

MANUAL DE

**BUENAS PRÁCTICAS
PARA EL CUIDADO
DE NUESTROS
MAYORES EN EL
ENTORNO FAMILIAR/**

2ª EDICIÓN

UN PROYECTO DE LA FUNDACIÓN **FADE**

Edita: FADE (Fundación Ayuda Desarrollo Educación). © 2023
ISBN: 978-84-09-56346-3
Ilustraciones: www.freepik.es
Segunda edición 2024



ÍNDICE

Autores	7
Prólogo.....	9
Presentación.....	11
PRIMERA PARTE.	
HÁBITOS Y PAUTAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD	13
1 Valoración geriátrica integral. Principales	
síndromes geriátricos.....	15
1.1 ¿Qué es el proceso de envejecimiento?.....	15
1.2 ¿Qué son los síndromes geriátricos?.....	18
1.3 ¿Qué es la valoración geriátrica integral?	19
1.4 Principales patologías geriátricas.....	21
1.5 Administración de medicación	25
1.6 Buenos hábitos a conseguir.....	29
1.7 Consejos de estimulación cognitiva en los mayores.....	30
1.8 Consejos para atender a mayores con deterioro cognitivo	33
1.9 Frases y reflexiones para compartir	35
2 Hábitos saludables: alimentación, nutrición y deglución	37
2.1 ¿Qué es el envejecimiento?.....	37
2.2 Cambios del envejecimiento relacionados con los aspectos fisiológicos.....	38
2.3 Cambios en el envejecimiento relacionados con el estado nutricional	39
2.4 Cambios que se pueden producir en la deglución.....	40
2.5 ¿Qué es la disfagia?	41
3 La higiene corporal y arreglo en las personas mayores.	
La incontinencia y su manejo. Riesgo de caídas	
en el domicilio. Prevención de úlceras por presión.....	43
3.1 La higiene corporal y arreglo	43
3.2 Incontinencia urinaria	44
3.3 Riesgo de caídas en el domicilio	47
3.4 Prevención de úlceras por presión.....	52
4 Urgencias en el domicilio. Medidas de actuación	55
4.1 Convulsión	55
4.2 Síncope.....	56
4.3 Hipoglucemia	57
4.4 Accidente cerebrovascular.....	58



4.5	Obstrucción vía aérea.....	59
4.6	Problema respiratorio	59
4.7	Traumatismo-hemorragia	60
4.8	Problema cardíaco	61
SEGUNDA PARTE.		
BIENESTAR EN EL ENTORNO FAMILIAR		63
5	Cuidado y corresponsabilidad.....	65
5.1	Tipos de cuidado	66
5.2	Perfil del cuidador	67
5.3	Corresponsabilidad en el cuidado	69
5.4	Relaciones intergeneracionales en el cuidado	70
5.5	Acompañamiento frente a la soledad.....	73
6	El estrés y sus consecuencias en cuidadores de personas	76
6.1	Las consecuencias del estrés.....	85
6.2	La transición a la enfermedad	90
6.3	Hacia un nuevo paradigma en salud mental	92
7	La buena comunicación y la comunicación buena en el cuidado de personas mayores	94
7.1	Recordando el proceso comunicativo.....	94
7.2	La empatía: esa gran aliada de los cuidados y también de la comunicación de calidad.....	96
7.3	Escuchar sentimientos y necesidades: la escucha sanadora y eficaz.	97
7.4	Claves prácticas para una comunicación de calidad verbal y no verbal en el cuidado de los mayores.....	103
TERCERA PARTE.		
ORIENTACIONES Y RECURSOS PARA CUIDAR Y CUIDARSE		107
8	Las nuevas tecnologías aliadas del voluntariado, para fomentar el envejecimiento resiliente con un enfoque participativo	109
9	Recursos sociales e institucionales de apoyo al cuidador	119
9.1	Otras formas de cuidado: el buen trato	122
9.2	Otras formas de cuidado: los grupos	122
9.3	Otras formas de cuidado: recursos de la red social	124
10	Movilización: cómo mover al paciente sin dañarlo ni dañarme. Actividades teórico-prácticas en los cuidados a domicilio	128
10.1	Introducción	128
10.2	Manipulación y movilización del paciente encamado.....	129
10.3	Transferencias	132
10.4	Autocuidado del cuidador.....	137



11	La relajación y el manejo del estrés	139
11.1	Relajación y reflexión	139
11.2	Autoconocimiento y autocuidado	139
11.3	Navegar por el mar de las emociones.....	141
11.4	La respiración.	142
11.5	La atención plena.....	143
11.6	La práctica y la posición.	144
	Bibliografía.....	145
	Recursos online.....	149
	Epílogo	150



AUTORES

COORDINACIÓN:

M^a José López Montesinos

Profesora honoraria de la UMU, Facultad de Enfermería.

AUTORES:

Francisco Javier Conesa Segura

Fisioterapeuta. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Profesor Asociado Clínico Universidad de Murcia. Experto en Fisioterapia Neurológica.

M^a José Galiana Gómez de Cádiz

Enfermera. Dra. en Enfermería por la Universidad de Murcia. Máster en Ciencias de la Salud. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Profesora Asociada de la Universidad de Murcia.

César García-Rincón de Castro

Doctor en Sociología, Trabajador Social y experto en Educación Prosocial.

María Trinidad Herrero Ezquerro

Neurociencia Clínica y Experimental (NiCE). Instituto de Investigación sobre el Envejecimiento. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

Juana Teresa Jiménez Pérez-Muelas

Trabajadora Social del Centro de Salud Floridablanca del Área 7. Experta en Trabajo Grupal.

Joaquín León Molina

Enfermero. Lcdo. en Documentación. Dr. en Ciencias Médicas por la Universidad de Murcia. Experto en Valoración Geriátrica. Investigador del IMIB (Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria).

Beatriz Lidón Cerezuela

Enfermera. Dra. en Enfermería por la Universidad de Murcia. Profesora Colaboradora Honoraria, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia. Especialista en Enfermería Geriátrica. Investigadora del IMIB (Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria).



Bartolomé Llor Esteban

Profesor Titular de la Universidad de Murcia. Doctor en Medicina. Servicio de Psicología Aplicada (SEPA), Universidad de Murcia.

Óscar Segura Alba

Enfermero 061 (Murcia). Presidente de la Sociedad de Enfermería Murciana de Emergencias, Urgencias y Cuidados Críticos (SEMEUC).

M^a Rosario Valverde Jiménez

Graduada en Enfermería por la Universidad de Murcia. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Enfermera Gestora de casos en el Servicio Murciano de Salud. Experta en Formación de Cuidadores.

José María Xandri Graupera

Enfermero. Especialista en Nutrición, Universidad de Zaragoza. Máster en Antropología y Salud. Investigador externo de *Health Learning Innovation*, Universidad de Murcia (HELIUM). Profesor Colaborador Honorario, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia. Profesor, Coordinador Académico y Asesor Clínico del Máster Nutrición Clínica, Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Antonia Inmaculada Zomeño Ros

Dra. en Ciencias de la Enfermería. Técnico-Especialista en Nutrición. Instructora en herramientas para disminuir el estrés y mejorar el bienestar emocional. Enfermera Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.



PRÓLOGO

Concepción Ruiz Caballero

Consejera de Política Social, Familias e Igualdad
Comunidad Autónoma de la Región de Murcia



Concepción Ruiz Caballero

El envejecimiento de la población es uno de los principales retos a los que nos enfrentamos como sociedad. La proporción de mayores de 80 años casi se duplicó entre los años 2001 y 2020 en los países de la Unión Europea, y la previsión es que la tendencia continúe al alza en las próximas décadas.

En España se prevé que el porcentaje de población mayor de 65 años alcance su máximo en 2050, cuando casi uno de cada tres personas tendrá 65 años o más.

Estos datos nos confrontan con una realidad que tenemos que abordar de una manera urgente y decidida. El envejecimiento de la población constituye un desafío para nuestro país, al que debemos enfrentarnos con herramientas eficaces, que nos permitan continuar avanzando en una sociedad más humana e inclusiva.

Disponer de profesionales preparados será un elemento clave para alcanzar este objetivo. Una visión completa de las necesidades de nuestros mayores, los recursos disponibles y las tendencias en su cuidado es fundamental.

Entender a los mayores como elementos activos, no solo como receptores de un servicio de cuidado, es el nuevo paradigma en el que los poderes públicos estamos implicados.

Fomentar la comunicación y entornos más propicios a la comunicación y la actividad terapéutica, que se asemejen a los entornos del hogar, sin duda, nos permitirá avanzar en el propósito de mejorar su calidad de vida y su bienestar psico sanitario.

// Entender a los mayores como elementos activos, no solo como receptores de un servicio de cuidado, es el nuevo paradigma en el que los poderes públicos estamos implicados.//



Constituye, en definitiva, una nueva forma de entender el cuidado. Una nueva perspectiva, que pone en el centro a la persona y que prioriza sus necesidades, las de cada una, respetando su hábitos, preferencias y voluntades: cuidar sin tener en cuenta a los que necesitan cuidados no tiene sentido.

Para el Gobierno Regional la atención a las personas en situación de dependencia constituye una de sus principales prioridades, pero lo es más si cabe prevenir situaciones de soledad a través de unos servicios sociales avanzados y capaces de dar respuesta a las nuevas necesidades. Unos servicios que permitan alargar, el mayor tiempo posible, la estancia de la persona dependiente en el entorno familiar. Para ello se hace necesario reforzar la figura del cuidador.

Los que ejercen el cuidado, en muchas circunstancias, no disponen del conocimiento y los recursos adecuados para desarrollar esta actividad.

Ponerle a su disposición las herramientas y apoyos necesarios como esta Guía, que con tanto acierto ha diseñado FADE, es sin duda una estrategia ganadora que nos acercará a un modelo de atención más cercano a la persona cuidada y acorde a sus necesidades.

Una estrategia que facilitará también el cuidado de los que nos cuidan, reduciendo incertidumbres y facilitando, de una manera comprensible, claves para un cuidador bien cuidado.

La presente guía de «Buenas prácticas para el cuidado de nuestros mayores en el entorno familiar» es el fruto de la experiencia y las vivencias de cientos de profesionales, recopiladas en un documento de fácil comprensión, que supone un salto cualitativo y muy necesario en el reto de cuidar al cuidador.

Esta guía nos ayudará a alcanzar nuestro objetivo, cuidar a los mayores de una forma más consciente, coordinada y efectiva, avanzando por un camino que nos debe implicar como sociedad y no solo a cuidadores y personas mayores.

// Para el Gobierno Regional la atención a las personas en situación de dependencia constituye una de sus principales prioridades, pero lo es más si cabe prevenir situaciones de soledad a través de unos servicios sociales avanzados y capaces de dar respuesta a las nuevas necesidades.//

Concepción Ruiz Caballero



PRESENTACIÓN

M^a José López Montesinos
Presidenta de FADE



M^a José López Montesinos

La Fundación FADE tiene como misión promover una ciudadanía activa e implicada en la prevención y resolución de problemas sociales que afectan al desarrollo integral de la persona. Este propósito es lo que da sentido a nuestro **Programa VALORA**, orientado al desarrollo de una conciencia social y solidaria en el ámbito de la familia, destacando nuestro trabajo de prevención y acompañamiento en las situaciones y etapas que los miembros de la misma atraviesan (relación de pareja, infancia, adolescencia) y, en este caso que nos ocupa, el cuidado de nuestros mayores en el entorno del hogar. Desde esta misión nace el **Proyecto Familia Cuidando**.

En el marco de este proyecto, nos hace especial ilusión presentarles el presente manual de «**Buenas prácticas en el cuidado de nuestros mayores**». Esta iniciativa responde a **las necesidades reales que experimentan las familias que tienen personas mayores/dependientes a su cargo** y que afrontan el reto de adquirir una formación adicional en quien asume dentro de la familia el rol de cuidador. De hecho, el manual nace de la experiencia compartida con más de 150 personas dedicadas a este cometido, y que han participado en el **Curso Familia Cuidado** impartido por FADE, de la mano de profesionales del sector.

De forma específica, el manual «Buenas prácticas para el cuidado de nuestros mayores» se dirige a los perfiles habituales con este rol: el cuidador/a informal fundado en una relación basada en afecto, cariño y servicio que se realiza a través de una relación de parentesco, vecindad o amistad; y el cuidador/a formal provisto por asistentes o personal ajeno al anterior entorno, con el que cuenta la familia para realizar este cometido.

Desde estas líneas, quiero manifestar nuestro más sincero agradecimiento a los expertos docentes que han colaborado

// El manual *Buenas prácticas para el cuidado de nuestros mayores* nace de la experiencia compartida con más de 150 personas dedicadas a este cometido, y que han participado en el **Curso Familia Cuidado** impartido por FADE, de la mano de profesionales del sector.//



en este manual, donde de una forma clara y directa, nos trasladan sus conocimientos y experiencias adquiridas a lo largo de su vida profesional en torno al mundo del **cuidado**: entendiendo este como el conjunto de acciones que implica la mejora de la salud, la prevención de la enfermedad, el fomento de la comunicación, humanización y bienestar de las personas mayores en esa difícil etapa de sus vidas, así como el apoyo a sus familias. Todo ello unido al manejo de estrategias de ayuda dirigidas al propio cuidador para su **autocuidado**, ante el potencial estrés y agotamiento físico y emocional que pueda generarles esta responsabilidad.

El proyecto **Familia Cuidando** se alinea directamente con el ODS nº 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, promoviendo dentro de su desarrollo e implementación el acceso a un estilo de vida saludable, la prevención de enfermedades y el acceso a alimentos sanos, nutritivos y asequibles; y la mejora del bienestar de las comunidades locales, de la mano del Objetivo nº 17: Alianzas para lograr los objetivos, mediante la colaboración del Tercer Sector y del Sector público, como es el caso de este manual.

Nuestro agradecimiento a la Consejería de Política Social, Familias e Igualdad de la CARM y al Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia por su apoyo y ayuda para hacer posible esta publicación, así como nuestro deseo de que sea de verdad un apoyo para aquellas familias y personas que asumen el reto de cuidarse y cuidar a los nuestros, en esa etapa de la vida a la que todos nos acercamos cada día, con la calidad y calidez que merecen.

M^a José López Montesinos

BUENAS PRÁCTICAS
PARA EL CUIDADO DE NUESTROS MAYORES
EN EL ENTORNO FAMILIAR

UN PROYECTO
DE LA FUNDACIÓN FADE

PRIMERA PARTE

HÁBITOS Y PAUTAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD /





1 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL. PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Joaquín León Molina

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El concepto de salud aplicado a los mayores contempla el modelo biopsicosocial¹: este modelo postula que el factor biológico, el factor psicológico, conductas, factores sociales y culturales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

1.1 ¿QUÉ ES EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO?

Son los cambios graduales que se van produciendo en la persona, a nivel psicológico, físico y social, incluido un deterioro de sus capacidades, tanto físicas como cognitivas y mentales. Se produce una presentación atípica de enfermedades y aparecen enfermedades específicas: Alzheimer, osteoporosis, artrosis, cataratas. El estado de salud es más delicado, lo cual conduce a un aumento de la vulnerabilidad y el riesgo de enfermar y la posible pérdida de autonomía. También hay un mayor riesgo de efectos adversos e intervenciones médicas, especialmente en tratamientos farmacológicos, cirugías, preparación de pruebas especiales.

Todo ello no quiere decir que la «vejez» sea una enfermedad, pero sí que en ella hay mayor probabilidad de enfermar. Además, el proceso de envejecimiento va a depender de cada persona, sus circunstancias y antecedentes, experiencias y vivencias; características innatas, situación económica y cultural.

