

FORMACIÓN BÁSICA PARA LA PERSONA CUIDADORA EN EL ENTORNO FAMILIAR



Índice

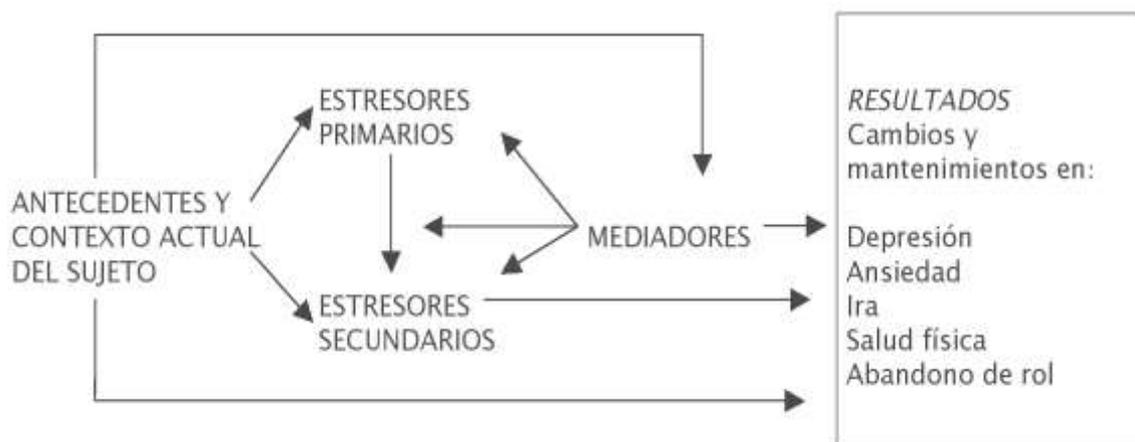
1. Desarrollo personal de la persona cuidadora.....	3
2. Habilidades y destrezas para el cuidado.....	7
3. Aspectos legales y éticos relativos a las capacidades personales de las personas atendidas....	20
4. Cuidados sanitarios.....	25
5.I Salud psicosocial en el proceso del cuidado (I)	36
5.II Salud psicosocial en el proceso del cuidado (II).....	37
6. Apoyo de higiene postural y transferencias.....	41
7. Recursos sociales, productos de apoyo y adecuación del entorno.....	47

Módulo I

Desarrollo personal de la persona cuidadora

EL PROCESO DE ESTRÉS EN LA PERSONA CUIDADORA

El modelo del estrés que aborda específicamente la problemática de las personas cuidadoras considera cinco elementos interrelacionados entre sí: antecedentes y contexto, estresores primarios, estresores secundarios, variables moduladoras o mediadores y resultados o consecuencias del cuidado.



ANTECEDENTES Y CONDICIONES DE CONTEXTO: RELACIÓN DE PARENTESCO

Los antecedentes y el contexto hacen referencia a aspectos como, la historia personal de los cuidadores y cuidadoras, las características socioeconómicas, la disponibilidad de ayudas y recursos, la composición y red familiar. Estos aspectos, aunque sean previos a la situación de cuidados proporcionan el marco de referencia.

ESTRESORES PRIMARIOS

Son los estresores que están directamente ligados a la actividad de ser cuidador o cuidadora. Los estresores se clasifican en objetivos o subjetivos.

ESTRESORES OBJETIVOS

Se refieren a las demandas objetivas de cuidado, es decir, a las manifestaciones de la discapacidad y/o dependencia de la persona a la que se cuida.

El elemento principal de la fuente de estos estresores es la discapacidad o deterioro, causante de dependencia y necesidad de ser cuidado.

a) Manejo de situaciones difíciles conductualmente

A mayor presencia de alteraciones de conducta en la persona con discapacidad, mayor sobrecarga en la persona cuidadora.

ESPECIALMENTE ESTRESORES:

- Déficit en la comunicación y en las relaciones sociales
- Frecuentes conductas disruptivas
- Comportamientos autolesivos
- Conductas repetitivas y estereotipadas

Tales alteraciones provocan una grave desestructuración de la vida familiar y obliga a sus miembros a una constante readaptación.

b) Tiempo de cuidado

Controversia entre autores:

- La duración del cuidado se asocia positivamente con un aumento de la sobrecarga y estrés. (se ha demostrado que la provisión de cuidados diarios y de larga duración supone una amenaza para el bienestar de la persona cuidadora).
- La duración del cuidado no influye, ya que los niveles de carga, depresión y satisfacción tienden a mantenerse estables en el tiempo.

c) Gravedad de cuidado

Es la relación entre la gravedad del trastorno y el estrés.

ESTRESORES SUBJETIVOS

Se etiquetan de estresores subjetivos porque se refieren a **respuestas “internas”** del cuidador o cuidadora.

A) ***Sobrecarga de la persona cuidadora***

Impacto que los cuidados tienen sobre el cuidador o cuidadora principal, es decir, el grado en el que la persona encargada de cuidar percibe que las diferentes esferas se han visto afectadas por dicha labor.

B) ***El rol de la persona cuidadora***

El rol de cuidador o cuidadora muchas veces confluye con otros roles, lo que conlleva a una acumulación de responsabilidades cuya conciliación puede resultar, en algunos casos, estresante. Aunque en otros casos la satisfacción derivada de estos otros roles puede ser positivo y un amortiguador del estrés.

C) ***Actitudes y creencias***

Las actitudes y creencias con respecto a la *enfermedad* y *al cuidado* que tiene la persona cuidadora son vitales y determinantes en la percepción de la situación de cuidado, y en la atribución que realiza de las circunstancias que le rodean.

Se han encontrado como estresores subjetivos:

- 1) La negación (estrategia de evitación)
- 2) El poco control emocional (tratar de ocultar los propios sentimientos)

Cuanto mayor es la negación del problema (evitación) y cuanto menor es el control emocional, mayor es el estrés de la persona cuidadora.

ESTRESORES SECUNDARIOS

Se refiere a los estresores derivados de las valoraciones que la persona cuidadora hace de sus propios recursos y de las interacciones con otras personas.

A) Problemas laborales

- Dificultades para encontrar trabajo o para plantearse trabajar fuera de casa.
- Problemas para cumplir los horarios (pedir permisos de ausencia, etc.).

B) Alteraciones familiares

- No sentirse arropado o arropada, entendida o entendido por la familia
- Sentimiento de soledad y de incompreensión
- No todas las personas entendemos lo mismo por el CUIDADO
- Nuevos conflictos o se avivan disputas anteriores

C) Reducción del nivel socioeconómico

VARIABLES MODULADORAS

Las variables modulares mediatizan el efecto de los estresores y pueden aliviar o aumentar su repercusión en la persona. Estas variables son recursos de la propia persona cuidadora como las estrategias de afrontamiento y el apoyo social.

A) Estilos de afrontamiento:

- Procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo.
- Se ha demostrado que el uso de **estrategias de afrontamiento evitativas y/o centradas en la emoción** se asocia con mayores niveles de estrés. Por tanto, mayor deterioro físico y mental.
- Por el contrario, aquellas personas cuidadoras que ponen en práctica **estrategias activas centradas en el problema** acusan menores niveles de estrés y gozan de un mayor bienestar.

B) Apoyo social (formal + informal)

- En cuanto al apoyo social, numerosos trabajos lo asocian a un menor estrés en la persona cuidadora.

- Diversos estudios apoyan, además, la idea de la importancia del **apoyo social informal**, es decir, el que proporcionan familia y amistades, y la percepción de utilidad de dicho apoyo social como factores que se relacionarían con un menor estrés.

RESULTADOS: SALUD FÍSICA y PSÍQUICA

Si el cuidado de la persona con discapacidad y/o dependencia supone una situación estresante durante mucho tiempo, puede generar problemas físicos en las personas que cuidan, empeorar o incluso cronificar otros que ya existían.

Se ha observado, asimismo, un deterioro en el sistema inmunológico de la persona cuidadora.

Problemas psicológicos: La tristeza, la depresión, junto con la ansiedad y la ira, son las reacciones más habituales en las personas cuidadoras como respuesta a las numerosas decisiones dolorosas, ambiguas y confusas que tienen que tomar.

LOS EFECTOS POSITIVOS DEL CUIDADO

En el cuidado de una persona en situación de dependencia o discapacidad es habitual encontrar consecuencias negativas, pero no se debe “patologizar” necesariamente a la persona cuidadora. También es frecuente encontrar cuidadores y cuidadoras que resaltan los efectos positivos del cuidado y no en todos los casos los cuidados son una amenaza para el bienestar emocional de la persona cuidadora.

Si la persona que cuida tiene recursos adecuados y mecanismos de adaptación, el cuidado no tiene por qué ser una experiencia estresante ni frustrante, y hasta pueden llegar a encontrarse ciertos aspectos gratificantes, tales como: satisfacción por ayudar a sus familiares sintiéndose más próximos a ellos; que incremente su autoestima por responsabilizarse de sus familiares y también puede dar mayor sentido a sus vidas.

A parte de las mencionadas, en algunas personas cuidadoras hay un sentimiento de reciprocidad y para otras, ser cuidador o cuidadora, les ha llevado a aprendizajes vitales importantes en la vida y a relativizar las más intrascendentes.

También se habla del sentido de la “misión cumplida” tras el fallecimiento, y que el haber cuidado y saber por propia experiencia lo que eso significa, hace que sean personas más cercanas a quienes serán personas cuidadoras en el futuro.

Módulo II

Habilidades y destrezas para el cuidado

I. SITUACIONES DIFÍCILES RELACIONADAS CON LA CONDUCTA

¿QUÉ ES UN PROBLEMA DE CONDUCTA?

“Actividades motoras, verbales o vocales que son inadecuadas, bien por exceso de la conducta (ej.: deambulación), bien por defecto de la conducta (ej. apatía), que puedan suponer una dificultad, riesgo o peligro, tanto para la persona que recibe los cuidados, como para la que cuida. También se incluyen dentro de esta categoría aquellos comportamientos que son socialmente inaceptables”

(Izal Montorio, Losada, Márquez y Alonso, 2000)

Algunas situaciones difíciles relacionadas con la conducta....

- Agitación
- Actividad repetitiva y sin propósito
- Reacciones catastrofistas
- Autoestimulación
- Comportamientos ruidosos
- Deambulación
- Agresión verbal y física
- Conducta sexual inapropiada/desinhibición
- Otros comportamientos socialmente inapropiados
- Incontinencia
- Trastornos del sueño
- Trastornos del humor (depresión)
- Conductas psicóticas (paranoia, suspicacia, alucinaciones y delirios)
- Trastornos psicomotores: cambios en el nivel de actividad

¿QUÉ HACER ANTE UNA CONDUCTA PROBLEMÁTICA?

