turbia, espesa y maloliente.

- Presencia de sangre en orina.

- Excreción ocasional de pus.

- Espasmos o dolor en forma de cólico en el vientre.

- Deseo de orinar por las noches.

## DIARREAS Y ESTREÑIMIENTO

Ninguna función corporal es más variable y está sujeta a las influencias externas que la defecación. El hábito intestinal normal varía considerablemente de una persona a otra y es modificado por la edad, la dieta, los patrones culturales y sociales y por factores psicológicos individuales. En un adulto la frecuencia normal de las deposiciones puede oscilar de 2 ó 3 veces al día a 2 ó 3 veces a la semana. Un aumento en la frecuencia de las deposiciones o del volumen fecal, alteraciones en la consistencia de las heces o la presencia de sangre, moco, pus, etc., pueden indicar la existencia de enfermedad.

En los ancianos son frecuentes las diarreas y pueden causar un verdadero problema el estreñimiento.

## DIARREA

Entendemos que una persona tiene diarrea cuando emite, con una frecuencia mayor de lo que le es habitual, heces acuosas o sueltas con retortijones; siente flatulencia y aumento de la intensidad y frecuencia de los sonidos intestinales.

Las causas más frecuentes de diarrea en los ancianos son:

- Alimentación excesiva.

- Efectos adversos de algunos medicamentos, sobre todo antibióticos.

- Excitación emocional excesiva (angustia, temor, nerviosismo, etc.).

- Diversas enfermedades.

## **COMPLICACIONES DE LA DIARREA. CUIDADOS PARA ATAJARLA.**

Se produce una pérdida de líquidos y sales minerales que pueden llevar a la deshidratación; ésta aparece rápidamente en las personas mayores.

### **Cuidados:**

- Forzar la ingesta de líquidos para contrarrestar la pérdida y así evitar la deshidratación. Los líquidos aconsejados son limonada alcalina ( se preparará con un litro de agua hervida, el zumo de dos limones, una punta de cuchillo de sal, una punta de cuchillo de bicarbonato y azúcar o sacarina), té frío, caldos desgrasados, agua de arroz. Si el anciano tiene dificultad para ingerir líquidos se pueden sustituir éstos por gelatinas y yogures naturales.

- No dar alimentos ricos en residuos como vegetales, fruta fresca, pan integral, etc.

- No dar leche, ya que la lactosa que contienen no se digiere y atrae agua produciendo así más diarrea.

En cuanto a sólidos, dar alimentos ricos en pectina como manzana y plátano. La pectina entorpece el movimiento intestinal.

Son alimentos astringentes: arroz blanco, zanahoria rallada, pescado hervido.

## **ESTREÑIMIENTO. CUIDADOS EN UNA PERSONA MAYOR CON ESTREÑIMIENTO**

Hablamos que una persona tiene estreñimiento cuando manifiesta dificultad para la evacuación o la emisión de heces es menos frecuente de lo que le es habitual. El término estreñimiento indica también una dureza de las heces y una sensación de evacuación incompleta. No es una enfermedad, es un síntoma.

La persona tiene sensación de plenitud abdominal, de indigestión y puede tener dolores de cabeza (cefaleas); cuando consigue evacuar algo, las heces son duras, redondas y pequeñas.

Si se palpa el abdomen en personas delgadas se aprecian masa fecales duras y puede tener dolor en el lado derecho.

Las causas más frecuentes de estreñimiento son:

- Una inadecuada alimentación.

- La disminución en la ingesta de líquidos.

- La inmovilidad.

- El efecto adverso de fármacos como antiácidos, diuréticos, compuestos de hierro.

- Depresión.

- La supresión brusca del tabaco.

- El estreñimiento aumenta con la edad, es decir, los ancianos son muy propensos a padecerlo.

### **Cuidados:**

- Estimular a la persona para que camine y realice ejercicio físico.

- Forzar la ingesta de líquidos hasta 2 litros diarios para aumentar el bolo alimenticio.

- Dar alimentos ricos en residuos como, vegetales crudos, fruta fresca, pan integral, salvados, etc.