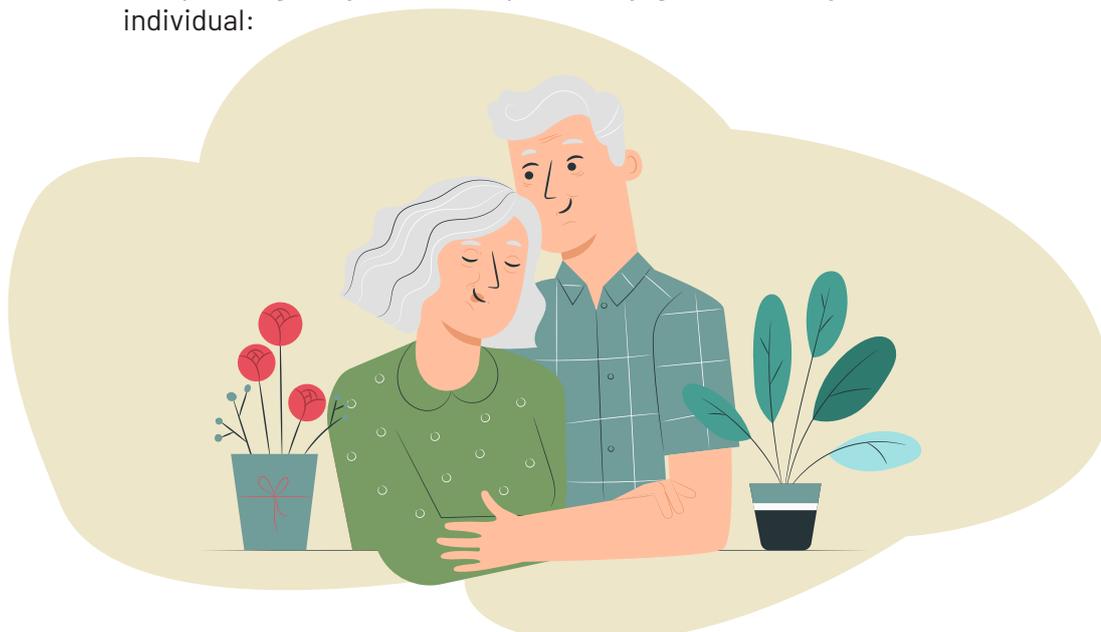
// El proceso de envejecimiento son los cambios graduales que se van produciendo en la persona, a nivel psicológico, físico y social, incluido un deterioro de sus capacidades, tanto físicas como cognitivas y mentales.//

¹ **Modelo Psicosocial de salud:** integra los factores emocionales, sociales y de comportamiento de la persona, para determinar su estado de salud.



DIFERENTES EDADES EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Al considerar que el envejecimiento es un proceso ante todo individual, hay que diferenciar entre edad cronológica, edad biológica, edad psicológica, edad social y edad funcional, para concluir con una definición comprensiva de los distintos factores biológicos, psicológicos y culturales que se conjugan en el envejecimiento individual:



- **La edad cronológica** se refiere a la edad en años. Es la que va desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona. Según la OMS (junio de 2020):
 - > Menor: 0 a 17 años;
 - > Jóvenes: de 18 a 65 años;
 - > Edad Media: 66 a 79 años;
 - > Ancianos: 80 a 99 años de edad;
 - > Mayores de larga vida: más de 100 años.
- **La edad biológica** se refiere a la situación actual del sujeto en relación con su ciclo vital potencial. Podría definirse como el desgaste real de las energías producto del paso de los años. Tiene en cuenta los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, de tejidos, órganos y sistemas.
- **La edad psicológica** se refiere a la situación de los individuos en relación con la capacidad de adaptación observada o deducida de sus actividades básicas vitales, que inducen un comportamiento propio de una etapa en

En el proceso del envejecimiento hay que diferenciar entre edad cronológica, edad biológica, edad psicológica, edad social y edad funcional.



el proceso de envejecimiento; a la capacidad para responder a las presiones sociales y a las tareas que se le piden al individuo. Define la vejez en función de los cambios cognitivos, afectivos y de personalidad a lo largo de su vida.

- **La edad social** se refiere a las costumbres y funciones de un individuo en relación con su grupo o sociedad; al papel asignado y/o asumido en la escena de las relaciones sociales y generacionales. Suele medirse por la capacidad de contribuir al trabajo, la protección del grupo o grupos a que se pertenece y la utilidad social. La medida en que el individuo participa en los roles determinados por la sociedad.
- **La edad funcional** se refiere a la competencia o la habilidad para realizar las demandas ligadas a la edad, que pueden depender de consideraciones biológicas, sociales, o personales.



Estas cinco dimensiones dibujan la realidad global del envejecimiento, que en nuestras sociedades occidentales, al margen de tener una relación directa con las edades cronológica y biológica del individuo, como es bien evidente, está determinado por los procesos de producción y reproducción, y por una serie de ritos vitales impuestos, y tamizado por la subjetividad en la forma de afrontar, de manera individual y diferente, el propio proceso de envejecimiento.

¿CÓMO ES LA ETAPA DE PÉRDIDAS EN EL ENVEJECIMIENTO?

Al iniciarse el envejecimiento y dependiendo de esa edad funcional, social, psicológica o biológica que presente el mayor, puede iniciarse una etapa caracterizada por la acumulación de pérdidas tanto internas como externas: marcha de hijos lejos del hogar; jubilación y consiguiente pérdida de poder económico; pérdida de salud; fallecimiento de pareja, familiares y amigos de la misma generación; abandono de su propio domicilio.

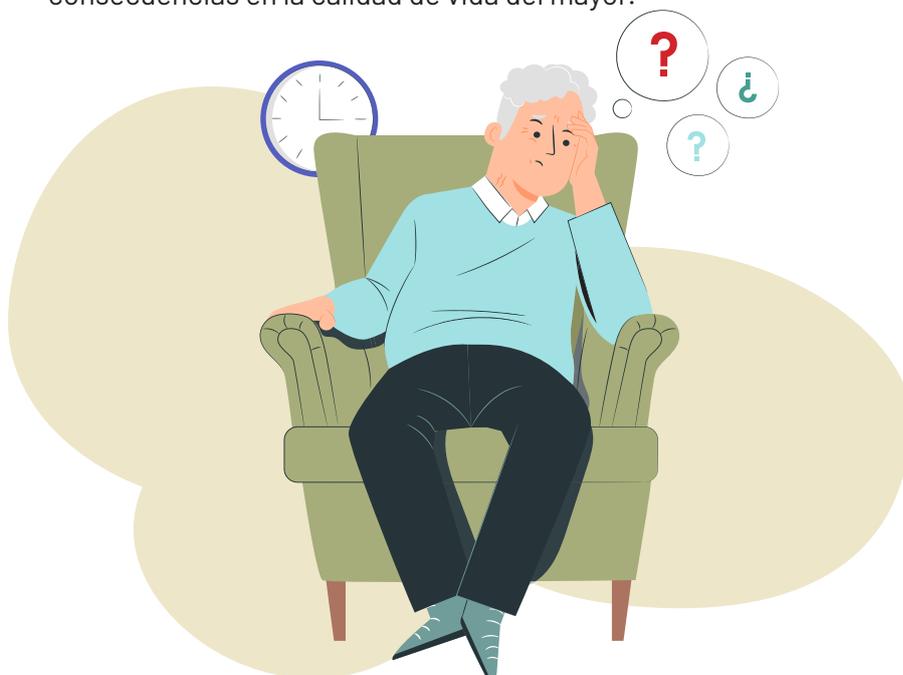


¿QUÉ ES EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE?

El Envejecimiento Saludable es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. «Poner vida a los años y no años a la vida».

1.2 ¿QUÉ SON LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS?_

Es el conjunto de síntomas clínicos causados por reunión de enfermedades de alta prevalencia. Son, frecuentemente, el origen es la incapacidad funcional o social, o incapacidad que sufre la persona, en relación a otras personas de su misma edad y en su mismo entorno social. Las numerosas causas que pueden producir los síndromes geriátricos provocan importante vulnerabilidad y graves consecuencias en la calidad de vida del mayor.



Los principales síndromes geriátricos son:

- Delirium.
- Demencia.
- Deterioro funcional.
- Inmovilidad.
- Incontinencia urinaria.
- Estreñimiento, depresión, disfagia².

² **Disfagia:** Dificultad para tragar



- Caídas.
- Polifarmacia (abuso de ingestión de medicamentos).
- Sarcopenia³.
- Osteoporosis (problemas de deterioro óseo).
- Fractura de cadera, dolor.

FRAGILIDAD

En este contexto, el anciano experimenta la fragilidad, manifestada en el deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos, presentando una mayor vulnerabilidad a los factores de estrés y aumentando el riesgo de resultados sanitarios adversos. Se puede detectar, prevenir y revertir con intervenciones concretas como el ejercicio físico multi-componente. Se diagnostica principalmente, por medio de la Valoración Geriátrica Integral.

Otros aspectos que nos aportan información sobre la fragilidad serán:

- La atención especial a la fuerza de la mano (presión, apretón de manos).
- La velocidad al caminar.
- Pérdida de peso.
- Actividad física (el ejercicio físico constituye la mejor forma de prevención de la fragilidad).

ENFERMEDAD

La enfermedad incluye una serie de cambios físicos, sociales e intra-psíquicos:

- Pérdida del control personal.
- Pérdida de la autoestima y valor propio.
- Cambios en la imagen corporal.
- Reducción de estatus social.
- Alteración en las relaciones interpersonales.

1.3 ¿QUÉ ES LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL?_

La Valoración Geriátrica Integral es un Instrumento de evaluación multidimensional (biopsicosocial y funcional), que permite

³ **Sarcopenia:** Pérdida de masa y potencia muscular que ocurre durante el envejecimiento.

La fragilidad en el anciano se manifiesta en el deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos.



identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento oportuno. Es una herramienta fundamental para la práctica clínica de cualquier médico, que le permite identificar en cualquier nivel de atención las necesidades del paciente.

Esta valoración, que corresponde al profesional sanitario, con la ayuda del familiar o cuidador, deberá contemplar diversas áreas de exploración:

- **Exploración del área clínica:** Análisis o estudio detallado para recopilar toda la historia de posibles enfermedades que haya tenido el paciente a lo largo de su vida, ya que esto nos ayudará a comprender posibles secuelas funcionales, hábitos de vida y tratamientos actuales.
- **Exploración del área funcional:** El área funcional está formada por el conjunto de capacidades del anciano para realizar las actividades de su vida, su actividad habitual, y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).
- **Valoración del área mental:** Exploraremos la parte cognitiva y la parte afectiva ya que ambas componen la salud mental.



- **Área social:** Relación del adulto mayor con su entorno. Las características sociales en las que vive pueden influir directamente en su estado de salud y en la evolución de sus patologías. Esto hace necesario conocer algunos aspectos; lugar donde vive, con quién vive, situación del cuidador principal, características de la vivienda (barreras arquitectónicas), nivel de ingresos, etc.



1.4 PRINCIPALES PATOLOGÍAS GERIÁTRICAS

CRONICIDAD. PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO

Como hemos dicho antes, en las personas mayores es más propio hablar de síndromes geriátricos, ya que es frecuente la aparición de varias enfermedades, las de todas las edades anteriores y las propias del proceso de envejecimiento. En este sentido, es importante destacar los conceptos de:

- **Cronicidad:** enfermedad no curable; aparición de problemas colaterales asociados que dificultan o impiden el desarrollo de su vida diaria; De «estar enfermo» se pasa a «ser enfermo».
- **Paciente Crónico Complejo:** Padece simultáneamente varias enfermedades crónicas. Muy común conforme avanza la edad.



Así mismo, es preciso hablar de los procesos de adaptación, pues realmente se trata de un duelo: la pérdida de salud y desadaptación. En el primer caso, lo deseable es que aparezcan fases de rabia, pacto, tristeza, con adaptación paulatina; en el caso de la desadaptación sería aconsejable la consulta con especialistas en geriatría, psicología y psiquiatría.



SITUACIONES DE URGENCIAS

Son patologías propias, aunque no exclusivas, de la edad: síndrome confusional agudo, síncope del anciano, golpe de calor. Serán detalladas en otros apartados pero en todo caso lo primero que hay que hacer es contar, llamar a los servicios de urgencia o 112.

Merece especial atención el **golpe de calor**:

El golpe de calor es un trastorno ocasionado por el exceso de calor en el cuerpo, generalmente como consecuencia de la exposición prolongada a altas temperaturas o del esfuerzo físico en altas temperaturas.

- **Síntomas:** Fiebre alta mayor de 40°; taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca); taquipnea o respiración rápida; cambios en comportamiento: confusión, agitación y balbuceo; piel caliente y seca, sudoración excesiva; náuseas y vómitos; piel enrojecida.
- **Prevención:** Evitar las bebidas azucaradas y alcohólicas en ese momento de la insolación de la persona mayor. Acudir a sitios resguardados y frescos, como un centro comercial cercano, o un parque con sombra. La ducha fría siempre será el remedio más preventivo y, a su vez, curador del golpe de calor.
- **Actuación:** Llamar al 112; Tumbiar al paciente en lugar fresco y a la sombra; Colocar paños húmedos y frescos en cuello, ingles, axilas, cabeza; Hidratar con pequeños sorbos de agua; Quitar exceso de ropa; ¡Nunca dejarlo solo!

ALZHEIMER

El Alzheimer es un tipo de demencia que causa problemas con la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Los síntomas generalmente se desarrollan lentamente y empeoran con el tiempo, hasta que son tan graves que interfieren con las tareas cotidianas. Las diferencias con el deterioro cognitivo y las demencias están principalmente en el pronóstico: Alzheimer es mortal a medio-corto plazo en la mayoría de casos y la demencia no es causa directa de fallecimiento.

PARKINSON

Trastorno progresivo; Los síntomas se agravan a medida que la afección evoluciona lentamente; Temblores habituales; disminución del movimiento; El habla puede volverse suave o incomprensible. No tiene cura: los medicamentos podrían mejorar notablemente los síntomas; en ocasiones se puede sugerir una cirugía para mejorar los síntomas.





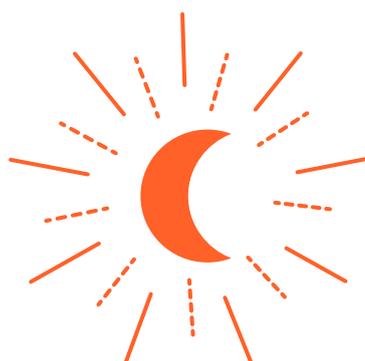
PROBLEMAS DEL HABLA

- Afasia: Dificultad al leer, escribir y expresar lo que se quiere decir y de entender lo que otras personas están diciendo.
- Agnosia: Incapacidad para identificar un objeto mediante un sentido o varios.
- Anomia: Incapacidad o dificultad de reconocer o recordar nombres de cosas.
- Apraxia: Incapacidad para llevar a cabo tareas o movimientos cuando se le solicita, aunque se entiende el pedido o la orden y la persona esté dispuesta a realizar dicha tarea.

ALTERACIONES DEL SUEÑO

El insomnio es el trastorno del sueño más prevalente. Constituye un síntoma utilizado para describir cualquier dificultad para iniciar (retomar) o consolidar el sueño. Las alteraciones en la calidad y duración del sueño pueden ocasionarse por diversos factores:

- Edad, y en sexo femenino con más frecuencia.
- Enfermedades concomitantes, físicas y/o mentales.
- Ingesta de fármacos.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Factores genéticos.
- Situaciones que generen estrés.
- Malos hábitos del sueño.



OTRAS ALTERACIONES DEL SUEÑO

- Hipersomnia (tendencia al sueño en situaciones anormales).
- Narcolepsia (trastorno del sueño que provoca sueño durante el día).
- Somniloquía (hablar en voz alta durante el sueño).



- Parasomnias (conductas anormales en la fase de sueño profundo).
- Piernas inquietas (movimientos incontrolados de las piernas durante el sueño).

PÉRDIDA DE MEMORIA

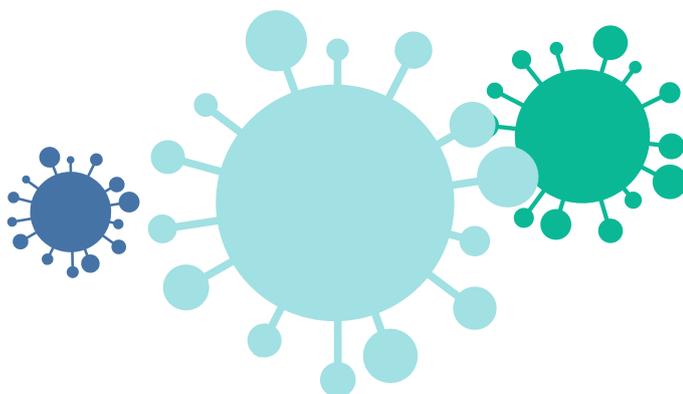
Con la edad se pierde rapidez en la capacidad de reacción psicomotora (de memoria). El leve declive de memoria del anciano se debe a ligeras alteraciones del cerebro causadas por enfermedades asociadas al envejecimiento, no por el envejecimiento en sí mismo.

Las alteraciones de la memoria y capacidad cognitiva son muy variables:

- **Pérdida de memoria subjetiva:** sucesos recientes que no se graben en la memoria: «...se me olvidan muchas cosas», «he olvidado las llaves en casa», «se me ha quemado la comida», «antes tenía mejor memoria». Causas: Ansiedad, estrés, depresión, preocupaciones.
- **Pérdida de memoria objetiva:** Problemas de memoria reales (verificados por familia y por test psicométricos). Se detectan en pruebas psicométricas. No siempre sufre el inicio de una demencia. Debe ser evaluada por médico y/o especialistas.