1. ANÁLISIS TOPOGRÁFICO Y FUNCIONAL

A. ANÁLISIS TOPOGRAFICO:

Consiste en dos cosas:

1. Consiste en identificar las manifestaciones y conductas que presenta una persona en los 3 *sistemas de respuestas*:
 - Respuestas motoras
 - Respuestas fisiológicas
 - Respuestas cognitivas

2. Precisar los parámetros de las respuestas o conductas:

- Frecuencia
- Duración
- Intensidad

B. ANÁLISIS FUNCIONAL			
Establecer las relaciones entre las conductas y las circunstancias en las que se producen			
ANTECEDENTES	VARIABLES INDIVIDUALES	CONDUCTA O RESPUESTA (ANÁLISIS TOPOGRÁFICO)	CONSECUENCIAS
INTERNOS EXTERNOS	CAPACIDADES CONOCIMIENTOS ESTADO FÍSICO ESTADO DE ÁNIMO	MOTORAS FISIOLÓGICAS COGNITIVAS	EXTERNAS INTERNAS

ANTECEDENTES:

EXTERNO: Lo que aparece fuera del individuo

INTERNO: Lo que aparece dentro del individuo

VARIABLES INDIVIDUALES: Variables que afectan entre estímulos antecedentes y las conductas:

CAPACIDADES

CONOCIMIENTOS

ESTADO FÍSICO

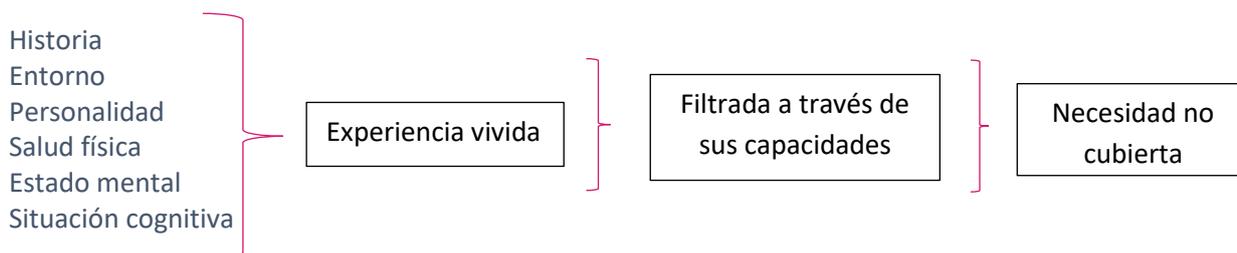
ESTADO DE ÁNIMO

CONSECUENCIAS:

EXTERNAS: Cambios que se producen en el entorno

INTERNOS: Cambios que se producen en la propia persona

2. MODELO DE LAS NECESIDADES NO CUBIERTAS (Para personas con demencia)



NECESIDAD NO CUBIERTA:

- Conducta como un intento de **cubrir** una necesidad
- Conducta como forma de **comunicar** una necesidad
- Conducta como resultado de **frustración**





LA CONDUCTA DE PERSONAS CON
DEMENCIA DESDE EL

MODELO DE NECESIDADES NO CUBIERTAS

“Centrándonos en la persona,
no en la alteración”

Amaia Zulaica y Cristina Buiza



¿Qué hay detrás de la conducta y de la expresión de una persona con demencia?

Las conductas problemáticas muchas veces pueden aflorar como resultado de una necesidad no cubierta.



La persona con demencia en ocasiones está intentado “sobrevivir y comunicarse” con las barreras cognitivas que tiene, en un entorno que muchas veces no es capaz de comprender.

¿ENTONCES?

Una nueva aproximación

¿Que nos está comunicando la persona?



Modelo de Necesidades No Cubiertas

Marco de trabajo para facilitar la comprensión de las conductas de personas con demencia.

Propone que intervenir pasa por reconocer y comprender estas necesidades.

Mirando a la CONDUCTA

Observamos una conducta alterada, un trastorno de conducta

Hablamos de incidencia, Alteración de conducta

Intervenimos desde un programa de manejo de trastornos de conducta

Es un síntoma de la demencia

El problema viene de la persona con demencia y la solución recae en el profesional

Vemos los cambios en la conducta como un problema

Intentamos “etiquetar” las conductas

Mirando a la PERSONA

Apreciamos una expresión de necesidad no cubierta, una conducta exigente

Hablamos de conducta que nos reta, conducta que nos avisa

Nos aproximamos desde la comprensión de las necesidades, identificación de necesidades no cubiertas, aprendiendo a acompañar

Es una expresión de la frustración

La persona con demencia vive una realidad diferente. El problema resulta de una diferencia de su realidad con el entorno físico y social en el que está.

Interiorizamos que los cambios en la conducta manifiestan necesidades no cubiertas

Tratamos de reconocer las conductas en su contexto

EN CASA VIVIENDO CON UNA PERSONA CON DEMENCIA. ¿QUÉ HAGO SI...?

SE MUESTRA APÁTICA Y SIN GANAS DE NADA

por Álvaro García Saler

Mantén a la persona implicada con el entorno

Genera oportunidades para interactuar con el ambiente que la rodea

Puede despertar su interés el tener a la vista y a mano aquellos objetos que invitan a la puesta en práctica de algún tipo de actividad significativa para la persona.

Estimula, motiva y participa

Ofrece opciones para la acción, cuanto más sencillas las plantees mejor. "Te acercó el periódico", "¿Te apetece que hagamos un zumo?...?". No dejes la actividad en la mano de la persona si la puedes compartir.

Incorpora la práctica de actividades cotidianas,

intenta no hacerlas para la persona, e introduce progresivamente opciones para realizar nuevas actividades o actividades que ya se hacían, pero se quedaron atrás. Hacer la cama, tender la ropa, barrer la cocina, regar las plantas...

Conversa con la persona

Habla con la persona de igual a igual, con paciencia y tiempo para atender a lo que dice y sin criticarla en el caso de que no participe.

Propónle retos

adaptados al nivel de la persona, ni demasiado sencillos que infantilicen o aburran, ni demasiado complicados que puedan frustrarla.



Y si ya lleva tiempo así...



EN CASA VIVIENDO CON UNA PERSONA CON DEMENCIA. ¿QUÉ HAGO SI...?

MUESTRA MANIFESTACIONES SEXUALES INAPROPIADAS

por Cristina Buiza y Para Díaz-Veiga

Procura prevenirlas*

Favorece un entorno tranquilo que invite a la calma. Ciertos contenidos que ofrece la televisión pueden sobreestimar a la persona.

Ayuda a crear, si es lo que desea la persona, espacios y tiempos para la intimidad.

Pide ayuda en cuanto sientas que la necesitas

Recuerda, en estos casos no es signo de debilidad, sino de fortaleza.



6

5

Qué hago si la persona...

... se mete en mi cama

Redirígela a su cuarto. Esta conducta podría surgir de una búsqueda de intimidad sin fines sexuales o simplemente por desorientación.

... aparece desnuda

Tápale con una bata y llévale a un lugar privado sin darle mayor importancia. Su comportamiento puede ser porque tenga calor o necesite ir al baño. O simplemente necesita actividad y esa es la que tiene accesible en ese momento.

... se masturba en público

Procura mantener la calma y condúcele a un lugar privado sin darle mayor importancia. No le riñas, ni avergüences.

... hace tocamientos a otras personas

Explícale directamente que esa conducta no es adecuada con esa persona o lugar. Con firmeza, pero sin entrar en discusiones ni confrontaciones.

... coquetea haciendo comentarios ofensivos y/o gestos inapropiados

Esta conducta puede estar vinculada a viejos roles sociales. Recuerda a la persona, de forma amable y práctica, que esta conducta no es aceptable, y bríndale oportunidades para reexperimentar su rol social en otros aspectos.

Si ya han aparecido...

Ponte en su lugar

Intenta entender y minimizar estas situaciones. Descarta causas como irritaciones, infecciones... Que la persona se desvista puede responder a que tiene calor, ganas de ir al baño o siente alguna incomodidad, por ejemplo.

1

2

Muestra calma

Reaccionar con naturalidad favorece la tranquilidad de la persona. Recuerda que este comportamiento es una manifestación de la enfermedad.



3

Ofrece conversación

A veces una conducta sexual refleja una necesidad de interacción con otra persona. Conduce esa necesidad a una conversación u otro tipo de actividad compartida.

4

Redirige la expresión sexual

hacia actividades que ayuden a la persona a centrarse en otra cosa. Por ejemplo, hacer algo de ejercicio físico. En ocasiones distracciones simples, como ofrecer un poco de agua o zumo, también pueden ser de ayuda.

(*) En algunos casos puede ayudar salir a la calle. Solicite al médico de cabecera un documento que justifique la necesidad de la salida.

Recomendaciones basadas en las siguientes lecturas:

"Consejos y orientaciones no farmacológicas para pacientes con deterioro cognitivo en el domicilio y unidades psicogerátricas"

Ariola, E., Alaba J., Buiza, C., González M.F. y Zulaica, A.

"Desinhibición sexual. Pautas de abordaje"

Gracia P. @ppcMemoria24.wordpress.com

EN CASA VIVIENDO CON UNA PERSONA CON DEMENCIA. ¿QUÉ HAGO SI...? TIENE DEAMBULACIÓN CONSTANTE

por Cristina Buiza y Para Díaz-Veiga

Procura prevenirla*

Favorece un entorno físico agradable, iluminación adecuada, objetos conocidos y tranquilizadores, ambiente en calma.

Preserva las rutinas y las costumbres evitando, en lo posible, grandes alteraciones.

Pide ayuda si la necesitas

Recuerda, en estos casos no es signo de debilidad, sino de fortaleza.



8

7

Favorece la orientación y un recorrido cómodo por la casa. Para ello:

- Utiliza señales de orientación: paneles indicadores, lugares y objetos especialmente conocidos, como adornos personales y significativos.
- Dispón los objetos ordenados en sus sitios habituales.
- Asegura un paso fácilmente transitable y seguro por pasillos y estancias. Si fuera necesario reorganiza la ubicación del mobiliario que pueda interrumpir el paso.
- Abre las puertas para que si la persona busca un espacio concreto le sea más sencillo identificarlo desde el pasillo.
- Si en la casa hay puertas de cristal transparente, coloca una pegatina a la altura de los ojos que ayude a la persona a saber si la puerta está abierta o cerrada.



Si ya han aparecido...

Ponte en su lugar

La deambulación puede ser una manifestación de alguna necesidad no satisfecha (ir al baño, tener hambre, sed, cansancio, miedo, inseguridad, falta de ejercicio, aburrimiento, dolor...).

1

Favorece el contacto con el exterior

Aprovecha los momentos disponibles para salir a dar un paseo por la calle.

6

5

Tranquilízala en caso de mostrar sensación de urgencia

y prueba a sugerir otra actividad. Por ejemplo, si comenta que tiene que ir a hacer la comida a los niños, puedes decirle: "No te preocupes, la comida está lista. Ya me estoy encargando yo. Vente al sofá mientras se hace".

Acompáñala al baño, a la cocina o invítala a un sitio cómodo

Si manipula pomos o parece mirar a dónde ir, puede que esté queriendo hacer algo que no logra expresar. Trata de averiguar de qué se trata.

2

3

Orienta la deambulación hacia zonas seguras

En caso de no existir riesgo, permite a la persona que camine tranquilamente, aunque sea pasillo arriba, pasillo abajo.



4

Conserva la calma y no te agobies si la persona te sigue por toda la casa

Puede ser por falta de estimulación, curiosidad o, en casos de demencia avanzada, un acto reflejo.

(* En algunos casos puede ayudar salir a la calle. Solicite al médico de cabecera un documento que justifique la necesidad de la salida.

Recomendaciones basadas en las siguientes publicaciones:

"Consejos y orientaciones no farmacológicas para pacientes con deterioro cognitivo en el domicilio y unidades psicogeriátricas"

Amola, E., Alaba J., Buiza, C., González M.F. y Zalaca, A.

"Guía para una vivienda amigable con las demencias"

García, A., Del Barrio, E., Díaz-Veiga, P.

EN CASA VIVIENDO CON UNA PERSONA CON DEMENCIA. ¿QUÉ HAGO SI...?

TIENE DELIRIOS

por Cristina Buiza y Pura Díaz-Veiga

Procura prevenirlos*

Facilita que la persona esté en un ambiente conocido y familiar

Asegúrate de que te ve u oye cuando le hables colocándote cerca y de frente. Háblale con claridad y suavemente

Inclúyela en las conversaciones para evitar que crea que están hablando o haciendo hay un complot contra ella, etc.

No dudes en pedir ayuda si la necesitas

Recuerda, pedir ayuda en estos casos no es signo de debilidad, sino de fortaleza.

8 Ante creencias como: "tengo que ir a casa a cuidar de mis hijos o a prepararles la comida"

- Prueba a hablar sobre el tema que le preocupa, pero desde otra perspectiva: "cuéntame algo de los hijos, qué vas a preparar para comer..."
- No la recuerdes que sus hijos tienen actualmente 60 años (o los que sean).
- Cuando insista en irse a su casa o a trabajar conviene prestarle atención, permaneciendo a su lado para evitar que se ponga en peligro.