- No poner enemas no dar laxantes. No son siempre necesarios.

- Explicar al anciano que es necesaria una eliminación intestinal programada, es decir, debe utilizar un tiempo diariamente a la evacuación, sin prisas. Durante los primeros días de estreñimiento, la evacuación se puede facilitar frotando hacia abajo el abdomen, aplicando presión por delante, por detrás y por los lados del ano, introduciendo el dedo con un poco de vaselina para estimularlo manualmente. No olvidar cuando se produzca la evacuación animar al anciano con palabras de aprobación y aprecio.

- Recordar al anciano que debe responder inmediatamente al reflejo de defecación.

- Informar que deben evitarse los esfuerzos para defecar ya que estos hacen que aumente la presión dentro del cuerpo y pueden producirse presiones intravasculares, intraoculares o intracraneales que podrían originar hemorragias o desprendimiento de retina.

Si tanto la diarrea como el estreñimiento son persistentes será necesario la consulta y el tratamiento del médico o de la enfermera del Centro de Salud.





# LA SEXUALIDAD

Las personas mayores tienen necesidades sexuales como en cualquier otra época de la vida y es bueno estimular este aspecto de la personalidad y de la relación de la pareja. La vejez no es, ni debe ser asexual.

Los familiares y acompañantes de personas mayores deben conocer que para ellos, como para cualquier persona de otra edad, las relaciones sexuales pueden ser estimulantes y les suelen ayudar a mantenerse interesados y vitales.

Por consiguiente, en principio, no deben prescindir de ellas y lo aconsejable es que continúen con sus patrones de conducta de épocas anteriores: en esto, como cualquier otra esfera de la vida “se envejece como se ha vivido”.

## ¿PÉRDIDA DE CAPACIDAD SEXUAL EN EL ANCIANO?

Con la edad no se “pierde” se “cambia” la actividad sexual, como tantas otras cosas de la vida.

Cuando, de hecho, comprobamos que bastantes personas longevas han perdido interés y facultades en este sentido, pronto llegaremos a detectar que no a disminuido su capacidad sexual por ser viejos, sino

por otros motivos, algunos de los cuales, los más frecuentes, son los que exponemos a continuación:

- Ideas erróneas y mitos ligados a la sexualidad.
- Tabúes y prejuicios en torno a ella.
- Monotonía y falta de imaginación.
- Preocupaciones excesivas con otros temas: dinero, salud, prestigio social, etc.
- Cambios fisiológicos.
- Fatiga física o psíquica.
- Miedo al ridículo.

Una ayuda puntual acerca de estos temas liberará su sexualidad y les permitirá seguir viviendo en plenitud.

## MITOS QUE DEBEN SER DESTRUIDOS

Las personas con mayores a su cargo deben ayudar a éstos a modificar, si fuera el caso, su mentalidad sobre la sexualidad y en destruir algunos mitos y fantasías que sobre tal realidad parecen

haber tomado carta de naturaleza en la mente de mucha gente, dificultando en gran medida el ejercicio de la vida sexual en las personas de cierta edad.

Los fantasmas que con mayor frecuencia hay que combatir serían los siguientes:

- Lo ideal es una sexualidad fogosa y apasionada.
- El sexo agota con la edad, pretender prolongarlo es algo vicioso, vergonzante y para algunos pecaminoso.
- La actividad sexual debilita y por lo tanto, es peligrosa a cierta edad.
- De mayor se disfruta menos con el sexo.
- Si un viejo estimula su apetito sexual corre el peligro de “desviarse”.
- Sin orgasmo o eyaculación, la sexualidad no existe o no tiene sentido.

Resulta obvio que estas falacias no son defendibles desde un punto de vista objetivo, técnico ni racional, sin embargo, tienen mucho predicamento entre la población general y deben ser aclaradas mediante información correcta.

## ALGUNOS ASPECTOS MÉDICOS

También en este apartado abundan los malos entendidos y errores. Hay que salir al paso de algunas generalizaciones nocivas para eliminar ansiedades e inhibiciones innecesarias.