COVID PERSISTENTE

La bibliografía informa de un exceso de riesgo de secuelas persistentes y nuevas tras una infección aguda por SARS-CoV-2 en adultos de más de 65 años. Aparte de la insuficiencia respiratoria, la demencia, etc., se presentan secuelas semejantes a enfermedad viral del tracto respiratorio inferior.





OTRAS SITUACIONES

Soledad, sufrir los prejuicios de otros por la edad (edadismo) y malos tratos, son situaciones que deben ser tenidas en cuenta en la salud mental y social de las personas mayores a las que cuidamos y acompañamos.

Otras manifestaciones de enfermedad serían:

- **Depresión y ansiedad**, que suelen pasar a menudo desapercibidas, conllevando anhedonia y ataraxia (experimentando desinterés e insatisfacción continua en estados de ánimo) que han tenido un incremento durante los confinamientos motivados por la pandemia de Covid-19.
- **Deterioro cognitivo leve.**
- **Demencia leve, demencia moderada y demencia grave:** grados de deterioro cognitivo que deben ser evaluados, diagnosticados y tratados por equipos multiprofesionales, desde la estimulación cognitiva hasta tratamientos farmacológicos. El diagnóstico se realiza con test de valoración, analítica de sangre o imágenes de neuroimagen, radiología, TAC, escáner, resonancia, etc.

1.5 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Parte fundamental en el cuidado de personas mayores, tanto si es autónomo como no. Las complicaciones por tomas incorrectas de algunos medicamentos pueden ser muy peligrosas. Es importante, desde el principio, saber cómo dar medicamentos de forma adecuada y segura.

Los medicamentos en las personas mayores presentan como principales problemas:

- Mayor sensibilidad y efectos colaterales.
- Automedicación, polimedicación.
- Pautas incorrectas, falta de adherencia a tratamiento, despistes y confusiones.
- Síncopes y caídas.
- Retención urinaria y estreñimiento.
- Falta de información sobre cómo administrarlo; Formato inadecuado del medicamento.
- Disfagias.

La primera actuación a realizar es contactar con el Equipo de Salud para cualquier duda, pero como actuaciones importantes debemos conocer lo que debe hacerse:

// Es importante, desde el principio, saber cómo dar medicamentos de forma adecuada y segura//



- Es posible que en alguna ocasión les acompañemos a consultas o pruebas.
- Acudir siempre a la misma farmacia; conocer tipos y posibilidades de administración del medicamento.
- Consultar interacciones y efectos secundarios (latrogenias).
- Comentar si el mayor consume alcohol, droga, tabaco.
- Si se produce intoxicación por toma accidental: llamar a urgencias de inmediato.
- No dar ninguna medicina sin consultar con el médico.
- Todas las dosis deben administrarse en cantidad y horario indicado.
- Cualquier cambio debe consultarse con el especialista.
- Informar con claridad y transparencia: Efectos secundarios (insomnio, malestar estomacal, cambios en estado anímico).
- Evitar obligarlos a tomar medicación. Utilizar la imaginación para hacerlo más divertido a través del humor.
- Crear un ambiente agradable y tranquilo a la hora de tomar la medicación.



- Sé flexible, si la persona mayor no quiere tomarse su medicación puedes volver a intentarlo en otro momento.
- Tener el horario a la vista; tratar de tener franjas horarias; asociar tomas con comidas; crear rutina.
- Evitar tomas nocturnas que alteren el sueño.
- No mezclar tratamientos sin la autorización del médico; evitar duplicar dosis.



- Si el paciente está en capacidad de tomar sus dosis sin ayuda, el cuidador debe estar presente cuando lo haga.
- Mantener organizados e identificados los medicamentos. Consultar fechas de caducidad.
- Solicitar en la farmacia pastilleros y clasificadores.
- Tener una lista de todos los medicamentos recetados y mantenerla al día.
- Anota instrucciones especiales sobre cómo tomar cierto medicamento.
- Para evitar pérdidas de alguna pastilla o vial: abrir botes en superficie plana y libre de objetos.
- En caso de convivencias: guardar medicamentos en zonas separadas.
- Evitar compartir medicaciones y que se automediquen.

SITUACIONES DE DUDA

Nos podemos encontrar con situaciones que nos generen dudas. ¿Qué hacer?

- ¿Puedo obligar a tomar la medicación?: No. Es importante no obligarle. Debemos encontrar otros recursos para que tome su medicación.
- ¿Qué pasa si una persona mayor no toma su medicación?: Si una persona no toma su medicación, interrumpe el tratamiento médico y por tanto no puede recuperarse de su enfermedad. Es importante seguir el tratamiento que han prescrito. Si el anciano está con capacidad de entender, explicarle para qué sirve el tratamiento. Responder de forma clara y sencilla a sus dudas. Calmarle.



- ¿Qué hago si se ha saltado una toma?: Si falta poco para la siguiente toma, esperar. Se recomienda no dar dosis doble por un olvido.
- ¿Qué hacer si partimos la medicación para administrarla a la persona mayor? Cuando realizamos esta técnica debemos tener mucho cuidado y asegurarnos de realizar un corte adecuado, sin que este haga que la dosis sea excesivamente elevada o mínima para evitar riesgos en la salud o que el medicamento no tenga el efecto esperado.



- ¿Qué hacer al tener que triturar la medicación / vaciado de cápsulas?: No es aconsejable, porque se pueden eliminar beneficios de los principios activos. En muchos casos su presentación tiene el objetivo de corregir malos olores o sabores.

¡NUNCA SE DEBEN TRITURAR!

- **Medicamentos de liberación sostenida (Adalat):** La función es ir dosificando la cantidad de medicamento en el organismo, por lo que al triturar o partir este tipo de medicamentos el paciente estaría expuesto a una sobredosis.
- **Cubierta entérica (Voltaren):** Este tipo de cobertura está pensada para que el principio activo se libere en el intestino, pasando el medicamento intacto por el estómago para evitar así la irritación de este órgano.
- **Fármacos sublinguales o bucales (Nitroglicerina):** Estos productos han sido diseñados para deshacerse en la boca y llegar a la sangre en un corto espacio de tiempo. Manipularlos de alguna forma puede hacer que pierdan o minimicen su efecto.
- **Inhaladores (Broncodilatadores):** Partir o triturar ciertos medicamentos puede entrañar riesgo para la salud de la persona que realice esta acción al exponerse a la inhalación de algunos medicamentos que pueden dispersarse por el aire.

Muchos medicamentos tienen en la actualidad diferentes formatos de presentación, de forma que se adaptan perfectamente a las necesidades del paciente y a la dosis a administrar.

**¡CONSULTAR
AL EQUIPO
DE SALUD
CUALQUIER DUDA,
ANTES DE ACTUAR!!**





1.6 BUENOS HÁBITOS A CONSEGUIR_

HORARIOS

- Higiene del sueño.
- Mismo horario para levantarse y acostarse todos los días.
- No permanecer en cama más de 30 minutos si no concilia sueño.
- Levantarse y realizar actividad relajante si no se puede dormir.
- Evitar en la cama televisión, ordenador, móvil, tablet, etc.
- Evitar siestas o procurar que sean menores de 30 minutos.
- Evitar televisión antes de dormir.

ALIMENTACIÓN

- Antes de acostarse evitar comidas copiosas.
- Cenar 2 horas antes de acostarse.
- En general evitar comidas copiosas.
- Evitar acostarse con sensación de hambre.
- Evite alcohol, té, café. Al menos en horas previas a dormir.

EJERCICIO FÍSICO

- Pasee con luz solar, al menos 1 hora diaria.
- Evite actividad estresante en horas previas a dormir.
- Practique relajación, respiración, meditación.
- Programe y realice actividades sociales y lúdicas.

AMBIENTALES

- Tomar baños/duchas templados con agua a temperatura corporal.
- Habitación con temperatura, luz, ventilación agradable/suave.
- Ropa holgada y suave al tacto (fresca/cálida según época año).
- Temperatura ideal del dormitorio: 18 a 22 grados.
- Evite despertadores y relojes.
- No vaya a dormir si no tiene sueño.
- No tome medicamentos para el sueño sin prescripción de sus médicos.



1.7 CONSEJOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN LOS MAYORES_

ACTIVIDADES RECREATIVAS Y EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA:

- Optimizan habilidades cognitivas: memoria, atención, nivel de alerta, concentración, percepción, orientación tempo-es-pacial, razonamiento y vocabulario.
- Optimizan niveles de bienestar subjetivo.
- Disminuyen sentimientos de soledad.
- Mejoran el estado de ánimo y la motivación interna.



- Incrementan la capacidad para afrontar situaciones de estrés.
- Aumentan la autoeficacia social percibida.
- Mejoran habilidades comunicativas.
- Incrementan la autoestima y niveles de satisfacción vital.
- Mejoran el mantenimiento de hábitos saludables.
- Disminuyen significativamente niveles de enfermedad y de-
presión.
- Facilitan la adaptación al entorno.
- Aumentan la percepción de competencia.
- Estimulan la percepción sensorial.

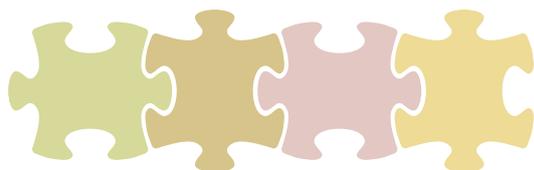


JUEGOS COMPARTIDOS Y COOPERATIVOS

- Potencian el contacto social y la comunicación.
- Fomentan las relaciones sociales y la comunicación.
- Estimulan la satisfacción emocional y la seguridad.
- Potencian y mejoran el uso del lenguaje; las preguntas y respuestas activan la memoria.

EJEMPLOS DE JUEGOS Y ACTIVIDADES

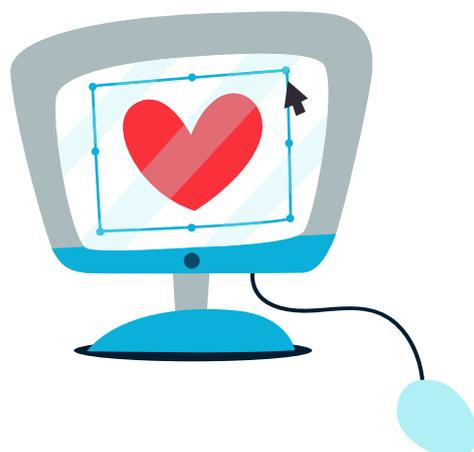
- **Juegos de mesa y pasatiempos:** beneficios para la salud física, mental y afectiva; estimulan la mente para pensar.
- **Juegos de mesa tradicionales:** cartas, dominó, bingo.
- **Pasatiempos:** sudoku, sopa de letras, crucigramas, laberintos, buscar diferencias.
- **Refranes:** Fomentan la atención, la lectura, la escritura, favorece la memoria semántica, genera flexibilidad de pensamiento.
- **Juego del veo-veo:** Aumenta la atención y concentración, creatividad, refuerza conexiones neuronales, divierte y provoca la risa.
- **Puzzles:** Eleva la gimnasia mental y ejercicio cerebral, imaginación, toma de decisiones, enseña a ajustar colores y formas, eleva la autoestima.



- **Trabajar con fechas:** Anotar fechas (citas, cumpleaños, recuerdos, etc.), tachar fechas que han pasado. ¿Qué día es hoy? (día semana, mes, día mes, año), ¿Qué día es mañana, pasado, ayer?
- **Televisión:** Actividad pasiva que aparentemente no precisa esfuerzo mental; miramos sin ver. Se puede ver TV con moderación y provecho. Estimular el cerebro, preguntando: personajes de su serie favorita, noticias recientes, concursos.
- **Conversaciones:** Preguntar y conversar ¡sin examinar! Recetas de cocina, ¿Qué hizo, qué vio, dónde estuvo, a quien vio ayer? Preguntarle por un acontecimiento familiar reciente agradable.



- **Repasar y ordenar recibos, cajones, armarios.** Ordenar fotos y recordar nombres y lugares. Repasar citas médicas y tratamientos, preparar la nota de la compra...
- **Musicoterapia:** Favorece la comunicación. Mejora la expresión verbal y no verbal. Mejora la autoestima y el estado de ánimo. Incentiva el movimiento, la expresión, la creatividad... Estimula la memoria (corto y largo plazo). Favorece la evocación de recuerdos casi olvidados. Ayuda a mantener la atención y conectar con la realidad. Incentiva la creatividad.
- **Paseos:** Mejora la movilidad, evita perder musculatura y fuerza, favorece la recarga de vitamina D, ayuda en las relaciones sociales, facilita el conocimiento del entorno, reduce el estrés, estimula la percepción sensorial (sonidos, colores, olores). Acompañar el paseo con la conversación constituye un complemento perfecto.
- **Recuerdos:** Preguntarle sobre ¿qué había antes en ese camino, paseo, calle? eleva la estimulación cognitiva.
- **Ordenador, tablet, móvil:** juegos y pasatiempos específicos en Internet. Consolas y juegos para entrenar el cerebro. Ajustar a posibilidades y capacidades.



CONSEJOS PARA EL FAMILIAR CERCAÑO Y CUIDADOR PRINCIPAL

- Tres principios básicos: **paciencia, comprensión y flexibilidad.**
- Establecer una hora concreta, adaptándose a la rutina diaria personal.
- Adaptar el entorno a la persona mayor; no al revés.
- Se aconseja realizar ejercicios en compañía.
- Practicar todos los aspectos de estos principios sin exigir demasiado.

Tres principios básicos:
paciencia, comprensión y flexibilidad.



- Evitar frustración, angustia y que se sienta cuestionado.
- No dar importancia a los errores.
- Facilitar y simplificar actividad para que pueda realizarla.
- El tipo y número de ejercicios dependen de las condiciones personales.
- Las sesiones deben tener una duración aproximada de 60 minutos.
- Ayudar a resolver la actividad cuando tenga dificultades.
- No importa cómo lo haga, sino que lo intente.
- Premíele si se esfuerza por recordar.
- No realice por él aquello de lo que aún es capaz.
- Intentar que sea un momento agradable para compartir.
- Combinar actividades de cuadernillos con actividades lúdicas.
- Todo entrenamiento depende de la constancia y de la voluntad.
- No limitarse a ejercicios de papel y lápiz, las actividades de la vida diaria brindan oportunidades para realizar estimulación informal en casa o en la calle.
- Cualquier tarea estimula el cerebro: calendario, televisión, conversación, musicoterapia, relajación, paseos, baile, co-ser, tocar un instrumento musical...

1.8 CONSEJOS PARA ATENDER A MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO_

DECÁLOGO PARA EL CUIDADOR

1. Nunca discutas con el enfermo, ponte de acuerdo con él.
2. Nunca trates de razonar con él; síguele la corriente.
3. Nunca le avergüences, ensálzalo.
4. Nunca trates de darle lecciones, serénalo.
5. Nunca le pidas que recuerde, rememórale las cosas y los hechos.
6. Nunca le digas «ya te dije», repíteselo cuantas veces haga falta.
7. Nunca le digas «tú no puedes», dile «haz lo que puedas».
8. Nunca le exijas u ordenes, pregúntale o enséñale.





9. Nunca condesciendas, dale ánimos y genera motivación.
10. Nunca fuerces, ofrécele tu cariño y comprensión.

PRINCIPIOS BÁSICOS

- Asumir que estamos ante un enfermo.
- Los errores, fallos o problemas son consecuencia de su enfermedad.

PROBLEMAS DE MEMORIA

- No discutir si ha contado o no un suceso.
- No culpabilizarle por sus fallos.
- Aumentar más la comunicación con el paciente.
- Estimular la realización de ejercicios de memoria.

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

- Hacerle hablar y que exprese sus sentimientos.
- No culpabilizarle. Proporcionar un ambiente seguro, tranquilo y afectivo. No expresar ansiedad.
- Si un tema le afecta, desviar la atención a otro tema.
- Buscar actividades gratificantes que le gusten.
- Buscar actividades lúdicas y participativas en grupo.

APATÍA, PÉRDIDA DE INTERÉS O INDIFERENCIA

- Es importante mantener o recuperar su actividad física.
- Hay que saber qué le gustaría hacer y mantenerlo lo más activo posible, sin forzarle. Alabar los esfuerzos y logros.
- Potenciar sus habilidades, hobbies o pasatiempos.
- Hacerlo de forma progresiva, que se sienta importante, útil y activo.