7 Ante la creencia de robo:

- Ofrecela ayuda para buscar el objeto que cree que le han robado, sin seguir el tema del robo, sino centrándote en ayudarle a encontrarlo.
- Puedes meterle en su cartera algo de dinero o una fotocopia de la documentación. Eso puede hacer que se sienta mejor.
- Dale una llave para que cierre su habitación o su armario si eso la tranquiliza.
- Dile que vamos a estar atentos y vigilando para que no venga nadie.

6 Introduce poco a poco temas que sepas que le resulten agradables.

Háblale de sus aficiones (deporte, lectura...), su música favorita, la comida que más le gusta,...

5 No le quites importancia a lo que dice, ni la ridiculices por ello

Escúchala. Para la persona es muy importante sentir que la apoyas.

4 Háblala en tono suave,

aunque no entienda, coge su mano, escúchala para que sienta que está atendida y protegida.

Si ya han aparecido...

1 Ponte en su lugar, dándote cuenta de que la persona está asustada debido a pensamientos que le hacen sufrir

2 Mantén la calma para transmitir tranquilidad y seguridad,

y reducir su malestar por ese pensamiento que le genera malestar.

3 Atiende a lo que la persona está sintiendo

Evita hacerle entrar en razón, para ella lo que piensa es la realidad.

(*): En algunos casos puede ayudar salir a la calle. Solicita al médico de cabecera un documento que justifique la necesidad de la salida.

Recomendaciones basadas en la publicación: "Consejos y orientaciones no farmacológicas para pacientes con deterioro cognitivo en el domicilio y unidades psiquiátricas". Arnala, E., Alaba J., Buiza, C., González M.F. y Zulaica, A.

EN CASA VIVIENDO CON UNA PERSONA CON DEMENCIA. ¿QUÉ HAGO SI...?

TIENE ALUCINACIONES

por Cristina Bulza y Pura Díaz-Veiga



Favorece un entorno tranquilo

Evita, en lo posible, ruidos bruscos; escasez o cambios repentinos de luz; estimulación excesiva (la radio y la televisión pueden ser elementos de entretenimiento para algunas personas, pero también pueden causar que la persona piense que está escuchando voces...). Un poco de música suave puede ser de ayuda.

Procura prevenir las*



Manten la casa bien iluminada

y tapa los espejos si la persona no reconoce su imagen y piensa que son otras personas.



Procura no hacer cambios drásticos en la decoración o mobiliario

Pueden generar más confusión en la persona. Identifica qué objetos son relevantes para ella y mantenlos a su vista para que no se angustie si no los ve.

Evita bebidas excitantes

Ventila bien todas las habitaciones

Emplea fragancias y aromas a las que la persona esté habituada. Cambios bruscos en los olores también puede desencadenar estos episodios.

Si ya han aparecido...





1 Tranquilízala y dale seguridad

cuando se altere o asuste por la perturbación que está sufriendo.

2 Acompaña

No es necesario actuar si lo que la persona percibe no provoca sufrimiento o existe un riesgo.



3 Procura reaccionar con calma

asi es más fácil que se sienta segura y confortada. A veces coger su mano y abrazarle le puede tranquilizar.

4 Asegúrate de que te puedas ver u oír

Quando te dirijas a ella, colócate cerca y de frente, antes de iniciar una conversación.

5 Responde de modo neutro sin comprometerte

Quando sabes que lo que dice, ve u oye es falso, evita discutir. Para ella es real.

6 No dudes en pedir ayuda si la necesitas

Consulta al médico para valorar causas orgánicas o medicamentosas.

No olvides, pedir ayuda en estos casos no es signo de debilidad, sino de fortaleza.

7 Desplázate junto a ella a otra zona de la casa y ofrécela alguna actividad gratificante y significativa

Un buen punto de partida puede ser iniciar una conversación sobre temas reales y cotidianos.

(*) En algunos casos puede ayudar salir a la calle. Solicite al médico de cabecera un documento que justifique la necesidad de la salida.

Recomendaciones basadas en la publicación: "Consejos y orientaciones no farmacológicas para pacientes con deterioro cognitivo en el domicilio y unidades psico geriátricas", Arriola, E., Alaba J., Bulza, C., González M.F. y Zulaica, A.

EN CASA VIVIENDO CON UNA PERSONA CON DEMENCIA. ¿QUÉ HAGO SI...?

TIENE MANIFESTACIONES DE AGITACIÓN

por Cristina Buiza y Pura Díaz-Veiga

Procura prevenirlas*

Favorece que el entorno sea tranquilo



Evita, en lo posible, ruidos bruscos; escasez o cambios repentinos de luz; estimulación excesiva (tele o música de fondo sin parar, hablar a la vez...).



Un poco de música suave (en algunas personas es muy eficaz el uso de auriculares). Si es creyente, escuchar el rosario o una misa, puede ayudar a relajarla.



Invítala a participar en actividades significativas y agradables

como cuidar animales o plantas, ordenar objetos, lavar y doblar ropa, tareas domésticas, jugar a las cartas.



Mantén las rutinas diarias

y cambia lo menos posible la vida y el entorno diario, asegurando que los objetos significativos de la persona estén a la vista.



Animala y ayúdala a moverse

Un paseo por la casa o bien realizar algo de ejercicio.

Evita bebidas excitantes



Si ya han aparecido...



Favorece que la persona se exprese

acercas de sus sensaciones y de las causas de lo que le pasa.

1

Muestra una actitud cariñosa y conciliadora

Exprésate de forma clara, sencilla y sosegada. Pasea y respira profundamente junto a ella.



6

Pide ayuda y consulta al médico

si la agitación es repentina y sin motivo aparente. Podría haber alguna causa médica o medicamentosa.

No olvides, pedir ayuda en estos casos no es signo de debilidad, sino de fortaleza.

2

Presiona muy ligeramente la parte del cuerpo que está agitada

y anima a la persona, con amabilidad, que cese el movimiento, reduciendo el contacto progresivamente hasta que cese la agitación.

3



4

Entreténla, cuando se vaya calmando

Llévase su pensamiento hacia temas que no creen tensión y le resulten reconfortantes para ayudar a crear un estado agradable.

5

"Calma" el ambiente en el que se encuentra la persona

Elimina luces directas y fuertes, ruidos, cantidad de gente presente...

(* En algunos casos puede ayudar salir a la calle. Solicite al médico de cabecera un documento que justifique la necesidad de la salida.

Recomendaciones basadas en la publicación: "Consejos y orientaciones no farmacológicas para pacientes con deterioro cognitivo en el domicilio y unidades psicogerátricas". Arriola, E., Alaba J., Buiza, C., González M.F. y Zúñiga, A.

EN CASA VIVIENDO CON UNA PERSONA CON DEMENCIA. ¿QUÉ HAGO SI...?

LA PERSONA TIENE CONDUCTAS AGRESIVAS

por Cristina Buiza y Pura Díaz-Veiga

Procura prevenirlas*



Motiva la practica de actividades cotidianas,
facilitando y valorando el desempeño de lo que a la persona le gusta y motiva.



Manten las rutinas diarias.
En caso de que los cambios sean inevitables, procura introducirlos de modo progresivo.



Presta atención al entorno.
Manten controlados objetos peligrosos y la medicación. Procura tener una temperatura agradable, y ambiente tranquilo.



Distraéla contándo algo con tono calmado
o bien ofrécele algo que mantenga sus manos ocupadas (comida, un periódico, cartas...), en especial cuando la persona se empieza a alterar.

Si han aparecido...

1. Respira y conserva la calma

No te tomes la agresividad como algo personal, trata de averiguar qué es lo que le causa irritación y actúa antes de que vaya a más.

1

2

2. Preguntar a la persona qué le pasa

y si le puedes ayudar, con voz suave y sin hacer gestos bruscos. Levantar la voz o discutir casi siempre provoca una escalada del comportamiento agresivo.

3

3. Usa el contacto físico con criterio

de modo personalizado, a veces, el contacto o un abrazo pueden consolar a una persona, pero también puede ser entendido como una provocación.

4

4. Aborda a la persona por delante,

despacio y con calma. No te acerques rápidamente, ni por detrás. Avisale de lo que vas a hacer y procura no causarle sobresaltos.

7

No dudes en pedir ayuda si la necesitas

Ten a mano teléfonos de Urgencias u otros recursos en caso de no poder controlar la situación por ti misma. No olvides, pedir ayuda en estos casos no es signo de debilidad, sino de fortaleza.

5

5. Distrae a la persona centrandole su atención en algo placentero,

cambiando de actividades, yendo a otra sala, dejando la situación en suspenso.

6

6. Sujétalo, si hace falta, con firmeza y cuidado.

Resulta mejor una sujeción ligera, agarrándole los brazos con suavidad.

(*) En algunos casos puede ayudar salir a la calle. Solicite al médico de cabecera un documento que justifique la necesidad de la salida.

Recomendaciones basadas en la publicación: "Consejos y orientaciones no farmacológicas para pacientes con deterioro cognitivo en el domicilio y unidades psiquiátricas". Arnóla, E., Alaba J., Buiza, C., González M.F. y Zulaica, A.

II. LA COMUNICACIÓN

EN OCASIONES, A LA HORA DE COMUNICARNOS CON PERSONAS, PODEMOS ENCONTRARNOS CON QUE....

- Tienen dificultad para expresarse y/o para comprender.
- Mantienen la capacidad para hablar, pero lo hacen en un ritmo más **lento**.
- Pueden tener problemas de **tipo articulatorio** que dificulte el lenguaje.
- Dificultades en el uso social del lenguaje.
- Déficits sensoriales: audición.
- Dificultades en la atención.
- Olvidan rápidamente lo que se les dice.
- Dificultades a la hora de recordar: nombres, objetos, lugares...
- Repiten lo mismo una y otra vez.
- Cuentan historias que no tienen lógica.

¿POR QUÉ ES NECESARIA UNA BUENA COMUNICACIÓN?

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

Cómo favorecer una buena comunicación

Cada persona tendrá necesidades diferentes y, por tanto, necesitará apoyos diferentes. Pero existen algunas estrategias generales que pueden mejorar la comunicación.

- Manejo del **lenguaje verbal**
 - Procurar utilizar un mensaje bien estructurado, de fácil interpretación.
 - Uso de frases breves y claras.
 - En algunos casos: uso de preguntas cerradas.
 - Usar mensajes afirmativos.
 - Emplear tono de voz y gestos adecuados.
 - Hablarle como a un adulto o adulta, en caso de dirigirnos a una persona adulta.
 - Dejar tiempo para responder.

A veces, será necesario emplear sistemas de comunicación alternativos.

Otros factores que promueven una buena comunicación

- Elegir un lugar adecuado para hablar: tranquilo, cómodo, poco ruidoso...
- Buscar el momento oportuno para hablar.
- Sentarse al lado/enfrente: Si es posible a la misma altura.

- Captar su atención, proporcionar seguridad (sonreír, contacto físico...) y transmitir calma.
- Facilitar que exprese sus emociones y sus preocupaciones.
- No intentar razonar ni aplicar la lógica cuando no se puede.
- Evitar generalizar: “siempre”, “nunca”.
- Buscar temas de conversación agradables.

Cómo favorecer una buena comunicación:

ESCUCHA ACTIVA

- No es sólo escuchar qué dice, sino cómo lo dice.
- Observar la expresión, la mirada... ayudará a interpretar las emociones de las personas.
- Interpretar aquello que quiere decirnos.
- Evitar juzgar y aconsejar.

EMPATÍA

- Habilidad que permite reconocer, comprender y apreciar los sentimientos de los demás.
- Ponernos en su lugar.
- Aceptar un ‘no’ por respuesta.