Cuatro son los temas que más a menudo crean confusión. En relación con ellos, el dictamen correcto es:

1.- Sólo una de cada siete operaciones de próstata suele disminuir la función sexual. Si un anciano cree percibir este problema, debe consultarlo con su médico pues hay medios para ratificar o descartar la existencia de tal posibilidad.

2.- La mayoría de los enfermos cardíacos pueden y deben tener relaciones sexuales. Lo que no tienen que hacer es angustiarse por ello. Si almacenan alguna duda, su especialista se la aclarará sin reserva.

3.- La diabetes sólo produce impotencia sexual en casos muy raros. Predominan los hombres que sin motivo aparente, sufren impotencia por la angustia anticipatoria y no por su diabetes. Nuevamente

la asesoría médica suele evidenciarse de gran utilidad.

4.- Existen medicamentos (algunos fármacos para combatir la hipertensión arterial o el insomnio) que pueden interferir con la actividad sexual. En caso de notar tales efectos secundarios, el interesado debe acudir a su médico para que éste le ofrezca otras alternativas.

## CONSEJOS GENERALES

Los convivientes o cuidadores de personas mayores deben actuar siempre dentro del máximo respeto, como transmisores de las distintas ideas expuestas en este capítulo y de los siguientes consejos, conducentes a un mejor y más pleno desarrollo y disfrute del componente sexual.

Hay que aprender y aceptar que la sexualidad no se reduce a la genitalidad y a lo biológico, sino que incluye también importantes facetas sensoriales, interpersonales, emocionales y del espíritu que hay que cultivar en su conjunto e inseparablemente.

Por eso resulta muy importante estimular los aspectos lúdicos y afectivos en los contactos corporales entre todas las parejas, sin hipertrofiar la importancia del rendimiento fisiológico, máxime en edades avanzadas.

No obstante, conviene también cuidar, sobre todo en los mayores, la capacidad de respuesta biológica y para ello es beneficioso tomar en cuenta las directrices que a continuación se exponen:

1.- El mayor debe mantenerse en la mejor condición posible de salud general.

2.- Para ello es fundamental que conserve unos buenos hábitos higiénicos en comidas, horarios y costumbres.

3.- El ejercicio físico diario y no extenuante contribuirá también a un mejor funcionamiento orgánico.

4.- Igualmente lo hará también un sueño abundante y de la mejor calidad posible.

5.- En cualquier caso, ya dentro del juego sexual, le será necesario casi siempre recurrir a la excitación refleja, mediante estimulación directa de las zonas erógenas y órganos sexuales, sin esperar demasiado de la activación cerebral como elemento provocador de la erección o la lubricación.

## CONCLUSIONES

Resulta conveniente animar a las personas de edad a vivir y disfrutar su sexualidad, diferente a la de su edad joven, pero renovada y en algunos puntos mejorada con relación a aquella.

En la vejez, ya no importa tanto la pasión, cuando el cariño, el goce estético, la contemplación tierna o el recreo erótico. De joven se tiende a “hacer” el amor, de viejo surge espontáneamente “decir” el amor. Son matices nuevos, más variados y ricos que con frecuencia superan al placer violento del orgasmo.

Por eso, todo el mayor debe sentirse libre para dar cauce a sus emociones, impulsos y sentimientos sexuales. La actividad sexual es buena para el orgasmo pro, sobre todo, para la persona y para su vida o de su quehacer con personas mayores debe aspirar la vida sexual de los mismos, respetando sus ideas e ideologías pero ayudándoles a revisarlas y clarificarlas, también, cuando se vea la necesidad de ello.



## BIBLIOGRAFIA

Alberca, R. (2002), "Enfermedad de Alzheimer y otras demencias", Madrid, Médica Panamericana.

Alvarez, M. (1999), "Demencias", Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Amery, A. (1990), "Manual de hipertensión en el anciano", Barcelona, Edika Med S.A.

Benito, M.P, Simón, M.J y Sánchez, A. "Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente".

Diaz, M.A. "En casa tenemos un enfermo de Alzheimer".