// Potenciar sus
habilidades,
hobbies o
pasatiempos//

ANSIEDAD, IRRITABILIDAD, AGITACIÓN

- Llamarle por su nombre, para personalizar.
- Buscar el contacto visual.
- Intentar tranquilizarle verbalmente con respuestas, sin agresividad.
- Intentar tener contacto físico, no brusco, en manos u hombro.



- Buscar lo que le está afectando y sacar al paciente de esa situación. Cambio de ambiente (andar con él, manteniendo el contacto físico) dándole seguridad y tranquilidad mientras se desvía la atención con otra cosa.
- Intentar distraerle con algo que le guste (desvío de atención).
- Analizar por qué ocurrió y hacer modificaciones para que no vuelva a ocurrir.
- Siempre dar una respuesta a sus sentimientos, no ignorar, ni tampoco darle demasiada importancia, intentar reducir la estimulación excesiva.
- Simplificar el ambiente que le rodea, evitar hacer cambios drásticos.
- Evitar bebidas estimulantes (café y similares, alcohol).

// Buscar lo que está afectando negativamente al paciente e intentar sacarlo de esa situación//

1.9 FRASES Y REFLEXIONES PARA COMPARTIR

- ¿El envejecimiento es una enfermedad?
- Información y formación sobre cómo cuidar, supone garantizar la calidad de atención de la persona mayor.





- Un compañero cálido, respetuoso y responsable, es discreto, humilde, constante y positivo.
- Su actitud puede impactar, positivamente, en la calidad de vida de la persona cuidada.
- Brindar compañía a la persona enferma, ayudar en el descanso físico y emocional de la persona cuidadora principal.
- «Los mejores cuidados son los que guardan equilibrio entre mantenimiento de la máxima independencia funcional posible y la seguridad de la persona mayor con dependencia».

2 HÁBITOS SALUDABLES: ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y DEGLUCIÓN

José María Xandri Graupera

Es un hecho cierto que el aumento de la expectativa de vida ha traído consigo un aumento de situaciones degenerativas, como consecuencia lógica de procesos evolutivos fisiológicos.

Estos procesos no tienen por qué ser patológicos por sí mismos, de hecho, podemos observar cómo el envejecimiento no se produce igual en todas las personas mayores, y esto es así porque hay muchos condicionantes que influyen en ellos, como pueden ser patologías crónicas previas, la no realización de ningún tipo de ejercicio físico, razones sociales, malos hábitos alimenticios, etc., que van a enlentecer o acelerar la transición hacia el envejecimiento, que ya sí, nos lleve a un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas y en consecuencia a la situación de anciano frágil.

Alteraciones sensoriales, las modificaciones en los compartimentos corporales, en especial la pérdida de masa muscular que puede llegar a ser de un 30%, posibles aislamientos sociales, predisponen a malos hábitos en la alimentación, que nos llevan a desequilibrios nutricionales entre las necesidades individuales y el aporte proporcionado.

Ello puede traer consigo pérdidas de peso (una pérdida de peso involuntaria igual o superior al 10% del peso habitual en 6 meses ya es motivo de consulta con Atención Primaria), una disminución del sistema inmunitario, un aumento de las enfermedades crónicas o un agravamiento de las ya existentes, y un aumento en ingresos y estancias hospitalarias.

// El envejecimiento no se produce igual en todas las personas mayores, debido a condicionantes como pueden ser patologías crónicas previas, la no realización de ningún tipo de ejercicio físico, razones sociales, malos hábitos alimenticios, etc.//

2.1 ¿QUÉ ES EL ENVEJECIMIENTO?_

Podemos definir el envejecimiento como los cambios estructurales y funcionales que se producen a lo largo de la vida, desde el desarrollo embrionario hasta la senescencia, pasando por la madurez. En esta etapa de la vida, podemos encontrarnos la siguiente escala o clasificación, de acuerdo a nuestro estado:



Sana: Persona con edad avanzada que goza de salud, independencia y calidad de vida.

Enferma: Persona de edad avanzada que sufre una enfermedad temporal, pero mantiene su independencia y calidad de vida,

Frágil: Es aquel anciano que presenta una merma en su reserva fisiológica que se traduciría en un aumento del riesgo de independencia, una disminución de la resistencia y un aumento de enfermedades y riesgo de mortalidad.

Paciente geriátrico: Persona casi siempre de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas múltiples y normalmente productora de limitaciones funcionales, físicas y/o psíquicas. El envejecimiento tiene un impacto determinante en el devenir de la vida. Los aspectos nutricionales están directamente implicados en cada uno de estos ámbitos. Prevenir las situaciones que condicionan la desnutrición de este colectivo, es fundamental.



2.2 CAMBIOS DEL ENVEJECIMIENTO RELACIONADOS CON LOS ASPECTOS FISIOLÓGICOS_

En relación a los aspectos fisiológicos, una de las características del envejecimiento es la pérdida de funcionalidad de órganos y sistemas, que van a repercutir en el equilibrio entre el alimento ingerido y el que es absorbido por el cuerpo, relacionado con el metabolismo de la persona en sus diferentes etapas de la vida.



- Se produce un aumento de la masa grasa que pasa de ser un 15% del peso corporal de un varón adulto al 30% del peso corporal de un anciano de 75 años. Se reduce la grasa subcutánea y de las extremidades y aumenta la depositada en el tronco, especialmente en la zona abdominal
- Por otro lado, se produce una pérdida de músculo esquelético, que puede llegar al 30% de la masa muscular del adulto, provocando una alteración denominada sarcopenia¹, en la que están implicadas tanto la pérdida de fibras musculares, como de neuronas alfa-motoras², y como consecuencia una disminución de la fuerza y de la tolerancia al ejercicio, provocando debilidad, astenia³ y situando al anciano en riesgo de sufrir alteraciones del equilibrio, de la marcha que le predisponen a sufrir caídas.

2.3 CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO RELACIONADOS CON EL ESTADO NUTRICIONAL

La malnutrición puede desencadenarse por diversos factores:

Factores físicos:

- Discapacidades y minusvalías.
- Estado de la cavidad oral: problemas de masticación, salivación y deglución.
- Deterioro sensorial: gusto, olfato, vista y oído.
- Disminución de las secreciones digestivas.
- Dificultad de absorción de nutrientes.
- Estreñimiento.
- Disminución del metabolismo basal⁴.
- Trastorno o incapacidad para digerir los hidratos de carbono (simples).
- Cambios en la composición corporal.
- Problemas por el uso de fármacos no acorde con alimentos ingeridos.
- Menor actividad física.

1 **Sarcopenia:** Pérdida de masa y potencia muscular que ocurre durante el envejecimiento.

2 **Neuronas alfa-motoras:** Fibras que conforman la musculatura esquelética, y nos permiten contraer y mover nuestros músculos.

3 **Astenia:** Debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales.

4 **Metabolismo Basal:** Es la cantidad de energía necesaria para mantener los procesos vitales estando en reposo, después de 12 horas de ayuno.



Otros factores de riesgo:

- Inadecuada forma de alimentarse con peligro de anorexia⁵.
- Pobreza, aislamiento social, bajo nivel cultural.
- Soledad, depresión, aislamiento.
- Dependencia (discapacidad).
- Enfermedades agudas o crónicas.
- Soledad, depresión, aislamiento (viudedad).
- Alcohol.
- Edad > 80 años.
- Cambios alimentarios en instituciones

Como se ha descrito anteriormente, en el proceso del envejecimiento se producen cambios en la composición corporal, y uno de ellos es la pérdida de masa magra, especialmente en el aspecto muscular. Por otro lado, también se produce una alteración en las neuronas motoras. Pues bien, todo ello va a provocar alteraciones en un aspecto nutricional fundamental, que es la deglución⁶.

// En el proceso del envejecimiento se producen cambios en la composición corporal, que pueden provocar alteraciones en un aspecto nutricional fundamental, que es la deglución.//

2.4 CAMBIOS QUE SE PUEDEN PRODUCIR EN LA DEGLUCIÓN

A través de la deglución, los alimentos líquidos y/o sólidos pasan de la boca al estómago.

Este proceso cuya realización se ejecuta en, aproximadamente dos segundos, se produce de unas 580 a 2.000 veces al día, es una de las actividades más recurrentes del organismo.

Para la realización de dicha actividad necesitamos del perfecto funcionamiento de 35 músculos, que deben recibir la orden de ejecución de 6 de los 12 pares craneales⁷ que tenemos para no padecer malnutrición. Nos encontramos, por lo tanto, con los cambios en la Fase Oral y Fase Faríngea.

FASE ORAL

Cambios en el arco dental

Estos cambios se producen debido a la acción repetitiva de apretar los dientes durante la masticación de los alimentos, produciéndose un daño o desgaste del esmalte dental y aplastamiento de la corona del diente.

5 **Anorexia:** Trastorno de la alimentación (falta anormal de apetito).

6 **Deglución:** Tragar los alimentos.

7 **Pares craneales:** Nervios craneales que salen directamente del cerebro.



Pérdida de piezas dentales

La pérdida de piezas dentales complica la fase oral preparatoria de la deglución puesto que los alimentos no pueden ser triturados e impide tragar bien y en menos tiempo.



Pérdida de fuerza muscular

Con el envejecimiento, los músculos voluntarios involucrados en la masticación presentan cambios que llevan a una disminución en la fuerza para masticar.

Trastornos salivales

La secreción salival se mantiene estable durante el envejecimiento. Sin embargo, se produce un problema de equilibrio entre el líquido que tomamos y el que podemos eliminar. Ello provoca que la saliva sea más viscosa y espesa, y hace perder el gusto por los alimentos y dificulta tragar el alimento masticado.

FASE FARÍNGEA

Durante la fase faríngea los ancianos tienen dificultades para tragar de una sola vez ese alimento ya masticado (degluciones fraccionadas). Todas estas alteraciones nos predisponen a un proceso que se denomina disfagia⁸.

2.5 ¿QUÉ ES LA DISFAGIA?_

La disfagia es un trastorno en la deglución caracterizado por una dificultad en la preparación oral del bolo o en el desplazamiento de alimentos y/o líquidos desde la boca hasta el estómago.

SÍNTOMAS

A continuación, enumeramos los signos que pueden ayudar a reconocer la disfagia:

- Tos o atragantamiento al comer.
- Cambios en la voz (disfonía).
- Babeo.

8 **Disfagia:** Dificultad para tragar.



- Pérdida de peso involuntaria progresiva.
- Dificultad para la formación del bolo de alimento.
- Residuos en boca después de tragar.
- Deglución fraccionada, o dificultad para tragar de una sola vez un alimento.
- Picos febriles sin causa aparente (presencia de fiebre intermitente o permanente, sin causa aparente).
- Retención de alimento en faringe. Varias degluciones y carraqueo al tragar.
- Infecciones respiratorias frecuentes.
- Necesidad de mucho tiempo para comer.

Si se observa alguno de estos síntomas, se aconseja notificar al centro de salud de referencia, a través de Enfermería o Medicina, para realizar la valoración y descartar o confirmar su existencia. Hay que tener en cuenta que el 50% de los mayores que sufren atragantamientos van a padecer neumonías repetidamente, y de ellos el 50% tienen un aumento muy considerable de sufrir mortalidad.

Se adjunta la Pirámide de la alimentación, o alimentos recomendados y sus cantidades y frecuencias, para mayores de 70 años:

// La disfagia es un trastorno en la deglución caracterizado por una dificultad en la preparación oral del bolo o en el desplazamiento de alimentos y/o líquidos desde la boca hasta el estómago.//

PIRÁMIDE DE LA ALIMENTACIÓN PARA PERSONAS MAYORES DE 70 AÑOS

Evaluar prescripción de suplementos individualmente
(Calcio, vitamina D, vitamina B₁₂, etc.)

suplementos

RACIONES DIARIAS

- Grasas y aceites /
moderar el consumo



- Leche, yogur y queso /
3 raciones



- Carne, aves, pescados,
frutos secos y huevos /
2 raciones

- Grupo de verduras /
3 raciones



- Grupo de frutas /
2 raciones

- Pan, arroz y pasta /
6 raciones



- Agua / **8 vasos**



3 LA HIGIENE CORPORAL Y ARREGLO EN LAS PERSONAS MAYORES. LA INCONTINENCIA Y SU MANEJO. RIESGO DE CAÍDAS EN EL DOMICILIO. PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

María Beatriz Lidón Cerezuela

3.1 LA HIGIENE CORPORAL Y ARREGLO

En el modelo propuesto por la enfermera Virginia Henderson¹ (conocido por el *Modelo de las necesidades*), se define «La Necesidad fundamental de los Cuidados» como: Todo lo que es esencial a una persona para mantenerse viva y asegurar su bienestar.

Esta autora defiende que existen **14 necesidades fundamentales relacionadas con el cuidado de la persona mayor**.

Entre ellas destacamos la siguiente:

Necesidad de estar limpio, cuidado y proteger la piel: mantener el cuerpo limpio, tener una apariencia cuidada y mantener la piel sana para que nos proteja.

La higiene, como necesidad fundamental, tiene distintas dimensiones:

- Tiene una dimensión física muy importante, manifestada en nuestra sensación de confort y en la necesidad de limpiar el cuerpo para mantener la piel en buen estado.
- Una dimensión psicológica, con gran incidencia en la autoimagen y autoestima con la que nos percibimos, así como en la generación de un sentimiento de bienestar al cuidar de nosotros.
- Una dimensión social, ya que estar limpios y cuidados nos da confianza a la hora de mantener relaciones sociales.

¹ Modelo de Virginia Henderson: Enfermera que generó el **Modelo de cuidados de la Salud** según las Necesidades Básicas Humanas, basado en que la enfermería debe servir de ayuda al individuo tanto enfermo como sano para la realización de las actividades que contribuyan a mantener el estado de salud, recuperarla en el caso de pérdida o conseguir una muerte apacible



En este QR puedes leer las 14 necesidades de Virginia Henderson



¿EN QUÉ CONSISTE LA HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL?

Sería, inicialmente, el facilitar el aseo personal, considerando los siguientes aspectos, especialmente importantes en el caso del cuidado de personas mayores:



- Tiempo para realizarla con un ritmo adecuado.
- Agua a la temperatura correcta.
- Frecuencia (cantidad de veces necesaria en que se debe realizar).
- Atención especial y diaria a la piel, pelo, uñas, ojos, genitales y boca (atendiendo zonas más necesarias del cuidado corporal en el mayor).
- Consideración y respeto a su sentido del pudor y autonomía, como medidas éticas y de ayuda al mayor.

3.2 INCONTINENCIA URINARIA

Otro punto recogido en el Modelo de las necesidades fundamentales del cuidado antes nombrado, se refiere a la necesidad de eliminar la orina u otras sustancias del cuerpo, o lo que es igual, **«deshacerse de sustancias perjudiciales y/o inútiles que resultan del metabolismo a través de la orina o las heces, también por la transpiración, la expiración pulmonar y la menstruación»**.

¿QUÉ ES LA INCONTINENCIA URINARIA?

Puede definirse como «la pérdida involuntaria de orina, sin control del llenado y vaciado de la vejiga urinaria».

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

- INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: Pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumentan la presión intraabdominal como toser, reír, estornudar o con el esfuerzo y debilidad musculatura pélvica



- **INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA:** Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una sensación intensa o urgencia de orinar, por efectos de otras causas como alcohol, infección, cafeína, impactación fecal², por fármacos que se deben tomar y provocan la incontinencia, o por problemas del músculo de la vejiga que al contraerse provoca la salida de orina incontrolada.
- **INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL:** Incapacidad de una persona, normalmente sin problemas de incontinencia, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina. Se puede provocar por alteración ambiental, trastornos mentales, falta de memoria, problemas de coordinación mental, deterioro de la visión o deterioro neuromuscular.

PROCEDIMIENTOS PARA FAVORECER LA CONTINENCIA URINARIA:

Ante todo hay que ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel en la zona perineal³. Para ello, necesitamos:

- Identificar causas.
- Explicar las posibles causas de la incontinencia al mayor atendido.
- Aconsejarle que utilice vestimenta que facilite la micción.
- Que la persona afectada cuente con los recursos necesarios, si los necesita (higiene y dispositivos de absorción).
- Limitar el uso de productos irritantes que afecten a su vejiga.
- Que beba en el momento idóneo (evitando el abuso por la noche o los momentos de algún compromiso).
- Que tenga bien regulado su hábito intestinal.

¿CÓMO PODEMOS MANEJAR LA INCONTINENCIA O ELIMINACIÓN URINARIA?