ASERTIVIDAD

- Forma de expresión consciente, mediante la cual se manifiestan las ideas, deseos, opiniones, sentimientos o derechos de forma congruente, clara, directa, equilibrada, honesta y respetuosa sin la intención de herir o perjudicar.
- Se puede hablar de cualquier tema, siempre y cuando no hiramos a la otra persona, y no dejando que nos hieran.
- Tener en cuenta lo que siente la otra persona sin olvidar lo que sentimos nosotras y nosotros.

Módulo III

Aspectos legales y éticos asociados al cuidado

I. EL TESTAMENTO

Es un acto o negocio jurídico por el que una persona dispone para después de su muerte, de todos o de parte de sus bienes y derechos (*según art. 667 del Código civil*).

¿POR QUÉ HACER UN TESTAMENTO? ¿CUÁNDO?

- Dejar tus bienes como tú quieras (dentro de la ley).
- Facilitar el proceso a los herederos.
- Puedes dejar un legatario (dejarle algo concreto).
- Designar un albacea (encargado de ver si se cumple tu última voluntad).
- Designar un contador partidor (para que no haya conflicto entre los herederos).
- Designar un curador si tenemos a nuestro cargo personas que necesitan.
- Reconocer un hijo no reconocido.

TESTAMENTO: CARACTERÍSTICAS Y NOTAS

- Es un acto "*mortis causa*", tiene efecto únicamente a partir del fallecimiento del testador o testadora y nunca en vida.
- Es un acto, además de **personal y unilateral** (no se hace uno del matrimonio, sino que cada persona hace el suyo).
- Es un acto **libre**.
- Es un acto que requiere una **capacidad** específica (todo el mundo es capaz hasta que se demuestre lo contrario ante juez).
- Es **siempre revocable**.
- Es un **acto jurídico formal**: Debe de cumplir los requisitos de forma que marcan las leyes: **FIRMA Y FECHA** (+ según tipo testamento).

TESTAMENTO ABIERTO

- Se realiza ante notario.
- Se recoge la verdadera voluntad de la persona testadora.
- Se garantiza su adecuada conservación.
- Fácil localización (Registro de Últimas Voluntades).
- Asesoramiento por Notario.
- Eficacia directa; sin trámite judicial posterior.
- Coste asequible.

NUEVO DERECHO CIVIL VASCO NOVEDADES EN LA TRANSMISIÓN DEL PATRIMONIO FAMILIAR

LEY 5/2015 de 25 de junio, DE DERECHO CIVIL VASCO, DEL PARLAMENTO VASCO. BOPV nº 124, de 3 de julio de 2015.

- Ya **no hay tres partes de herencia**, es una herencia con un **tercio obligatorio a descendientes**.
- Los descendientes, pueden ser hijas e hijos, nietas y nietos.
- No hay obligatoriedad de reparto a partes iguales, se podría dejar todo a una de las nietas, por ejemplo.
- Únicamente se aplica en el País Vasco.

SUCESIÓN TESTADA: NOVEDADES

- Se refuerza la posición de los derechos del viudo o del miembro superviviente de la pareja de hecho.
- Derecho de habitación: establece que el cónyuge viudo tiene derecho a vivir en el domicilio conyugal (una habitación).
- Se fija su legítima en un derecho de usufructo de la mitad del patrimonio si concurre con descendientes.
- Si concurre con ascendientes recae en dos tercios del patrimonio.

- Testamento HIL-BURUKO o testamento en peligro de muerte.
- Testamento MANCOMUNADO o de Hermandad

OTRAS FÓRMULAS

CONTRATO DE RENTA VITALICIA

- Suele pactarse entre **padres o madres mayores e hijos e hijas** que les asisten, o entre **personas mayores y asistentes**.
- Mediante este contrato se cede la propiedad de uno o de varios **bienes a cambio de dinero** (joyas, pisos, fincas rústicas).
- El que lo recibe tiene OBLIGACIÓN de pagar una cantidad de dinero o pensión.
- Puede pactarse la forma de pago (semanal, mensual, anual, en dinero o especie)
- Se formaliza ante Notario, en escritura pública.
- Se pueden ceder los bienes a una o a varias personas (físicas o jurídicas).

CONTRATO DE ALIMENTOS

- Se formaliza ante Notario en escritura pública.
- Se cede un capital en cualquier clase de bienes o derechos.
- La persona que recibe el capital se obliga a **proporcionar manutención, vivienda y asistencia de todo tipo** a lo largo de toda la vida del cedente.
- Se puede ceder un derecho que no sea la total propiedad (puede conservarse el derecho a vivir en la casa).
- Esta obligación pasa a las personas herederas del obligado.

- La Ley permite, en caso de incumplimiento, que se pueda optar entre hacer cumplir lo pactado o que el contrato quede sin efecto, recuperando la propiedad del capital.
- Se pueden ceder los bienes a una o a varias personas (físicas o jurídicas).

LA HIPOTECA INVERSA O PENSIÓN HIPOTECARIA

- Es una especie de hipoteca “al revés”, el dueño constituye sobre él una hipoteca y a cambio recibe por el tiempo que se haya fijado, dinero a cambio en concepto de préstamo.
- Al fallecimiento de la persona, sus herederos pueden optar entre:
 - Pagar la deuda generada por el préstamo y recibir el inmueble.
 - Vender el inmueble, recibir la diferencia del valor, si es que sobrara algo.

II. VOLUNTADES ANTICIPADAS

¿Qué es?

- Es un documento escrito, dirigido al equipo médico.
- La persona deja constancia de las **instrucciones a seguir en el futuro**, por si en ese momento no pudiera expresar personalmente su voluntad.
- El documento puede ser **modificado y revocado en cualquier momento** mientras se conserve la capacidad para tomar decisiones.

¿Quién lo puede hacer?

- Persona mayor de edad
- Persona no incapacitada
- Persona que actúe libremente

¿Cómo se puede hacer?

Existen 3 vías:

1. Ante **tres personas testigos** mayores de edad, con plena capacidad de obrar, **sin parentesco hasta segundo grado**, ni matrimonio, pareja de hecho, o unión libre, ni relación patrimonial, actuando esas tres en presencia de la persona otorgante, que firma todas las hojas del documento.

2. Ante **notario/a** que hace todos los trámites. No se precisan testigos.

3. Ante las personas encargadas del **Registro de Voluntades Anticipadas**, en la sede del Departamento de Salud que corresponda al domicilio de quien otorgue. No se precisan testigos. (C/ Sancho el sabio, 35. Donostia/San Sebastián. Tlf.: **943 023 006**)

¿Qué se puede expresar?

- Valores y opciones personales respecto a momentos finales de la vida u otras situaciones de grave limitación física y/o psíquica.
- Elección del lugar donde recibir cuidados al final de la vida.
- Ser donante de órganos.
- Recibir asistencia religiosa.
- Si se es contrario o contraria a que se practique la autopsia.
- Si se desea donar el cuerpo para estudios anatómicos.

- Aceptación o rechazo de tratamientos o cuidados concretos.
- Instrucciones y límites a las actuaciones médicas (Ej.: medidas de soporte vital: Reanimación, diálisis, respirador, nutrición e hidratación artificial...).

III. OTRAS LEYES DE INTERÉS

LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA

LEY 8/2021, de 2 de junio, POR LA QUE SE REFORMA LA LEGISLACIÓN CIVIL Y PROCESAL PARA EL APOYO A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL EJERCICIO DE SU CAPACIDAD JURÍDICA.

- Se proclama que las personas con discapacidad deben ostentar la capacidad jurídica en **igualdad de condiciones que los demás**, en todos los aspectos de la vida, y que se les debe otorgar el apoyo necesario para que así sea.
- En España, hasta la fecha, había un sistema de sustitución en la toma de decisiones a través de las figuras del *tutor, curador, patria potestad prorrogada* etc.
- Con esta reforma se modifica el modelo anterior para conseguir **los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona** con discapacidad y que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida.
- La ley se denomina **para el APOYO a personas con discapacidad**.
 - Este APOYO se entiende desde un acompañamiento amistoso, la ayuda técnica en la comunicación de declaraciones de voluntad, la ruptura de barreras arquitectónicas y de todo tipo y el consejo para la toma de decisiones.
 - Cuando sea imposible dar este apoyo de otra forma, se podrá concretar en la representación por otra persona.
 - Este apoyo será para los aspectos patrimoniales y también para los aspectos personales: decisión sobre el domicilio, la salud, las comunicaciones, etc.

Ya no se va a incapacitar a nadie ni existirán **procesos** de modificación de la capacidad, sino los dirigidos a proveer apoyos a las personas con discapacidad.

No se declarará la incapacidad ni la privación de derechos, ni personales, ni patrimoniales, ni políticos.

La base será siempre atender en primer lugar a **la voluntad, deseos y preferencias de la persona**.

Se le ayudará para que tome sus propias decisiones, informándole y explicándole.

En casos excepcionales, se incluirán funciones representativas atendiendo a **la trayectoria vital de la persona**. Es decir, qué hubiera decidido o hubiera hecho, por su forma de ser, de vivir, de pensar, sus creencias, valores, etc. para tomar una decisión concreta.

No se puede modificar la capacidad porque es inherente a la persona humana.

Las personas con discapacidad participarán en el proceso con un profesional FACILITADOR que puede explicarles los distintos actos y fases. (Lo hará con un lenguaje comprensible, informándole, asesorándole y orientándole).

También existirá una MESA DE COLABORACIÓN con profesionales del ámbito sanitario y social (médicos y médicas, trabajadores y trabajadoras sociales, psicólogos y psicólogas, y personas cuidadoras) para aconsejar en el proceso judicial las medidas de apoyo más idóneas para cada caso.

Estas decisiones sustituirán al informe médico forense habitual.

Las medidas de apoyo son:

- **Las de naturaleza voluntaria:** las establece la persona en previsión a una discapacidad y define quién debe prestarle apoyo si ocurre y con qué alcance. Se hace a través de una escritura notarial: **poderes y mandatos preventivos**. Incluso se puede designar la persona curadora y establecer su actuación.
- **La guarda de hecho:** es una medida informal de apoyo cuando no haya medidas voluntarias o judiciales. Si la persona guardadora necesita realizar alguna actuación representativa concreta puede obtener autorización judicial.
- **La curatela:** es una medida formal de apoyo continuada. Se determina en resolución judicial y es de naturaleza asistencial. Excepcionalmente, a la persona curadora se le pueden atribuir funciones representativas.
- **El defensor judicial:** es una medida formal de apoyo ocasional cuando haya conflicto de intereses o la figura de apoyo coyunturalmente no pueda.

En todos los supuestos, no puede haber conflictos de intereses ni influencia indebida y no podrán ejercer estas medidas si son personas contratadas para prestar servicios asistenciales, residencias o similares.

Siempre tendrán preferencia las Medidas Voluntarias.

REVISIONES: Las medidas de apoyo adoptadas en resolución judicial serán revisadas periódicamente en un plazo MÁXIMO DE 3 AÑOS Y EXCEPCIONALMENTE EN 6 y, en todo caso, ante cualquier cambio sustancial de las circunstancias.

Si no se solicita la revisión, se realizará de oficio en un plazo máximo de **tres años**.

Módulo IV

Competencias y habilidades básicas para el cuidado

I. EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso continuo, progresivo e irreversible. Se inicia desde el nacimiento hasta el final de la vida. Los ritmos a que estos procesos se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales.

Factores que influyen en cómo se envejece

- Características personales, factores fisiológicos, físicos, la nutrición y el estilo de vida.
- La genética, el ejercicio y la ausencia o el control de la enfermedad crónica.
- Factores cognitivos y mentales.
- Niveles de educación, conocimiento adquirido.
- El aprendizaje y la estimulación continua.
- Apoyo social que incluye el interno y externo: el medio ambiente, la familia y la comunidad.
- La adaptación a las limitaciones físicas y cognitivas.
- **La actitud** del individuo.

II. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO

- Estos cambios no tienen que ver con la enfermedad, sino con el envejecimiento.
- Estos cambios no afectan por igual a todo el mundo.

La piel

Con la edad se pierde el grosor de las capas, así como su eficiencia. La piel se compone en tres capas principales: epidermis, dermis y el tejido subcutáneo. También la piel perderá elasticidad haciendo a las personas más propensas a sufrir lesiones.

Ojos

Se hundan los ojos debido a la **pérdida de grasa orbitaria**. En ocasiones, son habituales determinadas enfermedades de la retina: Degeneración macular, retinopatía diabética y el desprendimiento de retina. También son frecuentes otras enfermedades del ojo, como las **cataratas**.

El oído

La apariencia externa de la oreja cambia, el pabellón tiende a agrandarse y caerse. Se engrosa el tímpano y aumenta la producción de la cera (se deberá acudir a un centro médico cuando se formen tapones). A causa de la edad también suele aparecer la presbiacusia, que se produce por un deterioro progresivo del oído interno.

La boca

Las **encías adelgazan**, por lo que pueden aparecer dificultades con las prótesis dentales. Con el paso del tiempo, el esmalte se va **gastando**, y a esto le llamamos la desmineralización, predisponiendo a la **aparición de caries y otras lesiones**. Efectivamente, toda alteración del esmalte facilita el ataque bacteriano, además de darle una apariencia opaca y plana a los dientes.

El envejecimiento general provoca la **obstrucción progresiva de los túbulos dentales**, lo que implica una disminución de la sensibilidad.

Sistema músculo-esquelético

Se pierde masa muscular, se empieza a acumular grasa y disminuye la cantidad de agua que tiene el cuerpo. Es importante por esto la actividad física y la hidratación constante.

Como efecto de estos cambios los huesos se vuelven más frágiles y se pueden romper con más facilidad. El deterioro de las articulaciones puede llevar a inflamación, dolor, rigidez y deformidades y estos cambios pueden causar desde una rigidez leve hasta una artritis grave.

Aparato digestivo

El tránsito de los alimentos se enlentece, lo que favorece el estreñimiento. Es por ello, que se recomienda beber más agua.

Aparato genital

En las mujeres aparece la menopausia. La vagina se hace más corta, un posible efecto son las infecciones de orina.

En los hombres, la erección es más lenta y hay menos volumen de esperma. También aumenta el tamaño de la próstata, dificultando el drenaje de la orina al exterior.

Aparato circulatorio y aparato respiratorio

El corazón y los pulmones se vuelven más susceptibles a la aparición de enfermedades. Las enfermedades más frecuentes son la hipertensión o enfermedades respiratorias.

III. NECESIDADES DE HIGIENE

CUIDADOS DE LA PIEL

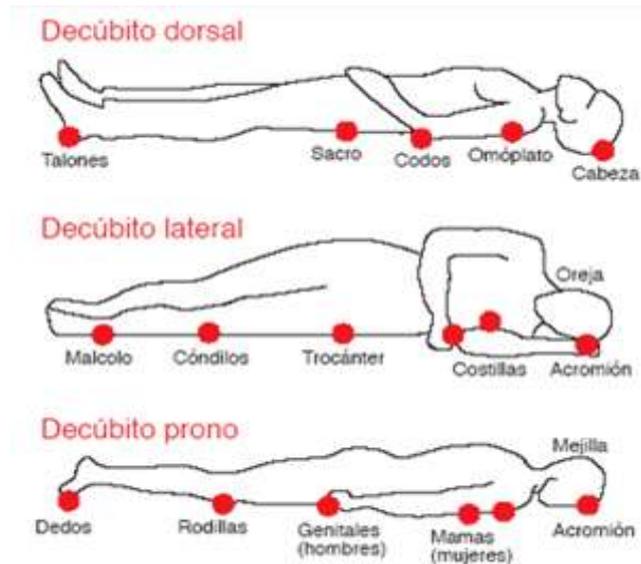
La piel se vuelve más frágil y propensa a generar úlceras por presión, la dermatitis asociada a la incontinencia.

☐ Úlceras por presión

Es una lesión localizada en la piel y que puede comprometer incluso estructuras bajo esta, como los músculos y los huesos.

Zonas más susceptibles de úlceras

Por lo general, se desarrollan sobre una elevación ósea, como talones, tobillos, codos y zona del sacro.



Estadios de las úlceras:

Estadio I: Hay una alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel, consistencia del tejido y/o diferentes sensaciones.

Estadio II: Hay una pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

❑ Dermatitis asociada a la incontinencia (DAI)

La dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) es una inflamación de la piel que ocurre cuando la orina o las heces entran en contacto con la piel.

Cuando se observe una DAI será importante avisar al médico o médica, cambiar de muda frecuentemente después de la presencia de orina y/o deposiciones; procurar mantener el pañal abierto y no cerrado, cuidar y limpiar la piel con un jabón neutro y usar cremas hidratantes sin olor ni alcohol.

☐ Prevención de las lesiones por humedad y las úlceras por presión:

1. Observar la piel: Examinar la piel al menos una vez al día, poniendo especial atención a las prominencias óseas y a las zonas expuestas a incontinencia. Se debe buscar cualquier cambio de la piel, ampollas, calor local y enrojecimiento. Estos podrían representar una etapa inicial de este tipo de lesión.

2. Mantener la piel limpia y seca:

- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras respetuosas con la piel y con bajo poder irritativo.
- Lavar la piel con agua tibia, aclarar y secar meticulosamente, pero sin friccionar.
- No utilizar alcoholes ni colonias, ya que resecan la piel.
- Utilizar ropa de algodón no sintética. Evita ropa ajustada.
- Si tenemos un problema de incontinencia o exceso de sudoración utilizar productos barrera, como productos con óxido de zinc que protegen y aíslan la piel de la humedad.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados.

3. Hidratar bien la piel:

Se hidratará la piel para mantener las características propias de la piel y ayudar a conservar la elasticidad. Se utilizarán cremas que sean libres de perfume.

4. Realizar un buen manejo de la presión:

Para reducir el efecto de la presión sobre nuestro cuerpo tenemos que considerar los siguientes elementos:

- **Movilizaciones:** Se le puede solicitar al profesional sanitario que elabore un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad de la persona.
- **Cambios posturales:** los cambios posturales deben realizarse cada 2-3 horas siguiendo un programa rotatorio de cambios.
- **Dispositivos de alivio de presión:** Colchones y cojines *antiescaras*.
- **Protección local con apósitos** de diferentes formas que se adaptan a la forma del cuerpo (los más comunes son las taloneras para proteger los talones).

CUIDADO DE LAS UÑAS

Es importante cortar bien las uñas. Para las uñas de los pies es preferible utilizar alicates adecuados en vez de tijeras. Para las uñas de las manos, es mejor emplear tijeras de punta redonda. Se cortarán después del baño, procurando que el borde quede recto y liso. Se recomienda cortar las uñas en línea recta, redondeando un poco las esquinas y acudir al podólogo con regularidad.

HIGIENE BUCAL

El cepillado de los dientes debe ser diario, después de cada comida, sin dejar que trascorra más de media hora, de ese modo, se eliminarán partículas de alimentos, bacterias, sarro y se podrán prevenir caries. También será importante cepillar la lengua y el paladar.

Prótesis dental

La prótesis dental requiere de unos cuidados especiales: Debe limpiarse después de cada comida y antes de acostarse. Se limpia con agua templada (el agua caliente lo puede dañar). La dentadura se quitará por la noche a menos que exista una contraindicación.

CUIDADO DE OJOS Y OÍDOS

Ojos: Los ojos se lavan con agua, lavando cada ojo por separado (gasa diferente para cada ojo).

Oídos: Las orejas se limpiarán como cualquier otra zona del cuerpo, es una limpieza externa. No se introducirán objetos punzantes y se evitarán los bastoncitos de algodón. Limpiar con agua y jabón. Si se utilizan audífonos retirar a la noche y limpiar restos de cerumen.

CUIDADO DEL SISTEMA REPRODUCTOR

Será importante utilizar jabones neutros y después aclarar y secar bien la zona. Después, hidratar la zona con crema hidratante.

IV. NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN

La alimentación es una necesidad básica y a su vez, puede ser uno de los espacios agradables del día.

Recomendaciones para apoyar en la alimentación:

- Procurar que los alimentos se presenten de forma atractiva.
- Será importante identificar qué consistencia le ayuda a la persona a alimentarse de la mejor manera. Valorar la necesidad de espesante. Evitar la utilización de jeringuillas y pajitas.
- Siempre que la persona pueda comer sentada, barbilla hacia abajo. Si tuviera que comer en cama: cabecera elevada. Evitaremos que extienda el cuello hacia atrás e intentaremos darle de comer a su altura.
- Los alimentos se administrarán en pequeños bocados y se respetará el ritmo de masticación. No se debe llenar demasiado la cuchara. Los líquidos también serán ofrecidos en poca cantidad.
- Se recomienda comer 1 hora antes de ir a la cama, y dejar transcurrir 30 min. antes de tumbarse.
- Medicación: Se debe consultar la posibilidad de **triturar** y mezclarla con la comida.
- Por parte de la persona cuidadora: disminuir ansiedad, animar, evitar la sobre estimulación, supervisar la situación...

V. PROMOVER AUTONOMÍA, INDEPENDENCIA Y BIENESTAR

Cuando somos personas cuidadoras es fundamental favorecer la autonomía, independientemente del nivel de dependencia.

❑ LO QUE SÍ FAVORECE LA INDEPENDENCIA, LA AUTONOMÍA Y LA AUTOESTIMA

Propiciar oportunidades y apoyos para posibilitar la autopercepción de capacidad y control sobre el medio

- Identificar las capacidades de las personas y centrarse en lo que puede hacer cada cual.
- Propiciar **oportunidades** de hacer cosas por uno ó una misma.
- **Establecer orden y rutinas** diarias.
- Evitar sorpresas e introducir los cambios **poco a poco**.

Tener en cuenta el factor emocional y la motivación en lo cotidiano

- Hacerle **partícipe** de la vida diaria.
- Ofrecer **oportunidades** de decisión en la vida cotidiana dando a elegir.
- Tener en cuenta las **preferencias** de la persona y priorizar las actividades que más le agraden.
- Ser **paciente** y explicar las ventajas de seguir haciendo las cosas por uno o una misma, evitando la interpretación de la actitud de insistencia de la persona cuidadora, como distancia o incomprensión de sus limitaciones.

Equilibrar seguridad-autonomía-independencia

- Tener en cuenta la seguridad, pero también la autonomía.
- **Asumir ciertos riesgos** (calculados y aceptables).
- No pensar que, si algo ocurrió una vez, esto se vaya a repetir siempre.
- Preparar la situación para que sea más fácil.

Transmitir reconocimiento, ánimo, reforzar

- Animar y alabar los comportamientos independientes.
- Estimular la toma de decisiones.
- Responder con frases que transmitan confianza.

❑ LO QUE NO FAVORECE LA INDEPENDENCIA, LA AUTONOMÍA Y LA AUTOESTIMA

Restar oportunidades de comportamientos competentes

- Prestar ayuda cuando no se necesita.
- Hacer sistemáticamente las cosas que podría hacer la persona cuidada porque se tarda menos tiempo.
- Retirar a la persona cuidada definitivamente la posibilidad de hacer algo ante las primeras dificultades vistas o expresadas.

VI. PRIMEROS AUXILIOS

EXPLORACIÓN DE LA VÍCTIMA

VALORACIÓN PRIMARIA

- La exploración comienza con la valoración primaria, en la que se identifica **riesgos inmediatos para la vida** de la persona.
- Empezamos colocando a la persona en posición **decúbito-supino**.
- Se evalúa **consciencia, respiración y hemorragias graves**.
- Diferenciar emergencia de urgencia.