Granados, M.B. y Gonzalez, F. "Preparación del lecho de la herida. Úlceras por presión", Adalia farma.

Gronas, R. (1998), "Manual práctico de dietética y nutrición", Barcelona, Jims S.L.

Mina, M. (1992), "Estrés", Basilea, Roche.

Muñoz, M. (2005), "Libro blanco de la alimentación de los mayores", Madrid, Médica Panamericana.

Pérez, A. (2005), "Guía de cuidados de personas mayores", Síntesis.

Romero, D y Moruno, P. (2003), "Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas", Masson.

Ruipérez, I. "Guía para auxiliares y cuidadores del anciano", Madrid, Mc Graw Hill.

Selmes, J. (1990), "Vivir con la enfermedad del Alzheimer", Madrid, Meditor.

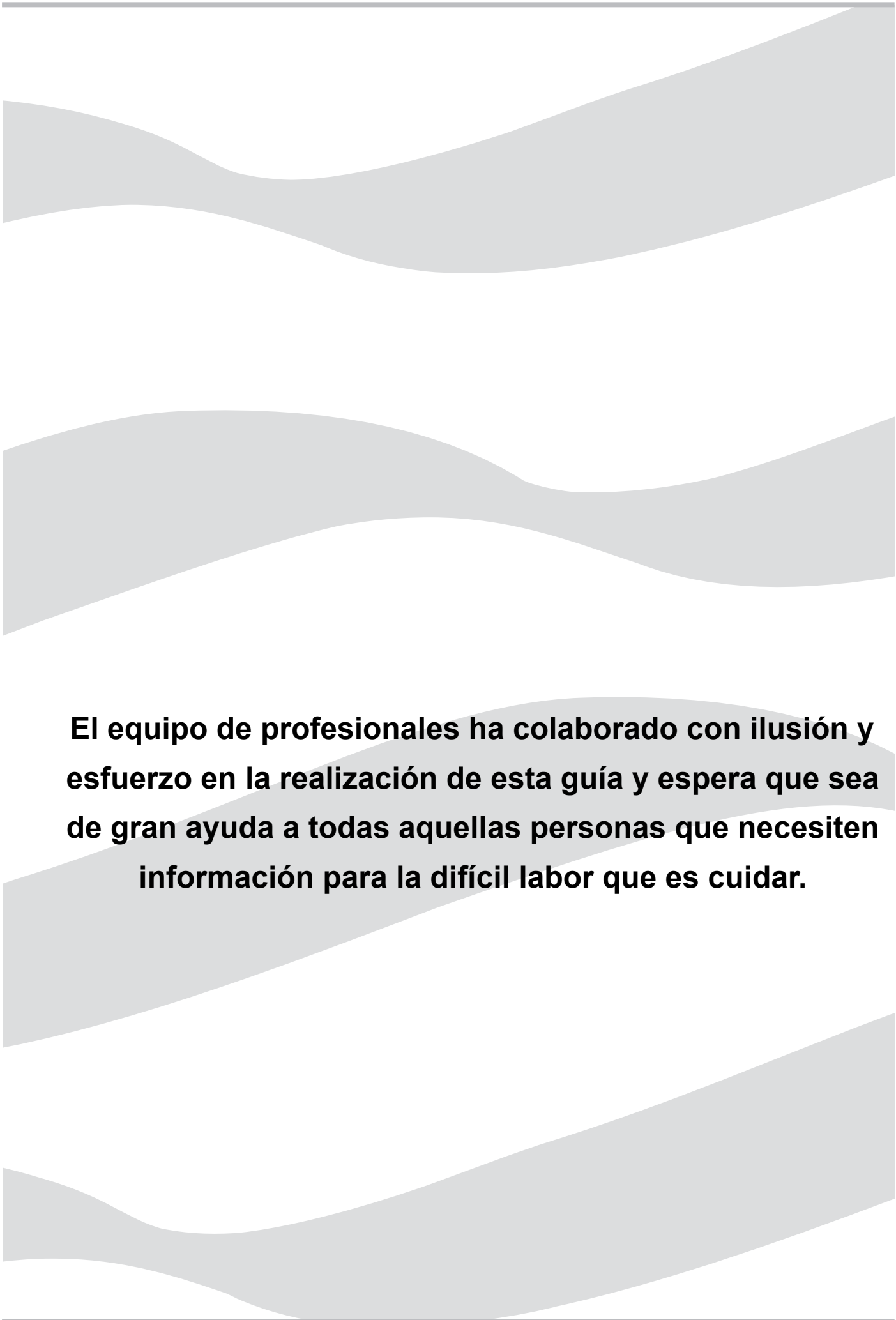
Tárraga, L y Boada, M. "Cuadernos de repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada", Fundación ACE, Glosa.