Prioritariamente hay que conseguir un mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo con la observación y cuidados de los siguientes aspectos:

- Control periódico de la eliminación urinaria.
- Signos y síntomas de retención urinaria.

2 **Impactación fecal:** masa de materia fecal seca y dura que no logra salir del colon o recto.

3 **Zona perineal:** la parte que se encuentra alrededor del ano, en la que se incluye la piel que se halla entre la zona anal y los genitales



- Signos y síntomas de infección urinaria.
- Identificar factores que contribuyen a la incontinencia.
- Respuesta inmediata a la urgencia de orinar.
- Manejo de líquidos.

EJERCICIO DEL SUELO PÉLVICO⁴ PARA LA INCONTINENCIA URINARIA

Este ejercicio permite disminuir la incontinencia por estrés, de urgencia o tipos mezclados de incontinencia urinaria, y consiste en el fortalecimiento y entrenamiento de los músculos elevador del ano y urogenital mediante la contracción voluntaria y repetida.

¿Qué debemos conocer para reforzar esa musculatura del suelo pélvico?:

- Reconocer la urgencia de evacuar.
- Identificar y saber cuáles son los músculos elevadores del ano y urogenital.
- Evitar la contracción de músculos rectos del abdomen, aductores y glúteos.
- No aguantar/variación la respiración.
- Mantener contracción de 3" a 10", de 8 a 12 contracciones/cada vez, descanso de 10" entre contracción y contracción, y hacerlo 3 veces al día.
- Crear hábito para este ejercicio.

ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO URINARIO

Es importante conseguir y establecer un esquema predecible de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognitiva⁵ limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional.

EL entrenamiento se puede centrar en:

- Establecer pauta de eliminación: registrar lo que se orina durante 3 días.
- Establecer intervalo de tiempo para conocer cada cuanto tiempo se va al aseo (intervalos de dos o más horas).

4 **Suelo pélvico:** El suelo pélvico es un conjunto de músculos y ligamentos antigravitatorios que se encuentran en la base de la pelvis.

5 **Capacidades cognitivas:** Son aquellas habilidades por las que nuestro cerebro nos permite aprender, prestar atención, memorizar, hablar, leer, razonar, comprender... Es decir, poder llevar a cabo cualquier acción o tarea en nuestro día a día, desde lo más sencillo a lo más complejo.



- Ayudar a que orine en el tiempo que deba hacerse, sin dejar pasar muchas horas.
- Aumentar el intervalo de tiempo hasta 30'. No dejar que pasen episodios de incontinencia en 48 h. sin ver la causa.

MANEJO AMBIENTAL

Manejar adecuadamente el entorno nos permitirá establecer situaciones de mejora para conseguir beneficios terapéuticos en la persona mayor, a nivel sensorial y de bienestar psicológico.

Para ello, es importante manejar adecuadamente el entorno:

- Crear un ambiente seguro: eliminar peligros y no colocar obstáculos (muebles, etc.) para ir al aseo.
- Acompañar a la persona fuera de la sala si procede.
- Individualizar la rutina diaria para adaptarla a las necesidades de la persona.
- Proporcionar entorno adaptado a sus necesidades.

3.3 RIESGO DE CAÍDAS EN EL DOMICILIO

Un aspecto relevante, incluido en el Modelo de Necesidades fundamentales del cuidado, se refiere a la necesidad de evitar peligros: **protegerse contra toda agresión interna o externa para mantener la integridad física y psicológica.**

Las caídas, si nos referimos a las sufridas por personas mayores, pueden producirse por el **síndrome geriátrico.**

EL síndrome geriátrico podemos definirlo como el **conjunto de signos y síntomas de numerosos y diferentes orígenes que conforman una entidad propia y se presentan de forma frecuente en los adultos mayores** por:

- Cambios vinculados con el envejecimiento.
- Conjunción de enfermedades de alta prevalencia en la vejez.

CARACTERÍSTICAS DE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS

- La edad no es el factor desencadenante, pero puede ser un factor aislado.
- Tienen una elevada prevalencia (se produce en muchas personas).
- Provocan dependencia por incapacidad.



- Pueden ser causa o efecto de otros procesos.
- A menudo se relacionan entre sí.
- Requieren intervención de enfermería.



¿QUÉ SON LAS CAÍDAS?

Son el resultado de la interacción entre la persona y las condiciones del entorno. Pueden producirse por un alto potencial de complicaciones, y el envejecimiento aumenta factores de riesgo, posibilidad y consecuencias de la lesión.

ACTIVIDADES ASOCIADAS A LAS CAÍDAS

- Levantarse y meterse en la cama.
- Resbalar.
- Levantarse y sentarse.
- Tropezar con objetos y bajar escaleras.

OTRAS CAUSAS DE CAÍDAS ASOCIADAS A LA EDAD

- Modificaciones musculoesqueléticas.
- Disminución del control sensorial.



- Procesos patológicos y/o por ingestión de fármacos.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades del aparato locomotor.
- Enfermedades Neurológicas y/o psiquiátricas.
- Patologías asociadas a problemas de los sentidos. sensorial múltiple.
- Fármacos concretos: antihipertensivos y psicofármacos.

FACTORES EXTRÍNSECOS QUE PUEDEN PROVOCAR CAÍDAS:

Dentro de la casa:

- Iluminación: escasa o muy brillante.
- Suelos: deslizante, cables, alfombras.
- Escaleras: ausencia de pasamanos, peldaños altos, ausencia de descansillo.
- Dormitorio: camas altas y estrechas, obstáculos.
- Cocina: muebles mal situados, suelo resbaladizo.
- Cuarto de baño: altura piezas, suelo, ausencia de barras en ducha.
- Ausencia de ayudas técnicas o utilización en mal estado.
- Hábitos de riesgo.

En la calle:

- Falta de ascensores y rampas.
- Pavimento en mal estado y escasa iluminación.
- Aceras estrechas con obstáculos y desniveles.
- Zonas mal señalizadas.
- Tiempo escaso en semáforos.
- Poco tiempo para salir/entrar en vehículos públicos.
- Movimientos bruscos del vehículo.
- Bancos con altura inadecuada.

CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS

En un 40-60% las caídas producen consecuencias, menores en la mayoría de los casos, pero que podrían ser más graves, sobre todo si hay fractura.



Además, puede haber consecuencias inmediatas: contusiones, esguinces, luxaciones y fracturas, siendo las fracturas más frecuentes: cuello del fémur –la más grave por mortalidad y repercusión funcional–, fractura de colles y extremidad superior del húmero, etc. A largo plazo, las caídas pueden provocar atrofia muscular, úlceras por presión y síndrome poscaída.

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS

Por la edad (superior a 65 años):

- Tener antecedentes de caídas.
- Vivir solo.
- Tener prótesis en extremidades inferiores.
- Uso de dispositivos de ayuda (andador, bastón, silla de ruedas).





Por factores cognitivos

- Alteraciones mentales, o sensoriales.

Por factores ambientales:

- Entorno desordenado.
- Iluminación insuficiente.
- Material antideslizante inadecuado en el baño.
- Uso de sujeciones.
- Uso de alfombras.
- Entorno desconocido.
- Exposición a condiciones climatológicas inseguras (lluvia, hielo, suelo húmedo).

Por medicaciones u otras sustancias:

- Consumo de alcohol.
- Agentes farmacológicos.

Por factores fisiológicos:

- Anemia.
- Artritis.
- Diarrea.
- Disminución de fuerzas en extremidades inferiores.
- Dificultades con la marcha.
- Mareos al extender/girar el cuello.
- Afección que afecta a los pies.
- Deterioro auditivo/visual.
- Deterioro del equilibrio/movilidad.
- Incontinencia/urgencia urinaria.
- Neoplasia.
- Neuropatía.
- Hipotensión ortostática.
- Periodo de recuperación postoperatoria.
- Alteración del nivel de glucosa en sangre.
- Enfermedad aguda.
- Déficits propioceptivos (lesiones sensoriales).
- Enfermedad vascular.
- Desvelo (no dormir bien).



3.4 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

La prevención de úlceras por presión guarda relación con dos necesidades básicas: necesidad de evitar peligros y de estar limpio, cuidado y proteger la piel.

¿QUÉ ES UNA ÚLCERA POR PRESIÓN?

Es la presión directa del paciente en un plano duro. La presión se produce por estar inmóvil, por lo tanto, los factores desencadenantes de una úlcera por presión son todos los que determinan la inmovilidad: la presión continuada que produce esta inmovilidad comprime los pequeños vasos sanguíneos y provocan problemas circulatorios (lo que recibe el nombre de isquemia).

En ancianos es frecuente que se produzca por:

- Fractura de cadera.
- Demencia en fase avanzada.
- Infecciones en general.

Además de estos factores de riesgo permanentes que provocan úlceras por presión (edad e inmovilidad), hay que considerar factores de riesgo variables, como el mal estado nutricional de la persona así como otras enfermedades (problemas circulatorios que afectan al riego sanguíneo y procesos neurológicos que producen parálisis y disminuyen la sensibilidad cutánea), medicación que disminuya la movilidad, incontinencia urinaria que macera la piel que queda altamente expuesta al desgarro, y por factores derivados de los cuidados de salud (sondas, drenajes, férulas, sueros, productos de higiene que resecan la piel).

CONSECUENCIAS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

La consecuencia más frecuente y perjudicial es la infección local (o sistémica). Una complicación añadida sería el dolor y aumento de la lesión ulcerada, afectando a tejidos sanos por la presión y otros favores asociados como la humedad.

// Los factores desencadenantes de una úlcera por presión son todos los que determinan la inmovilidad: la presión continuada que produce esta inmovilidad comprime los pequeños vasos sanguíneos y provocan problemas circulatorios.//



Nota importante:

La prevención debe ir dirigida a eliminar o reducir la presión, evitar los factores de riesgo relacionados con el estado general y con el estado local o de la zona en la que se está produciendo la úlcera o maceración de la piel. La utilización de aceites como barrera contra la humedad y las superficies especiales para el manejo de la presión en las zonas de riesgo, han demostrado su eficacia para aminorar el problema.

MEDIDAS A ADOPTAR POR EL CUIDADOR:

- Continuar con las medidas preventivas de manera más rigurosa.
- Realizar valoración integral: conocimiento del grado y características de la úlcera y toma de decisiones respecto al tratamiento.
- Registrar características de la herida y de la cura realizada para garantizar la continuidad de los cuidados y su correcta evolución.
- Para elegir el apósito considerar la zona anatómica, cantidad de exudado, presencia o no de infección, tejido del lecho de la úlcera, presencia o no de dolor y estado de la piel perilesional.

VIGILANCIA Y REGISTRO QUE DEBE HACER:

- Estimar factores de riesgo (escala de Braden como herramienta de valoración del nivel de gravedad de la lesión o úlcera).
- Revisar y anotar el estado de la piel observando cualquier zona enrojecida (a diario).
- Examinar la piel en las zonas de prominencias óseas y zonas de presión (a diario).

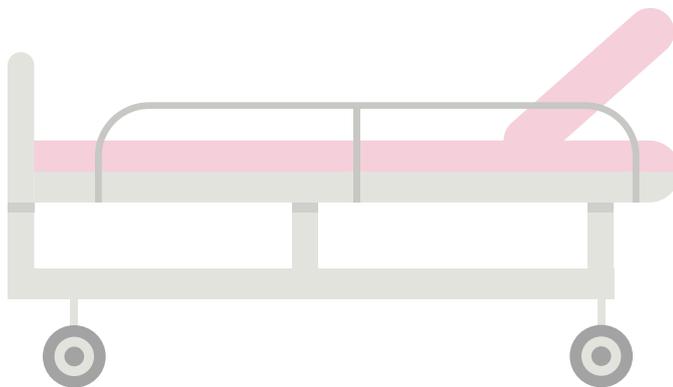
HIGIENE QUE DEBE REALIZARSE EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN:

- Eliminar humedad excesiva de la piel (transpiración, drenaje heridas, incontinencia urinaria y/o fecal).
- Aplicar barreras de protección en las zonas de protuberancias óseas.
- Evitar masajear puntos de presión enrojecidos.
- Evitar agua caliente, utilizar jabón suave, enjuagar bien e hidratar.



CÓMO DEBEN SER LAS CAMAS Y POSTURAS DE LA PERSONA AFECTADA:

- Colocar al paciente en posición y girar con cuidado para evitar lesiones.
- Mantener ropa de la cama seca, limpia y sin arrugas.
- Dejar pliegue para los dedos de los pies.
- Utilizar cama y colchón especiales.
- Utilizar barandas y protectores y evitar flotador en zona sacra.



MEDIDAS GENERALES A ADOPTAR

- Controlar morbilidad y actividad del paciente.
- Asegurar nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro.
- Enseñar a la familia signos de rotura de la piel.



4 URGENCIAS EN EL DOMICILIO. MEDIDAS DE ACTUACIÓN

Óscar Segura Alba

En este apartado del Manual, exponemos las principales problemáticas que pueden presentarse, como situaciones de urgencia, en el mayor. Las circunstancias adversas y consecuencias que pueden derivarse de ellas no solo repercuten en quien lo padece, sino en el familiar o cuidador que le asiste, ante la posible incapacidad e impotencia que puede sufrir por el desconocimiento de la sintomatología del proceso y de las actuaciones que se deben llevar a cabo en cada una de ellas. Aquí procedemos a enumerar los cuadros clínicos, sus sintomatologías y las actuaciones que deben realizarse como primera acción de emergencia, previa a la obligada llamada que debe hacerse siempre al 112.

4.1 CONVULSIÓN

La convulsión es una alteración repentina e incontrolada de la actividad eléctrica en el cerebro.

SÍNTOMAS

- Desconexión del medio con rigidez de miembros y/o movimientos involuntarios de brazos y cuerpo de forma brusca.
- Rigidez de boca con pérdida de mirada y miembros rígidos. Salivación abundante tipo espumoso.
- Durante la crisis, relajación de esfínter.

ACTUACIÓN

- No introducir ningún objeto en la boca.
- Colocación lateralizada de la persona en el suelo o cama. Si se encuentra en una silla puede haber peligro de caída.
- Proteger cabeza colocando almohadillado para evitar golpes con objetos y/o suelo.



- Avisar 112.
- Tras cese de convulsión compruebe que respira. Si respira mantenga lateralizada a la persona hasta su recuperación y/o llegada de la ambulancia. Tras cese de convulsión durante la recuperación, si dispone en domicilio de material, puede tomar tensión arterial, medir la temperatura y realizar test de azúcar para dar información al profesional sanitario del 112.

4.2 SÍNCOPE_



Se define como la pérdida de conciencia temporal caracterizada por un inicio rápido, una duración breve y una recuperación espontánea, por falta de suministro sanguíneo al cerebro.

SÍNTOMAS

- Desconexión del medio con pérdida de conocimiento de forma brusca, aunque en ocasiones se presenta con aviso previo.
- Sudoración abundante con pérdida de coloración.
- Pérdida del tono muscular y en ocasiones relajación de esfínter.



ACTUACIÓN

- Comprobar si tiene respiración.
- Si RESPIRA, colocación lateralizada de la persona en el suelo o cama. Si se encuentra en una silla cuidar el posible peligro de caída.
- Avisar 112.
- Observe que sigue respirando, si no recupera consciencia hasta la llegada de ambulancia. Mantenga lateralizada a la persona.
- Si dispone en domicilio de material, puede tomar tensión arterial, medir la temperatura y realizar test de azúcar para dar información al profesional sanitario del 112.

4.3 HIPOGLUCEMIA

Se define como el nivel de glucosa sanguínea baja, que obstaculiza y dificulta el buen funcionamiento corporal.

SÍNTOMAS

- Encontramos diversos síntomas, en función de la persona y de sus niveles de glucosa tolerados.
- Alteración de la conducta con agitación y agresividad.
- Somnolencia excesiva con ronquidos que no despierta.
- Pérdida del entorno con discurso inapropiado.
- Sudoración abundante con deterioro del estado de consciencia e incluso con relajación de esfínter.