Evaluación de la consciencia:

Se puede hacer a través de estímulos verbales o estímulos dolorosos:

1. **Estímulos verbales:** ¿estás bien?...
2. **Estímulos dolorosos:** hacer presión ligeramente detrás de las orejas, pellizcar, tocar ligeramente los hombros...

Evaluación de la respiración:

- Tumbarse a la persona, colocarse a la **altura del tórax** y realizar maniobra **frente-mentón**.
- Una vez realizada la maniobra frente-mentón acercar el oído a la boca de la persona para poder **oír y sentir** su respiración, a la vez que **vemos** si el pecho se infla para coger aire.
- En caso de que haya un objeto en la boca, **evitar** intentar sacarlos con los **dedos en forma de pinza**.
- Realizar un **barrido digital** para extraer el cuerpo extraño, sólo si el objeto es visible.

Posición lateral de Seguridad (PLS)

- 1º Poner el brazo más próximo al socorrista en ángulo recto con el cuerpo, el codo doblado con la palma de la mano hacia arriba.
- 2º Traer el brazo alejado del socorrista cruzando el tórax y apoyar el dorso de la mano contra la mejilla del lado contrario a la víctima.
- 3º Con la otra mano, agarrar la pierna más alejada justo por encima de la rodilla y levantarla, manteniendo el pie apoyado en el suelo y girar el cuerpo hasta que quede de lado.
- 4º Colocar el dorso de la mano del lado externo, bajo la mejilla.

➤ **Parada cardio-respiratoria**

Reanimación Cardiopulmonar (RCP)

- 1º Las manos se colocan sobre el esternón entre la línea imaginaria que une las areolas.
- 2º Se coloca una mano sobre el pecho, entrelazándola con la otra mano. Los brazos perpendiculares al esternón, los codos trabados.

Compresiones torácicas:

- Se hace la fuerza con el **talón de la mano** en el centro del pecho y **sin flexionar los brazos**.
- Posición de 90 grados respecto a la víctima.
- Realizar compresiones a un ritmo de **100-120** por minuto y con una profundidad de **5 centímetros**.
- Es tan importante comprimir, como **descomprimir**.

Desfibrilación precoz:

- Euskadi es de las pocas Comunidades Autónomas que **permite a la ciudadanía utilizar desfibrilador**.
- Único requisito llamar al 112.
- Existe una **aplicación de Osakidetza** (PCEH) para asistir paradas cardio-respiratorias. Sirve para aprender a hacer RCP, marcar el ritmo y **localizar desfibriladores** cercanos.

Recomendaciones para facilitar atención mejor adaptada

Guardar en un sobre que se tenga a mano la siguiente información:

- Apartado de antecedentes personales en hojas de alta tras ingreso.
- Hojas de medicación.
- Testamento vital (en caso de haberlo).

Esto facilita atención mejor adaptada al caso.

ICTUS

La característica principal del ictus es que los síntomas se manifiestan de forma brusca.

Pueden ser cualquiera de los siguientes:

- Debilidad y/o alteración de la sensibilidad en un lado del cuerpo o de la cara.
- Pérdida o dificultad en el lenguaje, dificultad para expresarse y/o para entender a los demás.
- Pérdida brusca de visión total o parcial en un ojo o en los dos, o visión doble.
- Inestabilidad o desequilibrio e incapacidad para andar.
- Dolor de cabeza muy intenso o repentino, no habitual.

¿Qué se debe hacer y no hacer ante la aparición de síntomas?

Si se presentaran alguno de los síntomas enumerados anteriormente:

- Llamar sin demora al 112.
- Acudir inmediatamente al hospital si se prevé que la ambulancia puede retrasarse.
- Anotar la hora de comienzo de los síntomas.

Recordar lo que no se debe hacer:

- No quedarse a la espera de que se le pase.
- No tomar ningún medicamento esperando que los síntomas se resuelvan (aspirinas...).
- No esperar a que le vea su médico del centro de salud. El ictus es una emergencia médica de primer orden, ya que sus consecuencias son menores cuanto antes se reciba atención

por el neurólogo o neuróloga. No olvidar que, aunque los síntomas desaparezcan, se debe solicitar atención médica.

☐ INFARTO DE MIOCARDIO

CÓMO DETECTARLO

- Aparece dolor persistente en el pecho que puede extenderse hacia el cuello, hombros, brazos, espalda y mandíbula.
- Se puede confundir con indigestión.
- Puede aparecer dificultad para respirar y sensación de ahogo.
- La piel se puede poner blanca, fría y sudorosa.
- Alteración del pulso.

QUÉ HACER

- Intentar calmar a la víctima.
- En caso de dificultad respiratoria intentar colocarla en posición semi-sentada.
- Aflojar prendas que hagan presión en el cuello o el abdomen.
- Llamar a emergencias.

☐ HEMORRAGIAS SEVERAS

Cómo controlar hemorragias severas

- 1.- Detener hemorragia.
- 2.- Prevenir infecciones. Utilizar un antiséptico (Betadine, suero fisiológico... evitar el uso de alcohol o agua oxigenada).
- 3.- Favorecer la cicatrización. Evitar la exposición al sol.

Cómo detener el sangrado

- 1.- Tapar la herida con una gasa, compresa, apósito o un paño limpio (En caso de haber cuerpos extraños clavados, no extraerlos, sino sujetarlos para evitar su movimiento).
- 2.- Hacer presión hasta que cese el sangrado.
- 3.- En caso de que no cese, hacer vendaje compresivo (tiene que entrar 1 dedo para saber que está bien apretado) y hacer presión encima.

Heridas en la cabeza

- Las heridas en la cabeza pueden sangrar mucho independientemente de la gravedad de la herida, por lo que ante todo es importante **mantener la calma**.
- Una vez se inicie la presión en la herida, el sangrado se detendrá al poco tiempo.

OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA



* En algunos casos es imposible hacer compresiones abdominales, en estos casos se harán compresiones en el pecho desde atrás:

- Personas con obesidad.
- Embarazadas.
- Niños (no menores de 3 años).
- Bebés.

MANIOBRA DE HEIMLICH

Qué hacer

Existen técnicas para cuando nadie nos puede socorrer:

- 1º** Colocar la mano dominante en forma de puño en el abdomen y sostenerla con la otra mano.
- 2º** Presionar el puño hacia adentro y hacia arriba, con movimientos rápidos y secos.
- 3º** Si es necesario, utilizar un objeto estable que esté a la altura de nuestra cintura para ejercer mayor presión.

CONVULSIONES

- Son una manifestación de una enfermedad en el Sistema Nervioso Central.
- Pueden ser de dos tipos: **tónico** (rigidez) o **clónico** (espasmos).
- Las convulsiones duran **máximo 4 minutos**, tras los cuales se inicia la fase post-crítica. En caso de que se convulsione más tiempo o más de una vez, puede ser peligroso.

Qué hacer

- No se debe **meter nada** en la boca de la persona que convulsiona.
- Una vez que acaban las convulsiones, se deberá comprobar si la persona respira y si es así, se le pondrá en **Posición Lateral de Seguridad**.

Una vez terminadas las convulsiones:

Es necesario acudir a un centro médico para evaluar la causa y posibles lesiones provocadas por las convulsiones.

Se harán unas preguntas a los testigos del suceso, las cuales serán acerca de:

- Nivel de consciencia durante la crisis.
- Tipos de contracciones.
- Estado de los ojos.
- Duración de la crisis.
- información sobre si se ha producido relajación de los esfínteres.

CAÍDAS

- En caso de que haya inconsciencia: **Posición Lateral de Seguridad**.
- En caso de que haya consciencia: **acomodar** a la persona (con almohadas, mantas...) hasta que llegue la ayuda.

Fractura de cadera

Detectar una fractura de cadera es bastante sencillo, ya que se produce un **acortamiento y rotación** de la extremidad.

Módulo V

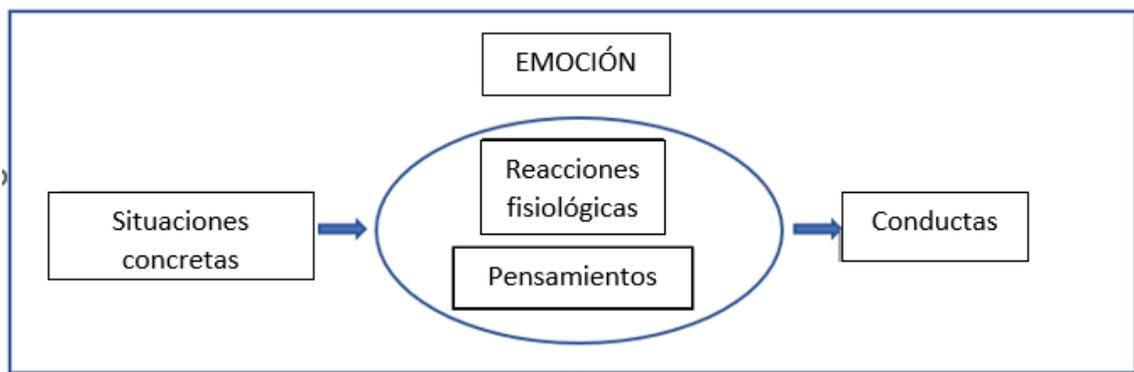
La salud psicosocial en el proceso de cuidados

I. LAS EMOCIONES

La palabra **emoción** procede del latín movere (mover), con el prefijo “e”, que puede significar mover hacia fuera, sacar fuera de cada cual (exmovere).

Existen definiciones diversas: Las principales definiciones de la emoción coinciden en señalar que las emociones son **respuestas a estímulos** especialmente **significativos** o relevantes para el organismo.

Las emociones no se limitan a aquello que sentimos, sino que provocan una reacción en cadena en nuestro organismo y en nuestra conducta.



EMOCIONES HABITUALES QUE SE EXPERIMENTAN EN EL CUIDADO

❑ LA TRISTEZA

Causas frecuentes:

- Se aprecia un cambio en la persona que cuidamos, vemos cómo va decayendo.
- La persona que cuidamos, la cual, era nuestro apoyo, deja de serlo.
- Problemas que a veces surgen en la familia.
- No salimos de casa tan habitualmente como antes, y no vemos a otras personas.
- Dejamos de hacer cosas que nos gustaba hacer antes.

❑ ENFADO

Causas frecuentes:

- La persona a la que cuidamos tiene comportamientos “raros”, agresivos, y olvidos.
- La persona en situación de dependencia nos pide demasiada atención.

- Tenemos la sensación de estar solos y solas por no tener la colaboración de otras personas de la familia.
- Tenemos diferentes opiniones en la familia sobre cómo llevar adelante el cuidado.
- No nos sentimos valoradas y valorados.

❑ SENTIMIENTO DE CULPA

POR TOMAR DECISIONES: En ocasiones, por tomar decisiones sobre el futuro de la persona en situación de dependencia, pueden aparecer situaciones de culpabilidad, a veces motivadas por sentimientos y pensamientos de “abandono”.

POR HECHOS DEL PASADO: En muchas ocasiones, los sentimientos de culpa tienen que ver con la historia de la familia y de la relación entre la persona cuidadora y la persona cuidada.

Sentimientos, actitudes, pensamientos y comportamientos transcurridos en el pasado con la persona que actualmente se está cuidando, pueden hacer surgir sentimientos de remordimiento y culpa.

POR TENER SENTIMIENTOS NEGATIVOS: No aceptar o culpabilizarse por los sentimientos negativos que la situación de cuidado hace surgir espontáneamente.

POR DEDICARSE TIEMPO A SÍ MISMOS: Por motivos culturales, sociales, de educación, y por “el qué dirán”, algunas personas cuidadoras se culpabilizan por cuidarse a cada cual.