Tárraga, L y Boada, M. "Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer", Fundación ACE, Glosa.

Vazquez, C. (2005), "Alimentación y Nutrición. Manual Teórico-práctico", Madrid, Diaz de Santos.

(2005), "El ejercicio de la dirección desde la perspectiva del cuidar", Barcelona, Fundación La Caixa.

[www.fundacioace.org](http://www.fundacioace.org).



**El equipo de profesionales ha colaborado con ilusión y esfuerzo en la realización de esta guía y espera que sea de gran ayuda a todas aquellas personas que necesiten información para la difícil labor que es cuidar.**

# INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>Cuidamos a personas generalmente dependientes, pero... ¿QUE ES LA DEPENDENCIA?</b> .....	<b>6</b>
<b>PREPARANDOSE PARA CUIDAR (preguntas y respuestas comunes en relación a la situación de cuidar)</b> .....	<b>10</b>
<b>PEDIR AYUDA</b> .....	<b>13</b>
<b>PONER LÍMITES AL CUIDADO</b> .....	<b>17</b>
<b>ACTITUD CORRECTA EN LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES</b> .....	<b>18</b>
<b>LA SOLEDAD</b> .....	<b>20</b>
<b>CARACTERÍSTICAS DE LAS DEPRESIONES EN LOS MAYORES Y PAUTAS DE ACTUACIÓN</b> .....	<b>23</b>
<b>CUIDADOS EN LOS CASOS DE MAYORES CON DEMENCIA</b> .....	<b>26</b>
<b>EL VESTIDO</b> .....	<b>29</b>
<b>LAS CAIDAS</b> .....	<b>31</b>
<b>MOVILIZACIONES GENERALES</b> .....	<b>34</b>

<b>FRACTURAS DE CADERA</b> .....	<b>37</b>
<b>AMPUTADO GERIÁTRICO</b> .....	<b>39</b>
<b>LA OSTEOPOROSIS</b> .....	<b>41</b>
<b>ENFERMEDAD DE PARKINSON</b> .....	<b>42</b>
<b>EL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR</b> .....	<b>44</b>
<b>DIABETES</b> .....	<b>49</b>
<b>FIEBRE</b> .....	<b>53</b>
<b>HIPOTERMIA</b> .....	<b>54</b>
<b>PROBLEMAS CARDIACOS</b> .....	<b>56</b>
<b>PROBLEMAS RESPIRATORIOS</b> .....	<b>58</b>
<b>CIRCULACIÓN PERIFÉRICA. PROBLEMAS EN LA PERSONA MAYOR</b> .....	<b>60</b>
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b> .....	<b>62</b>
<b>HIGIENE PERSONAL</b> .....	<b>65</b>
<b>CUIDADOS DE LOS PIES</b> .....	<b>70</b>
<b>LA VISTA</b> .....	<b>72</b>
<b>EL OÍDO: AUDÍFONOS</b> .....	<b>74</b>
<b>EL SUEÑO</b> .....	<b>75</b>
<b>CUIDADOS DE LA PIEL</b> .....	<b>76</b>
<b>LA MEDICACIÓN</b> .....	<b>80</b>
<b>LA ALIMENTACIÓN</b> .....	<b>82</b>
<b>FUNCIONES EVACUATORIAS</b> .....	<b>87</b>
<b>LA SEXUALIDAD</b> .....	<b>92</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>95</b>