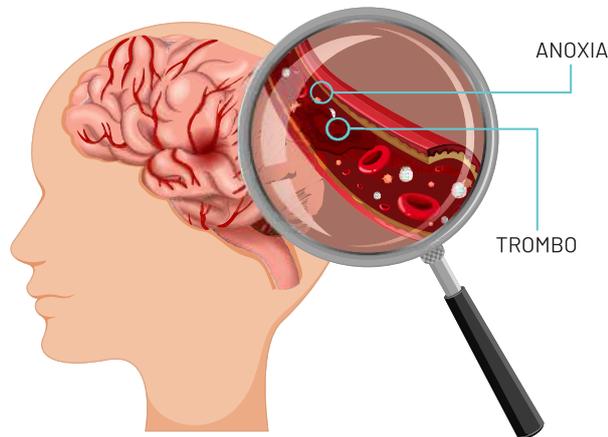
ACTUACIÓN

- Ante una Diabetes conocida, realizar un test de glucosa con el medidor. En caso de nivel bajo de glucosa deberá administrarse azúcar.
- Si está inconsciente y es diabético, primero comprobar si respira:
 - > Si RESPIRA, colocación lateralizada de la persona. Si se encuentra en una silla valorar peligro de caída. Deberá de realizar test de nivel de glucosa.
 - > En persona inconsciente diabética con bajo nivel de glucosa medido, administrar inyección IM (intramuscular) de Glucagón.
- Avisar 112.



4.4 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Es la obstrucción del suministro de sangre a una parte del cerebro, o rotura de un vaso sanguíneo cerebral.



SÍNTOMAS

- Distintos síntomas neurológicos pudiendo ser de afectación hemorrágica o isquémica. Si se detecta, avisar al 112.
- Alteración de la comunicación con pérdida del habla o dificultad para ella.
- Disminución de fuerza de miembros, con pérdida del equilibrio.
- Somnolencia excesiva con ronquidos que no despierta y mínima reacción al estímulo verbal o doloroso, e incluso con relajación de esfínter.
- Pérdida del entorno con discurso inapropiado que no se coordina con la realidad.
- Sudoración abundante con deterioro del estado de consciencia e incluso con relajación de esfínter.

ACTUACIÓN

- Si están conscientes y presentan síntomas de posible alteración neurológica se deberá de avisar al 112. No administrar medicamentos, ni líquidos orales.
- En caso de ser diabético y presentar los síntomas anteriores debería de descartar una hipoglucemia. Si es posible comprobar el nivel de tensión arterial.
- Avisar 112 para recibir órdenes.



4.5 OBSTRUCCIÓN VÍA AÉREA_

Es el bloqueo total o parcial de las vías respiratorias, por diferentes causas, impidiendo el flujo de aire necesario para el organismo.

SÍNTOMAS

- Durante la ingesta de alimento, éste obstruye la vía aérea impidiendo la entrada de aire. La persona hace movimientos de signos de asfixia. No puede toser, ni hablar.
- Hay que detectar la obstrucción que también puede ser por moco denso.

ACTUACIÓN

- Solicitar a alguien que llame al 112 mientras hace maniobras de desobstrucción de la vía aérea o llame usted mientras realiza usando la función manos libres.
- La técnica de desobstrucción vía aérea en adultos consiste en alternar: 5 golpes entre las escapulas y 5 compresión abdominales.
- Se debe de repetir la maniobra hasta la salida del objeto o que la persona pierda el conocimiento.
- En casos especiales acondicionar la técnica ante imposibilidad anatómica o de barreras estructurales según condiciones presentes.
- En otro tipo de obstrucción también es necesario el uso de aspiración mecánica.

4.6 PROBLEMA RESPIRATORIO_

Es el impedimento total o dificultad de oxigenación, necesario para el organismo.

SÍNTOMAS

- Fatiga aumentada al hablar que le impide incluso moverse.
- Aumento de la frecuencia respiratoria y evidencia de un trabajo respiratorio con musculatura abdominal. Se percibe que no respira con normalidad
- Signos de cianosis (por falta de oxigenación) y dificultad evidente para respirar.
- Ruidos al respirar anormales, sudoración, fiebre, etc.



ACTUACIÓN

- En caso de estar acostado deberá de incorporarse en posición semisentado.
- Evitar que hable, ya que aumentará la fatiga.
- Evitar que se mueva.
- En caso de tener tratamiento de inhaladores, ver pauta de rescate.
- Si tiene oxigenoterapia domiciliaria, administrarla.
- Llamar al 112.
- Si se dispone de medidor de oxígeno comprobar e informar.

4.7 TRAUMATISMO-HEMORRAGIA

Traumatismo: se define como la lesión que se presenta en cualquier parte del organismo, causada por alguna acción externa física o mecánica.



Hemorragia: sangrado o pérdida de sangre externa o interna en el organismo, por múltiples causas (patologías, traumas externos o lesiones orgánicas internas).



SÍNTOMAS

En caso de Traumatismo comprobar:

- Deformidad en extremidad.
- Impotencia funcional.
- Traumatismo con afectación de cadera.
- Acortación y rotación.

En caso de Hemorragia, saber reconocer:

Sangrado por corte, nasal, varices pierna, etc.

ACTUACIÓN

En caso de Traumatismo:

- Avisar 112 y mantenerlo inmovilizado hasta la llegada del servicio de emergencias.
- Si es necesario movilizarlo, se deberá de mantener la máxima precaución.

En caso de Hemorragia:

- Valorar sangrado arterial o venoso. Practicar una oclusión con gasa y realizar vendaje compresivo.
- Avisar 112 si el sangrado es abundante.

4.8 PROBLEMA CARDÍACO_

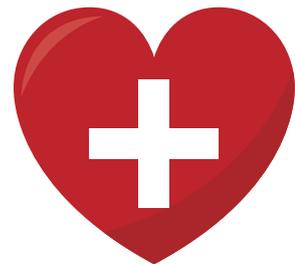
Definido en general como problema relacionado con el corazón, arterias coronarias, y patologías que afecten al normal funcionamiento del órgano cardíaco.

SÍNTOMAS

- Dolor torácico irradiado, presencia de sudoración abundante, dificultad para respirar, etc.
- Inconsciente sin respiración.

ACTUACIÓN

- Con dolor torácico con o sin síntomas, avisar 112 y acudir a centro sanitario de urgencias para valoración. Evitar esfuerzos y caminar hasta que se realice la valoración médica.
- Si está inconsciente sin respiración, avisar 112 y comenzar RCP básica. (RCP= Respiración Cardiopulmonar)



MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS
PARA EL CUIDADO DE NUESTROS MAYORES
EN EL ENTORNO FAMILIAR

UN PROYECTO
DE LA FUNDACIÓN FADE

SEGUNDA PARTE

BIENESTAR
EN EL ENTORNO
FAMILIAR /





5 CUIDADO Y CORRESPONSABILIDAD.

M^a Jose Galiana Gómez de Cádiz
M^a Rosario Valverde Jiménez

El origen de los cuidados está íntimamente relacionado con la evolución de la especie humana, y es precisamente ahí, en el principio de todo, donde surge la «mujer cuidadora».

El cuidado constituye un hecho histórico y es una constante que existe desde el comienzo de la Humanidad. Definir el concepto de cuidado implica conocer previamente lo que significa cuidar. Se trata de una palabra ampliamente utilizada y aplicada a campos muy diversos; así decimos que cuidamos cuando realizamos actividades tales como encargarnos de las plantas, ocuparnos de un bebé o aplicar técnicas que mejoran nuestra apariencia física.

El cuidado es entendido como el conjunto de todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo y/o comunidad, pero el cuidado ha estado desde siempre tan ligado al ámbito de lo privado y familiar que ha permanecido invisible a los ojos de la sociedad y sólo somos conscientes de su importancia cuando falta.

El término cuidador es un constructo socio-político, ya que en ciertas lenguas no existe la equivalencia, y en otras el vocablo es nuevo. Hace 20 años, en España, esta palabra no se empleaba, aunque la actividad sin duda existía: en las familias tradicionales, la mujer se encargaba de los niños y además se designaba a una hija para que se ocupara de los mayores. La herencia y el sexo eran las pautas que establecían el papel de la cuidadora.

Los cuidados han existido siempre, pero su visibilidad social no ha ido paralela a la relevancia de los mismos. Se considera a la madre como la primera mujer cuidadora, y a los cuidados domésticos como precursores de los cuidados profesionales. Tenemos por tanto por un lado la división sexual del trabajo y por otro la separación entre la esfera pública y la privada.

// El cuidado es entendido como el conjunto de todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo y/o comunidad.//



Ante la crisis del sistema de bienestar, el cuidado familiar y la mujer cuidadora se quedan sin sustitutos, no es un bien de consumo, no tiene el suficiente valor social. A pesar de que el cuidado de personas mayores sigue siendo objeto de preocupación y de estudio, en la práctica se ha convertido en un trabajo poco reconocido y valorado, que en muchos casos es asumido por personas de baja cualificación, siendo además más invisible cuando es asumido por cuidadoras inmigrantes.

El amor y el cuidado son los cimientos de la vida social, y hoy suscitan grandes interrogantes en el núcleo familiar. ¿Cómo cuida? ¿De qué apoyos dispongo? ¿Cómo logro conciliar?

El cuidado es cambiante, y se adapta a los tiempos y situaciones, pero se sigue relegando al ámbito de lo privado. No existe un cuidado y una cuidadora. Los cuidados y las cuidadoras son cada uno único y con unas necesidades diferentes. Por eso es importante sacar a la luz y hablar de cómo deben actuar las familias y en especial las mujeres para cuidar, y de cómo se intentan adaptar a las diferentes circunstancias. Es importante conocer cómo se tejen las redes de cuidados, el apoyo social, la importancia de que el cuidado de niños y ancianos sea visible y que se luche porque sea el mejor que se pueda dar, porque ello dice mucho de una sociedad que se preocupa de sus niños y de sus mayores.

// Es importante conocer cómo se tejen las redes de cuidados, el apoyo social, la importancia de que el cuidado de niños y ancianos sea visible y que se luche porque sea el mejor que se pueda dar, porque dice mucho de una sociedad que se preocupa de sus niños y de sus mayores//

5.1 TIPOS DE CUIDADO_

Existen tantas formas de cuidado como cuidadoras y personas que necesitan apoyo y ayuda.

Los servicios sociales y sanitarios participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas que lo necesitan.

CUIDADO INFORMAL

La familia constituye la principal prestadora de cuidados en nuestro entorno (García Calvete, 2004). Partiendo de ello, el cuidado informal se puede definir como aquella prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos y otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

CUIDADO FORMAL

El cuidado formal se ha definido como aquellas acciones que un profesional realiza de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de



los demás. Existen dos tipos de cuidados formales: el que tiene lugar en las instituciones y el que se contrata a través de las familias.

5.2 PERFIL DEL CUIDADOR_

Hablamos de mujer cuidadora porque el perfil sociodemográfico de quien asume los cuidados es un reflejo de la estructura de la familia tradicional, que hace a la mujer responsable de los cuidados dentro del hogar, asumiendo el cuidado de sus hijos y después de sus maridos o padres, realizando todo tipo de actividades de la vida diaria o cuidado personal que no sean capaz de realizar las personas que cuiden.

TIPOS DE PERFILES

Cuidadora informal familiar

- Mujer.
- Mayor de 50 años.
- Casada con hijos.
- Estudios primarios.
- Sin ocupación laboral remunerada (no puede trabajar porque se dedica al cuidado).
- Esposas que cuidan de su marido o hija cuidadora de su madre.
- Persona con dedicación permanente al cuidado.
- Aquella que aprendió a cuidar por intuición y observando a las profesionales del cuidado.
- No recibe ninguna ayuda.
- Cuida por razones morales, con abnegación.
- Cuidar le afecta física, económica y emocionalmente y también condiciona su vida relacional.
- Piensa que su labor no está reconocida socialmente.
- Viven situaciones económicas difíciles.
- Piensa que hacen falta más ayudas.

Cuidadora formal/profesional

- Mujer.
- 20-30 años.
- Soltera sin hijos.
- Titulación de Auxiliar de Enfermería.
- En la titulación no se ofrece la suficiente formación.



- Hace falta formación continua.
- Eligió esta profesión por vocación.
- No cambiaría de trabajo.
- Su trayectoria profesional se circunscribe al cuidado.
- Piensa que su trabajo no está reconocido socialmente.
- Económicamente no es un trabajo bien retribuido.
- Altas cotas de temporalidad.
- Es un trabajo que cansa física y emocionalmente.
- Deberían existir más ayudas institucionales.
- No se aprovechan los escasos recursos que existen.

Cuidadora formal/no profesional

- Mujer.
- Inmigrante.
- 30-40 años.
- Soltera y sin hijos.
- Nivel de estudios medio (y a veces superior).
- Idea de volver a su país de origen.
- Motivo de proyecto migratorio: encontrar mejor trabajo.
- Trabajo como cuidadora: no es vocacional.
- Cuida a niños/as pequeños/as y personas mayores.
- En su país de origen tenía otra profesión.
- No se reconoce su trabajo socialmente.
- La retribución económica depende de cómo valore la familia del dependiente el trabajo de cuidador.



- Hace falta más formación para el cuidado.
- Hacen falta más ayudas.

EL DESGASTE DEL CUIDADOR

El cuidado de las personas mayores dependientes en el medio familiar supone una serie de cambios personales, sociales y económicos que se conocen como consecuencias o efectos del cuidado (Sarito et al., 1995) y que ha sido objeto de un amplio número de investigaciones.

El cuidado tiene repercusiones en la vida del cuidador en todas las esferas:

- EN LA SALUD
- SOCIALES
- FAMILIARES

5.3 CORRESPONSABILIDAD EN EL CUIDADO

La corresponsabilidad implica el reparto equitativo del trabajo doméstico y las responsabilidades familiares en el ámbito privado.

Esto abarca aspectos como la organización del hogar, el cuidado de los hijos, la educación y el cuidado de personas dependientes. El objetivo es lograr un equilibrio en la toma de decisiones, una distribución justa de responsabilidades y un reparto equitativo del tiempo entre mujeres y hombres.

Una distribución más igualitaria de las responsabilidades familiares tiene efectos positivos. En la unidad familiar, los hijos reciben atención y cuidado tanto de su madre como de su padre. Los hombres pueden encontrar satisfacción emocional al desempeñar estas tareas de cuidado, y aprender o asumir trabajos domésticos también promovería su autonomía.

Un reto actual es conseguir una distribución más equitativa de las responsabilidades familiares. El reparto equitativo de las responsabilidades familiares relacionadas con el cuidado y la educación de los hijos implica tomar conciencia de las ideas y valores que hemos internalizado, así como intentar cambiar los roles que la sociedad nos ha asignado.

Es fundamental fomentar el diálogo y la negociación en la resolución de conflictos. Valorarnos a nosotros mismos, tener autoestima y convencernos de que merecemos vivir en una relación basada en la igualdad, nos brinda la confianza necesaria para expresar des-

// La corresponsabilidad implica el reparto equitativo del trabajo doméstico y las responsabilidades familiares en el ámbito privado. Esto abarca aspectos como la organización del hogar, el cuidado de los hijos, la educación y el cuidado de personas dependientes//



acuerdos, tener independencia de criterio y disfrutar de una mayor autonomía.

La necesidad de llegar a acuerdos mediante pactos es crucial para eliminar las diferencias de criterio que ocurren dentro de la familia. Establecer un pacto implica llegar a acuerdos sobre la toma de decisiones, asumir roles y repartir equitativamente el trabajo doméstico entre ambas partes, y también involucrar y extender esta responsabilidad a los hijos e hijas. Una relación de igualdad es fundamental en todo pacto, ya que asegura el cumplimiento de lo acordado.



5.4 RELACIONES INTERGENERACIONALES EN EL CUIDADO_

INTRODUCCIÓN

Las relaciones intergeneracionales, aquellas que se establecen entre personas de distintas generaciones, son fundamentales para la cohesión social y el bienestar emocional de las comunidades. En el contexto del cuidado, estas relaciones adquieren una dimensión especial, donde el intercambio de experiencias y conocimientos puede enriquecer tanto a cuidadores como a quienes reciben los



cuidados. Este libro se propone explorar las dinámicas, beneficios y desafíos de las relaciones intergeneracionales en el ámbito del cuidado, ofreciendo herramientas prácticas y reflexiones para fortalecer estos vínculos.

Las relaciones intergeneracionales se refieren a las interacciones y vínculos que se forman entre personas de diferentes generaciones dentro de una familia o comunidad. Estas relaciones son fundamentales para la transmisión de conocimientos, valores y tradiciones, y juegan un papel crucial en la cohesión social. En el ámbito del cuidado, las relaciones intergeneracionales adquieren una importancia particular, ya que pueden influir significativamente en el bienestar emocional y físico tanto de los cuidadores como de aquellos que reciben los cuidados.