POR TENER METAS DEMASIADO ALTAS Y EXCESIVOS “DEBERÍAS”: Ser demasiado exigente con uno o una misma, pensar que hay que atender a todas las demandas y resolver todas las necesidades y deseos del familiar, imponerse los “deberías” (“debería tener más paciencia”, “debería atenderle más y mejor”,...), de tal modo que si no cumple con sus “deberes”, terminará sintiéndose culpable.

II. LA REGULACIÓN EMOCIONAL

La regulación emocional es la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Supone tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento.

Estrategias de regulación emocional: INTERNAS Y EXTERNAS

❑ INTERNAS: CENTRADAS EN EL PENSAMIENTO

Distanciamiento temporal: Se trata de dejar pasar un periodo de tiempo entre la situación y las decisiones que vayamos a tomar al respecto, con el objetivo de que con el tiempo logremos una mayor objetividad ante dicha circunstancia, y por tanto, logremos una respuesta más adaptativa.

Distracción cognitiva-conductual: Se trata de distraer la atención en otros aspectos diferentes a los que suscitan la emoción. Esta distracción podría ser cognitiva o conductual.

Reestructuración cognitiva: Consiste en cambiar los pensamientos negativos por otros más positivos.

Actitud positiva: Presentar predisposición positiva ante las situaciones.

Reencuadramiento y resolución de problemas: Identificar y resolver problemas actuales de nuestra vida, en caso necesario, al mismo tiempo, enseñar a la persona habilidades generales que le permitan manejar más eficazmente situaciones futuras.

☐ INTERNAS: CENTRADAS EN LA REGULACIÓN FÍSICA O CORPORAL

Respiración: La respiración profunda es una estrategia que sirve para manejar los aumentos en la activación fisiológica provocados por situación de estrés.

Relajación: La relajación diferencial de Jacobson, el yoga, mindfulness, etc.

Visualización: El individuo se concentra en imágenes, que pueden abarcar símbolos, escenas, fotos o hasta colores, que evoquen sentimientos de relajación o alivio.

Masaje: Proporciona relajación y favorece el sueño.

Expresión corporal: Favorece la construcción de una apropiada imagen de sí mismo, mejora la comunicación, etc.

☐ EXTERNAS

Soporte social: buscar ayuda en las instituciones, en las asociaciones, etc.

Compartir el problema con otras personas.

Ayuda profesional.

III. COMUNICACIÓN: ASERTIVIDAD

ASERTIVIDAD

La asertividad es una **habilidad social** que nos permite expresar nuestros derechos, opiniones, ideas, necesidades y sentimientos de forma consciente, clara, honesta y sincera, sin herir o perjudicar a los demás.

COMUNICACIÓN ASERTIVA

CONDUCTA VERBAL Y NO VERBAL

- Nivel de voz conversacional, contacto ocular directo, habla fluida, gestos firmes, postura erecta.
- Expresión en primera persona, verbalizaciones positivas, capacidad para pedir aclaraciones.
- Postura corporal relajada.

EMOCIONES

Tranquilidad, autorespeto, autoaceptación, sensación de control emocional.

- **Conscientes de lo que sienten y desean** en cada momento y **se aceptan incondicionalmente de forma independiente a la aceptación de los demás.**
- Dan igual validez a sus sentimientos, necesidades y opiniones que a las de los demás.
- Saben comprender sus sentimientos y los de los demás por lo que aceptan de forma serena los conflictos con los demás llegando a acuerdos siempre que sea posible.
- Son congruentes entre lo que piensan, hacen, dicen y sienten por lo que transmiten honestidad y confianza a las demás personas.
- Expresan adecuadamente sus opiniones, deseos y sentimientos sin herir a nadie.

¿Cómo se siente una persona asertiva?

- Facilita la comunicación gracias a la **minimización de malas interpretaciones** de los mensajes por parte de otras personas.
- Un significativo **aumento de autoestima y percepción de autoeficacia.**
- **Descenso de la ansiedad** provocada por situaciones sociales.
- **Aumento de sus habilidades sociales y comunicación** con los demás estableciendo **relaciones más satisfactorias y sentimientos positivos.**

II. ACTIVIDADES GRATIFICANTES

Ser cuidador o cuidadora exige emplear mucho tiempo en el cuidado del ser querido. Sin embargo, es importante encontrar **tiempo para hacer actividades gratificantes.**

Esto es importante ya que, si todas las actividades se limitan a las responsabilidades de cuidador o cuidadora, puede empezar a surgir un sentimiento de tensión y frustración.

Por ejemplo, las emociones desagradables, como la tristeza, pueden surgir cuando se dan muchos acontecimientos desagradables y pocos agradables.

Cuando no existe un equilibrio entre las actividades agradables y las desagradables, la persona cuidadora puede sentir que no tiene control sobre la situación, puede pensar “¿qué sentido tiene esto?” y concluir que no puede hacer nada para mejorar esa situación.

No obstante, esta circunstancia puede cambiar si la persona que cuida planifica algunas actividades placenteras para cada día.

¿Qué es una actividad agradable?

Las actividades agradables no tienen que ser actividades que requieran mucha planificación. Pueden ser actividades pequeñas que se pueden hacer de manera individual, en compañía de amistades o con un ser querido. Algunos ejemplos de estas actividades son: *leer, caminar, escuchar música, etc.* Estas actividades pueden durar sólo 15 minutos, pero este tiempo es muy importante para el bienestar de cada cual.

IMPORTANTE: Dedicar un tiempo diario a divertirse, ayudará a sentir menos tensión y, por tanto, SE CUIDARÁ MEJOR al ser querido.

Aspectos a tener en cuenta a la hora de planificar las actividades gratificantes:

Tienen que ser realistas

En ocasiones, puede que deseemos irnos muy lejos, para mucho tiempo, y olvidar de esta manera la situación actual...pero sabemos que no es REALISTA.

No tienen por qué ser actividades extraordinarias, a veces son pequeñas actividades cotidianas (leer el periódico, tomar un café, dar un paseo...).

ESCOGER ACTIVIDADES QUE PODEMOS AUMENTAR SU FRECUENCIA

A veces, se trata de identificar aquellas actividades que nos agradan pero que podríamos aumentar su frecuencia (por ejemplo, una vez a la semana tomo un café con una amiga y me sienta muy bien hablar con ella, igual puedo pensar en hacerlo más días...).

ESCOGER ACTIVIDADES QUE SEAN SIGNIFICATIVAS E IMPORTANTES PARA CADA CUAL

Algunas personas (hijos e hijas, amistades...) nos pueden sugerir hacer alguna actividad que nos beneficie (por ejemplo: hacer relajación o yoga), pero cada cual debe pensar en aquellas actividades que le gustan, agradan, benefician... (para una persona ir de compras puede ser una actividad agradable y para otra, puede ser una tortura).

Módulo VI

Apoyo de higiene postural y transferencias para personas cuidadoras

HIGIENE POSTURAL

Cuando hablamos de la higiene postural nos referimos a la **postura correcta** que debemos adoptar, ya sea en una posición estática, como en la realización de actividades, realización de tareas, ejercicio, etc.

Cómo adoptar posturas y realizar movimientos o esfuerzos de forma que la carga para la columna vertebral y miembros sea la menor posible. **Utilizando la menor energía posible.**

Normas biomecánicas

Son **normas elementales** en las que la persona cuidadora se debe basar para la realización de las movilizaciones y transferencias de la persona en situación de dependencia y en las actividades de la vida diaria (propias y de la persona a la que ayuda).

1. Mantener la espalda recta.
2. Flexionar las piernas (caderas y rodillas).
3. Aproximar el cuerpo a la persona que se está ayudando (evitar lesiones/accidentes).
4. Seguridad en el agarre.
5. Ampliar la base de sustentación de la persona cuidadora (equilibrio).
6. Sincronizar los movimientos: con las personas que nos ayudan y persona a la que se esté ayudando.
 - Imprescindible coordinación.
 - Alguien que mande.

PAUTAS CORRECTAS DE MOVILIZACIÓN

- **Adaptar la zona** donde realizaremos la movilización o transferencia.
- **Acercar** todo aquello que vayamos a necesitar en el momento de realizar la movilización: silla, cincha...
- Aumentar nuestra estabilidad corporal **ampliando la base de sustentación.**
- Descender nuestro centro de gravedad para poder realizar la tarea con el menor gasto energético posible. Ej: semiflexión de rodillas.
- **Utilizar los músculos de los muslos y piernas** en lugar de los de la espalda.
- Realizar los movimientos considerando nuestro cuerpo un solo bloque. Se puede usar el peso de nuestro cuerpo para ello, contrarrestando el peso del paciente.

- **Sujetar** o trasladar al paciente manteniéndolo próximo al cuerpo.
- **Deslizar o empujar** requiere menos esfuerzo que levantar.
- **Girar el tronco dificulta la movilización (aumenta la posibilidad de lesión y además perdemos base de sustentación, equilibrio).**
- Cuando la realización de la tarea supone algún riesgo para el paciente o para la persona cuidadora, hay que **solicitar la ayuda** de otra persona o de alguna ayuda técnica (grúa o elevador).

Conductas de autocuidado:

1. Calzado:

- Tiene que ser estable: atado al tobillo para evitar tropezar (chanclas, zueco abierto).
- Tiene que acoplarse bien al suelo y tener suela antideslizante para evitar resbalones y caídas (suelas desgastadas).
- Tiene que proporcionar una protección adecuada del pie contra la caída de objetos. (evitar sandalias abiertas, chancletas).

2. Ejercicios de autocuidado:

- Ejercicios de estiramiento y flexibilización de la espalda.
- Ejercicios de estiramiento y flexibilización de la zona glútea.
- Ejercicios de estiramiento y flexibilización de hombros.
- Ejercicios de estiramiento y flexibilización de brazos, antebrazos, manos y dedos

CUIDADO DEL ENTORNO Y LA ORGANIZACIÓN

Características del lugar donde se realiza la movilización:

- Preparar la zona: tiene que haber espacio libre suficiente.
- Espacio suficiente para colocar los elementos necesarios para la actividad.
- Hacer una movilización de la persona a una altura segura y en una postura correcta.

Cómo permanecer sentado:

Mobiliario adecuado

- Altura de la silla: pies en el suelo.
- Respaldo: apoyar correctamente la zona lumbar.
- Reposabrazos.

Forma correcta

- Sentarse lo más atrás posible.
- Evitar realizar torsiones sobre la columna.
- Evitar las posturas prolongadas.

Cómo cargar pesos:

Forma correcta

- Mantener la espalda recta.
- Flexionar rodillas y caderas.
- Sujetar el peso lo más cerca posible de nuestro cuerpo.
- Mientras se realiza la elevación del peso, pasar de flexión de piernas a extensión. No inclinar espalda.
- No elevar el peso por encima de la altura del pecho.
- Mantener las rodillas en ligera flexión mientras se traslada el peso.

MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FÍSICA

Conceptos básicos

- No producir dolor (atención a gestos, lenguaje...).
- Respetar los arcos de movilidad.
- **Movilizar todas las articulaciones** del cuerpo de manera global.
- **Realizar cambios posturales** (personas con movilidad reducida y personas encamadas).

Beneficios de las movilizaciones

- Eliminación o reducción del dolor y/o la rigidez.
- Mejora de la movilidad articular.
- Mayor elasticidad a los tejidos.
- Mejora de la circulación sanguínea.
- Ampliación de los movimientos.
- Optimización de la estructura del organismo.
- Promoción del desarrollo muscular.

LA MARCHA Y LOS PASEOS

La marcha: qué evitar y qué tener en cuenta

Evitar:

- Tirar de los brazos.
- Sujetar desde axilas.
- Sujetarle como un cinturón y arrastrarle.

Factores a tener en cuenta:

- Un pie debe sobrepasar siempre al otro.
- Debe existir una pequeña rotación externa.
- El paso no debe ser ni corto, ni largo.

- La separación de pies mejora la base de sustentación, pero si es excesiva hay que ir reduciéndola.
- COMUNICARLO TODO.