// Las relaciones intergeneracionales son fundamentales para la transmisión de conocimientos, valores y tradiciones, y juegan un papel crucial en la cohesión social//

BENEFICIOS MUTUOS DE LAS RELACIONES INTERGENERACIONALES

Para los mayores

Para las personas mayores, mantener relaciones con generaciones más jóvenes puede ser una fuente vital de apoyo emocional y social. Los beneficios incluyen:

- Reducción de la Soledad y el Aislamiento: La interacción regular con cuidadores jóvenes puede mitigar los sentimientos de soledad y aislamiento que a menudo experimentan las personas mayores.
- Estimulo Cognitivo y Emocional: Las conversaciones y actividades compartidas con personas jóvenes pueden mantener a las personas mayores mentalmente activas y emocionalmente comprometidas.
- Sentido de Propósito: Participar en la transmisión de conocimientos y experiencias puede proporcionar a las personas mayores un sentido renovado de propósito y valor.

Para los cuidadores jóvenes

Para los cuidadores jóvenes, las relaciones con las personas mayores ofrecen oportunidades únicas de aprendizaje y crecimiento personal. Los beneficios incluyen:

- Aprendizaje y Sabiduría: Los jóvenes pueden beneficiarse enormemente de la experiencia y sabiduría de las generaciones mayores, obteniendo valiosos consejos y lecciones de vida.
- Desarrollo de Habilidades: El acto de cuidar a alguien puede desarrollar habilidades importantes como la empatía, la paciencia y la responsabilidad.



- **Conexión Emocional:** Establecer vínculos profundos con personas mayores puede enriquecer la vida emocional de los cuidadores jóvenes, proporcionando una fuente de apoyo y afecto recíproco.



ESTUDIOS Y EVIDENCIAS

Diversos estudios han demostrado los beneficios de las relaciones intergeneracionales. Por ejemplo, investigaciones indican que las personas mayores que participan en programas intergeneracionales muestran mejoras en su bienestar psicológico y una mayor satisfacción con la vida. Asimismo, los jóvenes que interactúan regularmente con personas mayores tienden a desarrollar una mayor empatía y comprensión hacia el envejecimiento.

Un estudio realizado por la Universidad de Stanford encontró que los jóvenes que participaban en programas de mentoría intergeneracional tenían más probabilidades de demostrar habilidades de liderazgo y un mayor sentido de la comunidad. Por otro lado, las personas mayores que participaron en estos programas reportaron sentir menos síntomas de depresión y una mayor conexión social.



Las relaciones intergeneracionales en el contexto del cuidado son una fuente inagotable de beneficios para ambas partes. Fomentar y nutrir estos vínculos no solo mejora la calidad de vida de los mayores, sino que también enriquece el desarrollo personal y emocional de los cuidadores jóvenes. En las próximas décadas, a medida que las dinámicas familiares y sociales continúen evolucionando, la importancia de estas relaciones se hará aún más evidente, subrayando la necesidad de promover y apoyar activamente las interacciones entre generaciones.

5.5 ACOMPAÑAMIENTO FRENTE A LA SOLEDAD

La soledad es un aspecto significativo en la vida de muchas personas dependientes y de sus cuidadores, con repercusiones emocionales y sociales profundas. En este punto, reflexionaremos sobre el impacto de la soledad en estas personas, discutiremos la importancia del acompañamiento emocional y social en el cuidado, y presentaremos estrategias y recursos para combatir la soledad y promover el bienestar emocional de todas las partes involucradas:

IMPACTO EMOCIONAL DE LA SOLEDAD

La soledad puede generar sentimientos de tristeza, ansiedad, desesperanza y aislamiento tanto en las personas dependientes como en sus cuidadores. Para las personas dependientes, la soledad puede intensificar su sensación de vulnerabilidad y disminuir su calidad de vida. Los cuidadores también pueden experimentar sentimientos de soledad debido a la carga emocional y la falta de apoyo durante el proceso de cuidado.

// La soledad puede generar sentimientos de tristeza, ansiedad, desesperanza y aislamiento tanto en las personas dependientes como en sus cuidadores//

IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL Y SOCIAL

El acompañamiento emocional y social es fundamental para mitigar el impacto negativo de la soledad en las personas dependientes y en sus cuidadores. Proporcionar apoyo emocional y compañía puede mejorar el bienestar emocional, fortalecer la resiliencia y promover un sentido de pertenencia y conexión.

ESTRATEGIAS Y RECURSOS PARA COMBATIR LA SOLEDAD

- Fomentar la participación en actividades sociales y recreativas que promuevan la interacción social y el contacto humano.
- Establecer redes de apoyo comunitarias donde las personas dependientes y sus cuidadores puedan compartir experiencias, brindar apoyo mutuo y sentirse comprendidos.



- Promover el acceso a servicios de apoyo psicológico y emocional, como terapia individual o grupal, para abordar los sentimientos de soledad y mejorar el bienestar emocional.
- Utilizar la tecnología para mantener el contacto con familiares, amigos y seres queridos, especialmente en situaciones donde la distancia física dificulta la interacción en persona.



APOYO EMOCIONAL

El apoyo emocional implica brindar consuelo, comprensión y empatía a la persona dependiente o al cuidador que experimenta sentimientos de soledad.

Esto puede implicar escuchar activamente sus preocupaciones, validar sus emociones y ofrecer palabras de aliento y afecto.

El simple acto de estar presente y mostrar interés genuino en el bienestar emocional del otro puede tener un impacto significativo en su estado de ánimo y sentido de pertenencia.



CONEXIÓN SOCIAL

La conexión social es esencial para combatir la soledad, ya que ofrece oportunidades para el contacto humano, la interacción y el sentido de pertenencia.

Esto puede implicar facilitar la participación en actividades sociales y recreativas, fomentar el contacto con amigos, familiares y seres queridos, y promover la integración en grupos y comunidades.

La conexión social no solo beneficia a la persona dependiente o al cuidador, sino que también fortalece los lazos familiares y comunitarios, creando un sentido de apoyo y solidaridad.

// La conexión social no solo beneficia a la persona dependiente o al cuidador, sino que también fortalece los lazos familiares y comunitarios, creando un sentido de apoyo y solidaridad//

PROMOCIÓN DEL BIENESTAR EMOCIONAL

El acompañamiento emocional y social en el cuidado no solo se trata de aliviar la soledad, sino también de promover el bienestar emocional en general.

Esto puede implicar el desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar el estrés, la ansiedad y la depresión, así como el acceso a servicios de apoyo psicológico y emocional cuando sea necesario.

Además, se pueden ofrecer actividades terapéuticas, como terapia artística, musicoterapia o terapia de reminiscencia, que ayuden a expresar emociones, estimular la mente y fomentar el bienestar emocional.



6 EL ESTRÉS Y SUS CONSECUENCIAS EN CUIDADORES DE PERSONAS.

Bartolomé Llor Esteban

El estrés es una respuesta fisiológica y psicológica que ocurre cuando una persona se enfrenta a demandas que son percibidas subjetivamente como desafiantes o amenazantes. Es un mecanismo natural de defensa por el que se activa el sistema nervioso y el sistema neuroendocrino, para el afrontamiento de situaciones que requieran una demanda por parte del organismo. Los mecanismos del estrés involucran una serie de procesos tanto somáticos, como de procesamiento de la información mental, de forma que ha sido triplemente conceptualizado. Tendríamos al estrés como **estímulo**, es decir, a los denominados estresores, también podemos entender al estrés como **respuesta** del organismo, o bien el estrés entendido como un **proceso** mediado cognitivamente.

En cuanto a su primera consideración como **estímulo**, nos vamos a referir a los denominados «*acontecimientos vitales estresantes*». Se trata de una clasificación realizada y adaptada en numerosos países (Holmes y Rahe), en orden jerárquico, es decir, lo que esa población considera de lo más estresante o lo menos. En población española en los primeros puestos tendríamos los siguientes acontecimientos:

- Muerte del cónyuge.
- Tener una separación.
- Divorciarse.
- Matrimonio.
- Tener una reconciliación.
- Una rotura de noviazgo.

// El estrés es un mecanismo natural de defensa por el que se activa el sistema nervioso y el sistema neuroendocrino, para el afrontamiento de situaciones que requieran una demanda por parte del organismo//



- Enamorarse o relación similar.
- Tener un embarazo.
- Tener un aborto, etc.



Otra tipología de estresores serían los denominados como «*contratiempos o contrariedades cotidianas*». No tienen la magnitud de los anteriores, pero su valor pernicioso se basa en la repetitividad de los mismos. Algunos ejemplos serían:

- Sufrir un atasco de tráfico.
- Llegar tarde al trabajo.
- Que se queme la comida mientras cocinas, etc.

Y por último, tendríamos los considerados como «*grandes estresores*», tales como:

- Tener un gran accidente en el que hay un elevado número de víctimas.
- Sufrir un terremoto altamente destructivo.
- Ser víctima de una guerra, etc.

Sigue siendo importante estudiar los estresores, a pesar de que sabemos que ante un mismo estresor, cada persona puede reaccionar de diferente manera. A unos puede desencadenarle, por ejemplo, un cuadro de ansiedad, mientras que a otros apenas se produce afectación. Sin embargo, resulta oportuno indagar sobre estos estresores en la psicobiografía del sujeto por la relación existente, aunque estadística, entre

// Ante un mismo estresor cada persona puede reaccionar de diferente manera//

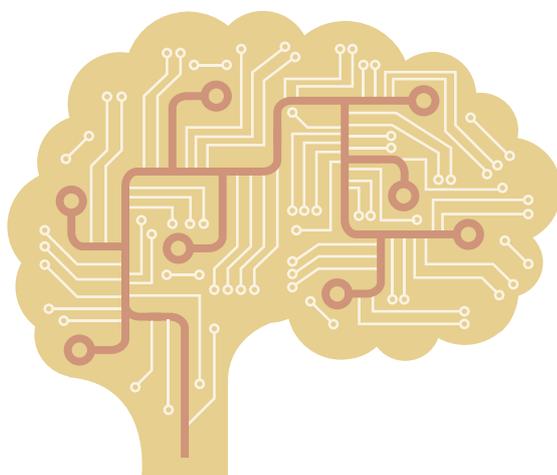


el evento vital estresante y la posible aparición de patología física o psíquica tras varios meses de haberlo padecido. Posiblemente y a modo de hipótesis, estas personas tienen o bien una predisposición, o una enfermedad latente o simplemente un punto débil que el estrés sufrido contribuye a que dicha enfermedad aflore. También es interesante señalar que son precisamente los contratiempos o contrariedades cotidianas, los que tienen una mayor repercusión en la salud de quienes lo padecen, dado su carácter repetitivo y acumulativo a lo largo del tiempo, a pesar de su menor entidad, cuando los consideramos de forma separada.

A su vez, en cuanto a la conceptualización del estrés como una **respuesta**, es decir, de cómo responde el organismo ante una situación de peligro percibido, podemos sintetizar que para poder enfrentarnos a dicho peligro, básicamente se activarían y se pondrían en marcha tres ejes de forma secuencial:

- **Eje I o Neural:** permite una respuesta muy rápida ante cualquier estímulo amenazante y está mediado por:

// Los contratiempos o contrariedades cotidianas son los que tienen una mayor repercusión en la salud de quienes lo padecen, dado su carácter repetitivo y acumulativo a lo largo del tiempo//

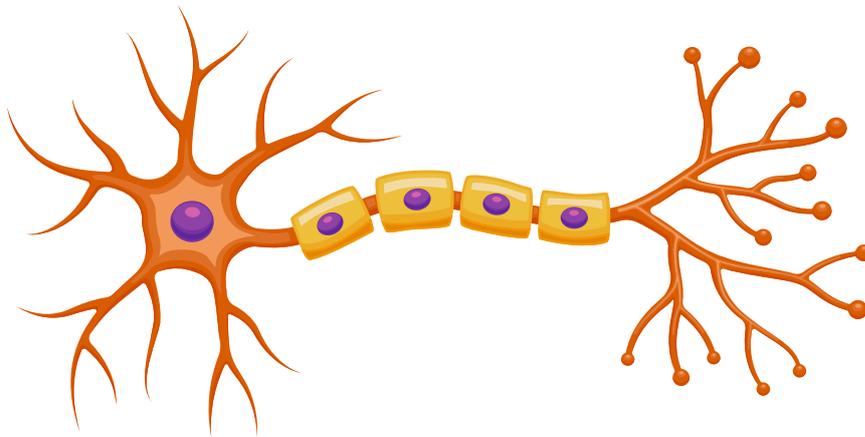


- **El Sistema Nervioso Somático:** responsable en este caso del aumento del tono muscular como mecanismo defensivo para la lucha o defensa.
- **El Sistema Nervioso Autónomo (Simpático):** cuando una persona se enfrenta a un factor estresante, el sistema nervioso simpático se activa, liberando adrenalina y noradrenalina. Esto provoca la respuesta de «lucha o huida», aumentando el ritmo cardíaco, la presión arterial y la liberación de glucosa en sangre para proporcionar energía inmediata, se dilata la pu-



pila, se estimulan las glándulas lacrimales, se inhibe la salivación, aumenta la sudoración, produce vasodilatación coronaria y redistribución sanguínea, broncodilatación, disminuye las funciones digestivas, produce glucogenólisis, hiperlipémia, aumento del metabolismo basal y aumento de la actividad mental.

- **El Sistema Nervioso Parasimpático:** Después de que pasa el evento estresante, el sistema nervioso parasimpático ayuda a restablecer la calma y el equilibrio en el cuerpo.

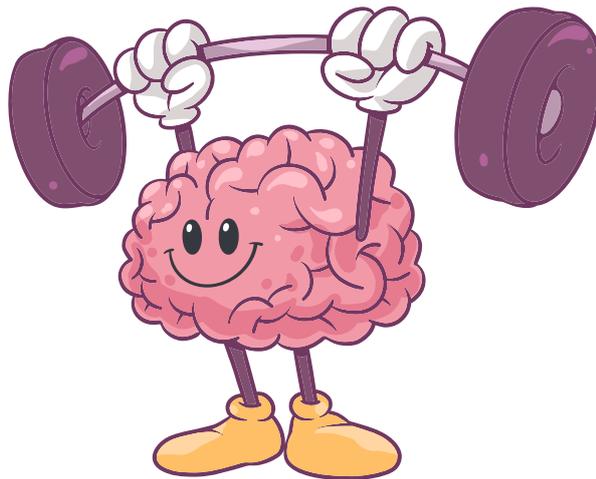


- **Eje II o neuroendocrino:** es un eje mixto, nervioso con estimulación de las glándulas suprarrenales y hormonal, con liberación en dichas glándulas de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), hormonas que como es sabido, están muy relacionadas con el estrés, ya que permiten mantener la respuesta de activación por un tiempo prolongado, suponiendo que la amenaza y el peligro persistan, viniendo en cierto modo a sustituir al eje I, ya que este se agota relativamente pronto, por ello, las acciones de este segundo eje de respuesta, son muy parecidas a las del eje I, descritas con anterioridad, produciéndose: aumento de la presión arterial, aumento del aporte sanguíneo al cerebro, estimulación de los músculos estriados, liberación al torrente sanguíneo de ácidos grasos, triglicéridos y colesterol, secreción opiáceos endógenos, aumento del riego sanguíneo en los riñones, disminución del riego sanguíneo en el aparato gastrointestinal y disminución del riego sanguíneo en la piel.

Aclarar que en las situaciones de alerta, se va a producir una redistribución de sangre hacia donde más se



necesita, como serían los músculos y el cerebro. Por otra parte, la liberación de opiáceos endógenos (endorfinas), va a permitir seguir luchando al no sentir el dolor de nuestras heridas y así sobrevivir. También indicar que la liberación al torrente sanguíneo de ácidos grasos, triglicéridos y colesterol, tiene como objetivo que estas sustancias (energéticas), pasen a las células para ser metabolizadas produciendo la energía necesaria para la lucha o huida, pero si esta no se produjese por cualquier motivo, entonces estas sustancias podrían acumularse o bien en el propio torrente sanguíneo (hipercolesterolemia, hiperglucemia), o en las paredes de los vasos sanguíneos, favoreciendo la formación de placas de ateroma (arterioesclerosis), que suponen un mayor riesgo de angina o infarto por trombosis.