TIPOS DE MARCHA

1. Marcha autónoma

2. Marcha nupcial o guiada

- Nuestro brazo cercano flexionado para que puedan sujetarnos.
- El antebrazo lo colocaremos a la altura del codo y la estabilizaremos sujetándonos a nuestra vestimenta.
- Realizaremos nosotros el balanceo para que nos pueda acompañar.

3. Marcha ayudada

Nos colocaremos en posición lateral a la persona, realizando presa en bastón y sujetándole en la zona de la nalga (cinturón).

4. Marcha ayudada con bastón

Se realiza como en el caso anterior, pero con bastón. Es importante fijar siempre el bastón por delante.

5. Marcha acompañada de cara

Realizar una presa en cabestrillo en un lado y en rampa en el otro.
Realizar el balanceo para poder comenzar con la marcha.

6. Marcha acompañada de cara con cinturón en la persona o sobre cada cual

¿Cómo se hace...?:

- Marcha con barra.
- Marcha con andador.
- Marcha con 2 muletas.
- Marcha con 1 muleta o bastón.
- Escaleras: Se comenzará a subir con la pierna con la que se tenga mayor movilidad, y a la hora de bajar, se hará con la pierna que se tenga peor movilidad. (la buena para el cielo, la mala para el infierno).

TRANSFERENCIAS

POSTURAS FUNDAMENTALES

Posición de la banqueta

Por ejemplo, para acercar a alguien de la cama hacia la esquina.

Posición del caballero

Por ejemplo, cuando la persona se ha caído y queremos incorporarle (no levantarlo). En lugar de tirar de la persona, metemos la/s mano/s por la escápula e incorporamos.

Posición para coger peso

Paso de sentado a pie

Evitar:

- Tirar de las axilas, los brazos y la ropa.
- Sujetar desde la espalda.
- Empujar desde la espalda.

Paso de sentado a pie cuando colabora

Nos colocamos delante de la persona y le damos una mano pidiéndole que nos agarre.

Iremos retrasando el brazo para que la persona tenga que adelantarse.

En el momento que la persona se haya despegado del respaldo, alejaremos más el brazo y le sujetaremos en la nalga para ayudarle en la incorporación.

Cuando se realiza el movimiento a la inversa, es decir, pasarle a posición de sentado, se le colocará la mano a la altura del omóplato y le pediremos que empuje la mano que sujeta como si fuera un bastón.

Enderezamiento

- Echar hacia atrás los dos pies de la persona.
- Colocarnos detrás de la persona con nuestras rodillas en contacto con la silla y neutralizar los brazos.
- Deslizar por debajo de axilas dos cucharas planas en los muslos contactando con los pliegues inguinales.
- Con el esternón empujar espalda de la persona, pedir que incline la cabeza y en ese momento de desequilibrio despegar nalgas y muslos con un movimiento envolvente con tracción de las dos cucharas.
- Erguirse enderezando al paciente contra el respaldo.

Volteo hacia la persona cuidadora

Con una persona:

- Flexionamos las dos piernas.
- Colocamos los brazos cruzados.
- Colocamos nuestras manos en zona escapular y rodillas del lado contrario, con nuestro tronco sobre la persona.
- Realizamos un rappel para que se dé el giro.

Volteo con empuje

- Flexionamos las dos piernas.
- Colocamos los brazos cruzados.
- Colocamos nuestras manos en zona escapular y rodillas de nuestro lado, con nuestro tronco sobre la persona.
- Realizamos un empuje para que se dé el giro.

Levantamiento de tumbado a sentado

- Superponer la pierna cercana sobre la otra.
- La mano pasa por debajo del hombro para llegar al cuello.
- Coger las piernas y acercárnoslas para sacarlas de la cama. Pedirle a la persona que levante la cabeza a la vez que nos acercamos las piernas y tiramos de la mano del cuello.

AYUDAS TÉCNICAS

- Camas multiusos/camas articuladas.
- Sábanas de baja fricción (entremetidas).
- Tablas deslizantes.
- Grúas de cigüeña, cambiapañales.
- Discos giratorios.
- Accesorios para el baño: silla para la bañera, silla para la ducha, elevador para el inodoro...
- Cinturones de asistencia a la bipedestación o al caminar.

Módulo VII

Recursos socio-sanitarios ligados al cuidado

RECURSOS LIGADOS AL CUIDADO

En 2006 se aprobó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y la Atención de las Personas en Situación de Dependencia, conocida como Ley de Dependencia. La ley reconoce el derecho de los ciudadanos a la atención de las necesidades derivadas de una situación de dependencia.

El sistema comprende un catálogo de servicios y prestaciones que serán provistos a los beneficiarios en función de su situación de dependencia, valorada previamente con el fin de determinar las necesidades de las personas que tienen algún tipo de dependencia.

☐ Servicios Del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia

- **Servicio de la Prevención de las Situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal:** El objetivo es prevenir la aparición de discapacidades y situaciones de dependencia mediante acciones de carácter social y sanitario. Dentro de este servicio está el **Programa Paciente Activo**. Osakidetza: pacienteactivo@osakidetza.eus // <https://www.osakidetza.euskadi.eus/cuida-salud/-/que-es-el-programa-paciente-activo/>
- **Servicio de teleasistencia:** Dirigido a personas con dependencia que viven en su hogar. Posibilita la comunicación entre el usuario y profesionales sociales y sanitarios por medio de un comunicador situado en su hogar. Permite movilizar los medios humanos necesarios ante situaciones como emergencia, inseguridad, soledad y aislamiento. El servicio se solicita en los servicios sociales de base.
- **Servicio de ayuda a domicilio:** Dirigido a personas con dependencia que viven en su hogar, consiste principalmente en cuidados de apoyo a la realización de las actividades de la vida diaria. Abarcaría actuaciones de apoyo doméstico, apoyo personal y apoyo socio-comunitario. El servicio se solicita en los servicios sociales de base.

☐ Prestaciones económicas

- **PECEF: Prestación económica para cuidados en el entorno familiar:** Ayuda económica destinada a contribuir a la cobertura de los gastos de la atención de la persona en situación de dependencia por parte de un familiar.
- **PEAP: prestación económica para la contratación de un asistente o asistenta personal:** Ayuda económica destinada a contribuir a la cobertura de los gastos de la contratación de asistentes y asistentes personales que faciliten la autonomía de las personas con dependencia.

- **PEVS: prestación económica vinculada al servicio:** Ayuda económica destinada a personas en situación de dependencia cuyo objetivo es contribuir al coste de una plaza privada en un servicio de centro de día o una residencia permanente.

LEY DE INTERÉS: AYUDAS A LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL:

DECRETO 164/2019, DE 22 DE OCTUBRE, SOBRE AYUDAS PARA LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR Y LABORAL

(Gobierno Vasco. Departamento de Igualdad, justicia y políticas sociales)

☐ Centros y Residencias

- Centro ocupacional para personas con discapacidad
- Centro de día para personas con discapacidad
- Centro residencial o servicio de vivienda para personas con discapacidad
- Centro de día para personas mayores en situación de dependencia
- Centro residencial para personas mayores en situación de dependencia
- Estancias temporales en residencias de personas mayores con dependencia o personas con discapacidad

☐ Productos de apoyo y ayudas para la eliminación de barreras

- **Tipología de las ayudas:**

- Ayudas para la movilidad personal y acceso al transporte.
- Ayudas para la accesibilidad y de la edificación.
- Ayudas para la protección y el cuidado personal.
- Ayudas para mobiliario y adaptaciones para vivienda.
- Ayudas para la comunicación, la información y la señalización.

- **Ayudas concretas:**

Para la protección y el cuidado personal y para la movilidad:

- Camas articuladas, colchones antiescaras...
- Sillas de ruedas motorizadas y sillas especiales...
- Adaptación de vehículos...
- Accesorios de aseo: asientos giratorios para bañera, alzas de inodoro, asideros...
- Aparatos de elevación y de traslado como grúas de movilización y aparatos similares...

Para la accesibilidad de la vivienda:

- Eliminación de barreras en el interior del domicilio: sustitución de bañera por ducha, ampliación de puertas, instalación de sistemas domóticos...
- Eliminación de barreras en el acceso al domicilio: rampas y plataformas en portales, aparatos salva-escaleras...

Para la comunicación: Comunicadores interpersonales, sistemas de reconocimiento del habla, prótesis auditivas, dispositivos informáticos que favorecen la comunicación.

<https://egoitza.gipuzkoa.eus/es/listado-tramites/-/tramiteak/xehetasuna/1665>

□ Otros recursos de apoyo

- **Asociaciones de personas enfermas y familiares:** Ofrecen información y orientación familiar, actividades como la atención psicosocial, programas educativos, formación y voluntariado.
- **Programa de apoyo a las familias SENDIAN:** Es un programa de la Diputación Foral de Guipuzkoa que tiene como objetivo ofrecer el apoyo a las personas cuidadoras de las personas mayores en situación de dependencia, a fin de lograr un mayor grado de bienestar y sentimiento de seguridad en el cuidado de la persona mayor, y por tanto, un mayor grado de satisfacción y una mejor atención a la persona mayor con dependencia. Se solicita en los servicios sociales de base. En el marco de este programa se ofrece: Sesiones de apoyo psicológico individual y grupos de apoyo.
 - Apoyo psicológico individual:
 - Grupo de apoyo: Se realizan sesiones de 1h 30min con un mínimo de 7 cuidadores por grupo y las localidades donde se ofrece esta ayuda son las siguientes:

Municipio	Frecuencia	nº de grupos
Donostia	Quincenalmente	3
Irun	Quincenalmente	1
Lezo	Quincenalmente	1
Orio	Mensualmente	1
Zarautz	Quincenalmente	1
Azpeitia	Quincenalmente	1
Azkoitia	Quincenalmente	1
Beasain	Quincenalmente	1
Zumaia	Quincenalmente	1
Elgoibar	Quincenalmente	1
Eibar	Quincenalmente	1
Hernani	Quincenalmente	1
Tolosa	Quincenalmente	1
Errenteria	Quincenalmente	2
Arrasate	Quincenalmente	1
Zegama	Quincenalmente	1
Pasaia	Quincenalmente	1

Municipios donde se realizan los grupos de apoyo

- **Servicio de mediación familiar:** El Servicio de Mediación Familiar es un servicio público, voluntario y gratuito que consiste en la intervención de terceras personas imparciales y expertas, en un entorno neutral; y se desarrolla en el contexto familiar y de pareja. <https://www.euskadi.eus/mediacion-familiar/web01-a2famil/es/>
- **Programa para la atención integral a personas con enfermedad avanzada:** El programa contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de final de vida, mediante la atención a los aspectos emocionales, sociales y espirituales. La atención sanitaria se complementa con equipos profesionales que ofrecen intervención psicosocial y espiritual para conseguir que pacientes y familiares reciban una atención integral. - Responsable del programa: Lori Thompson Hansen 943 317 100. <https://fundacionlacaixa.org/es/atencion-integral-enfermedades-avanzadas>
- **Jakiten:** Es un servicio gestionado por Bizitzen fundazioa y financiado por el Gobierno Vasco. Teléfono gratuito de atención y asesoramiento a personas cuidadoras familiares: 900 100 356.
- **El portal de las cuidadoras y cuidadores.** Espacio web destinado principalmente a las personas cuidadoras como instrumento de apoyo y a sus familiares: www.seruidadora.org
- **Teléfono de atención a personas cuidadoras no profesionales.** Cruz Roja ofrece un servicio telefónico gratuito para la atención a cuidadoras y cuidadores de personas en situación de dependencia. Tlf.: 900 365 100.
- **Servicio de Información y Orientación “Matia Orienta”:** Es un servicio gratuito en el que se intentan resolver las dudas respecto a situaciones de dependencia o cualquier duda sobre los servicios. Número de teléfono gratuito: 943 317 123.

matia
instituto