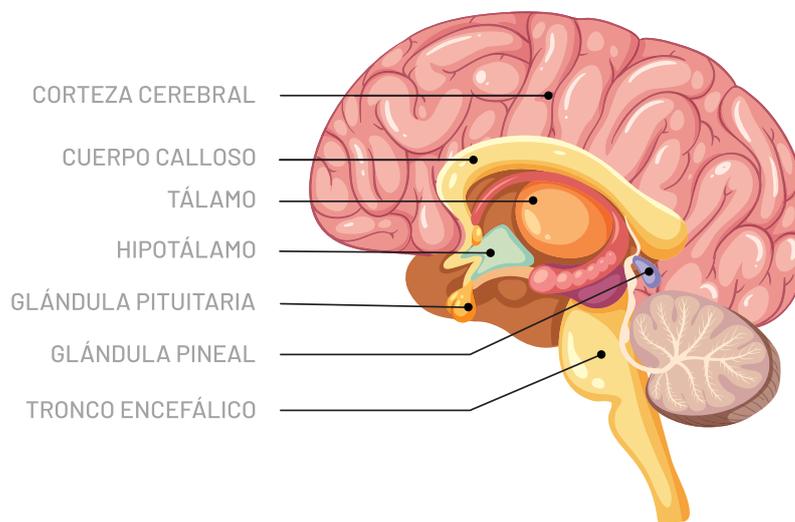
Vemos por tanto, a raíz de esto último, cómo podemos pasar de lo que sería una respuesta adaptativa (fisiológica) ante una situación estresante, que nos activa para la lucha, a otro escenario en el que la ausencia de lucha, pero con presencia de amenaza percibida, nos puede llevar a una situación no tan adaptativa, sino de tipo fisiopatológico, con repercusión en nuestra propia salud física y psíquica. Así, por ejemplo, el estrés crónico favorece además del riesgo de hipertensión en personas predispuestas, también riesgo de formación de trombos, de angina de pecho, arritmias y por tanto, un mayor probabilidad de muerte súbita, tal y como veremos más adelante.

// El estrés crónico favorece el riesgo de hipertensión en personas predispuestas, también el riesgo de formación de trombos, de angina de pecho y arritmias//



- **Eje III o endocrino:** Por último, como respuesta al estrés tendríamos la activación del Eje Hipotálamo Hipofisario Glandular. Este eje es el más lento en actuar, ya que la información viaja a través de la liberación de hormonas que circulan por el flujo sanguíneo y por tanto tardan un poco más en llevar a cabo su acción, que la información que viaja por vía nerviosa.

Se liberan multitud de hormonas que son necesarias para la respuesta estresante, algunas de ellas serían a través del eje hipotálamo hipofisario suprarrenal:



// El eje endocrino es el más lento en actuar, ya que la información viaja a través de la liberación de hormonas que circulan por el flujo sanguíneo y por tanto tardan un poco más en llevar a cabo su acción//

- **Hipotálamo:** Detecta el estrés y libera la hormona liberadora de corticotropina (CRH).
- **Pituitaria (hipófisis):** La CRH estimula la glándula pituitaria para liberar la hormona adrenocorticotropa (ACTH).
- **Glándulas suprarrenales:** La ACTH estimula las glándulas suprarrenales para liberar cortisol, una hormona que ayuda a manejar el estrés al aumentar la disponibilidad de glucosa, suprimir el sistema inmunológico y ayudar al metabolismo de grasas, proteínas y carbohidratos.

Puede parecer un contrasentido que en una situación de estrés se produzca una inhibición del sistema inmunitario, lo cual nos haría más vulnerables a contraer posibles enfermedades infecciosas, producidas incluso por las heridas recibidas de la lucha, pues bien, efectivamente el estrés lo que hace a nuestro favor inicialmente y en



buena lógica es aumentar nuestra respuesta inmunitaria, pero esto tiene que tener una limitación temporal, ya que si el estrés se hace crónico, ese incremento de actividad en nuestro sistema inmunitario podría atacar no solo a los elementos patógenos externos, sino también a las propias células de nuestro organismo y provocar así procesos autoinmunes. He aquí una posible explicación de la etiopatogenia de estos cuadros clínicos tan frecuentes en nuestro tiempo, entendiendo que el estrés sería un factor que contribuye, junto a otros en la génesis de dichos procesos.

Pues bien, el estrés crónico al producir una inhibición del sistema inmunitario, va a favorecer la aparición de problemas infecciosos, que afloran virus como el del Herpes Simplex que forma parte de nuestra propia flora y que normalmente no se manifiesta, excepto cuando aparece la referida inhibición, como consecuencia del exceso de glucocorticoides. Pero estas hormonas además de producir todos estos efectos, también afectan a nivel psíquico, provocando, por ejemplo, lo que podríamos denominar como una «pseudodepresión», en tanto que se manifiesta de forma parecida a esta (tristeza, agotamiento, etc.) pero que claramente no se trataría de una verdadera depresión, ante todo por su corta duración.

// Si el estrés se hace crónico, ese incremento de actividad en nuestro sistema inmunitario podría atacar no solo a los elementos patógenos externos, sino también a las propias células de nuestro organismo y provocar así procesos autoinmunes//

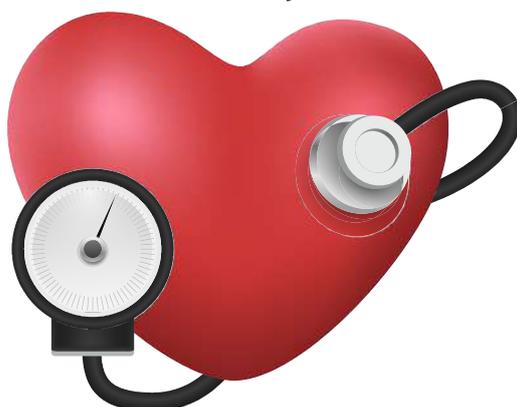




No obstante, este cuadro podría derivar en una auténtica depresión en personas que además de vivir con estrés, presentan una cierta predisposición a padecerla.

También podríamos referirnos a la glucogénesis que provocan los glucocorticoides, con la consiguiente liberación de azúcar a la sangre, pues bien, el estrés crónico y sobre todo el hecho de no entrar en acción ante lo que se percibe como un peligro, al no consumirse la glucosa en las células del organismo, hace que los niveles de la misma aumenten en sangre, pudiendo provocar en personas predispuestas, diabetes.

Otro de los ejes endocrinos que se activan, sería el eje hipotálamo hipofisario tiroideo, siendo alguno de sus efectos el estrés crónico: el aumento del metabolismo, el aumento de la tasa cardíaca y contractibilidad del co-



razón, así como el aumento de la resistencia vascular periférica, favoreciendo de esta forma la aparición de hipertensión.

La tercera conceptualización del estrés tiene que ver con la experiencia del estrés, entendido esta como un **«proceso mediado cognitivamente»**. El dilema que se plantea en este caso, es tratar de dar respuesta a una cuestión planteada con anterioridad, es decir, cómo se podría explicar el hecho de que ante un mismo estresor, dos personas puedan tener una respuesta completamente opuesta o diferente. Para explicar este hecho, tenemos que apelar a cómo procesamos la información y para ello nos basaremos en la denominada *«Teoría cognitiva de estrés»* de Lazarus y Folkman. En síntesis, dicha teoría viene a decir que el estrés surge de la evaluación que el individuo hace de la situación y de su capacidad para afrontarla.

// El estrés surge de la evaluación que el individuo hace de la situación y de su capacidad para afrontarla//



La **evaluación cognitiva** consta de dos fases:

- **Evaluación primaria:** la persona evalúa si una situación le parece irrelevante, benigna o estresante. Si la percibe como amenazante, o bien le representa un desafío o si supone una pérdida/daño. En los tres casos se considera estresante.
- **Evaluación secundaria:** el individuo evalúa los recursos de que dispone para hacer frente a la situación, haciendo incluso un cálculo automatizado de probabilidades de salir con éxito de la misma.

Afrontamiento de la situación: una vez efectuada la evaluación, lo siguiente sería decidir qué hacer. Tenemos dos estrategias básicas de afrontamiento ante una situación de estrés:

- **Afrontamiento directo:** que estaría centrado en la resolución del problema y por tanto, resolvería la propia emoción que nos provoca dicho problema. Se considera el más adaptativo. Un ejemplo sería cuando buscamos ayuda para resolver un problema que supera nuestro conocimiento.
- **Afrontamiento indirecto o defensivo:** mediante el cual, si bien no resolvemos el problema (debido a que no sabemos, no queremos o no podemos), pero si procuramos al menos salvar la emoción que nos provoca el problema. Por ejemplo, cuando tenemos una discrepancia con nuestro jefe y en vez de tratar de solucionarlo hablando con él, nos dedicamos a hacer mucho ejercicio físico para calmar la ansiedad que dicho problema nos provoca. Otras veces lo que hacemos es negar incluso el problema, salvando así la emoción.

Hay que tener en cuenta que cuando estamos en estrés, lo adaptativo es afrontarlo a ser posible de forma directa, ya que de no ser así, la señal de alarma permanece activa durante mucho tiempo, con la consiguiente activación crónica de nuestro organismo. Y ante esto, hay que dejar bien claro que nuestro organismo no está preparado para dicha activación crónica, ya que se agotaría y aparecerían las consecuencias fisiopatológicas de lo que ya denominaríamos como **«distrés»**. Este ya no sería adaptativo, sino que más bien nos puede precipitar hacia la enfermedad.

// Cuando estamos en estrés, lo adaptativo es afrontarlo a ser posible de forma directa, ya que de no ser así, la señal de alarma permanece activa durante mucho tiempo, con la consiguiente activación crónica de nuestro organismo//



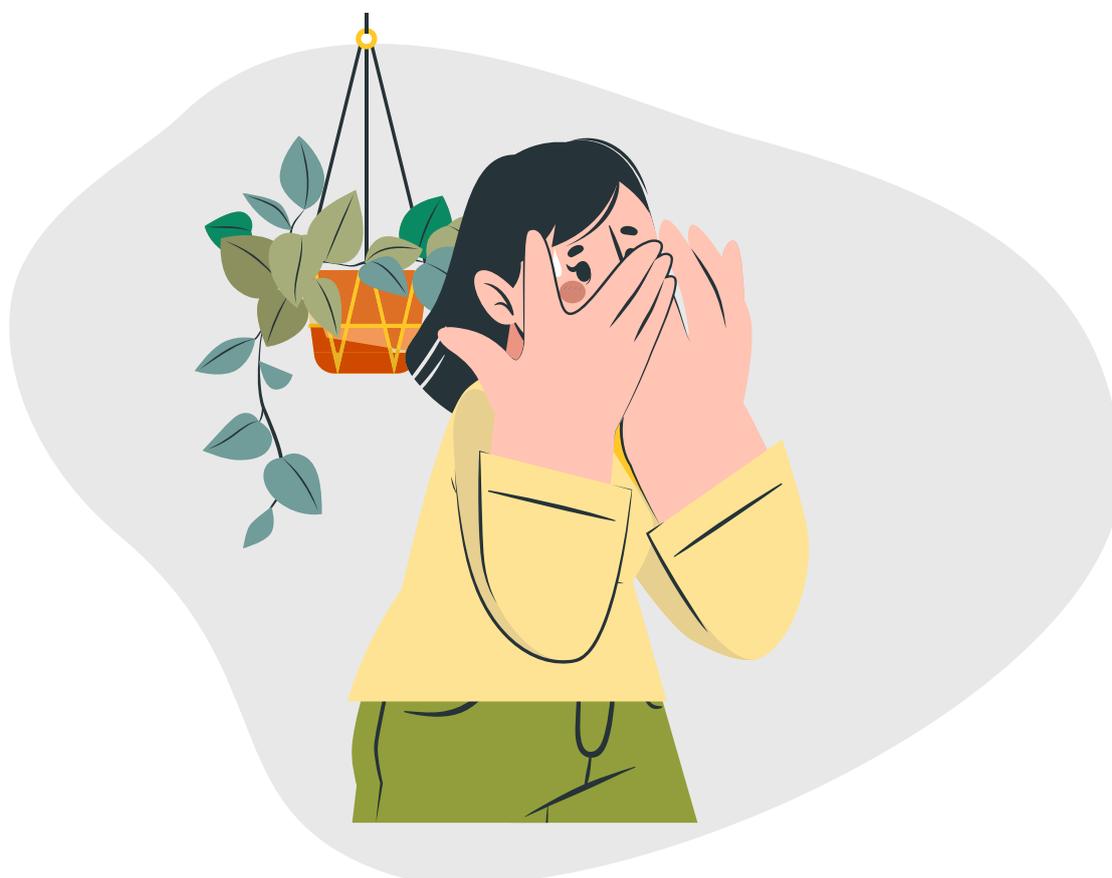
6.1 LAS CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS

Ya hemos ido adelantando algunas consecuencias del estrés, no obstante, conviene resumirlas, haciendo alguna precisión, como por ejemplo, que el estrés en sí mismo, no suele ser la causa única de las enfermedades o disfunciones que vamos a señalar, sino que más bien actuaría como factor precipitante en unos casos o como factor perpetuante en otros. Hay que tener en cuenta que todas estas consecuencias se suelen dar en un contexto de enfermedades o disfunciones que son multicausales, y en estos casos, el estrés o distrés crónico sería un factor más.

- **Consecuencias fisiológicas:** aumento de los niveles de catecolaminas, aumento de corticoides, aumento del ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial, sequedad de boca, sudoración, dilatación de pupilas, dificultad para respirar, periodos de calor o frío, nudo en la garganta, adormecimiento y hormigueo en los miembros.

Hay que aclarar que todas estas manifestaciones son fisiológicas, es decir, que forman parte del funcionamiento normal y por tanto no son patológicas.

// Las manifestaciones fisiológicas del estrés forman parte del funcionamiento normal y por tanto no son patológicas//

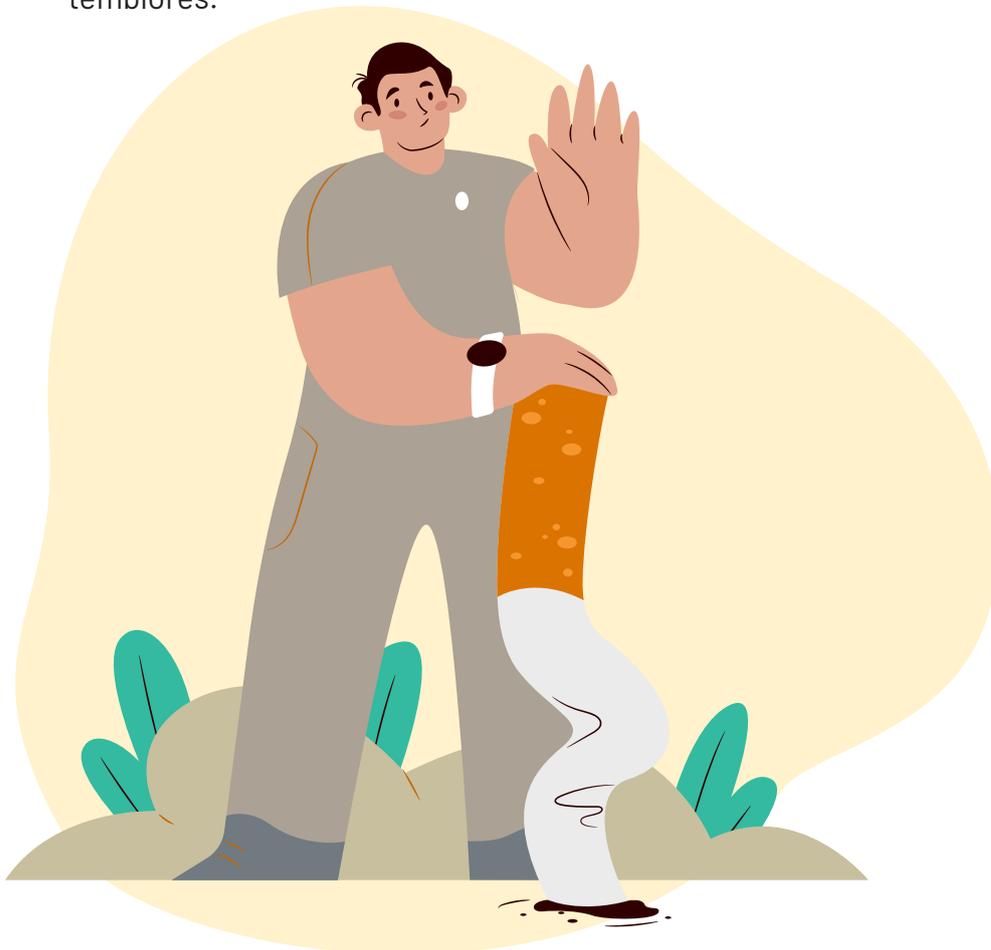




- **Consecuencias cognitivas:** tales como incapacidad de tomar decisiones, incapacidad de concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueos mentales.

También conviene aclarar que estas alteraciones cognitivas suelen ser pasajeras, recuperando la normalidad cuando cesa el estrés.

- **Consecuencias conductuales:** predisposición a accidentes, consumo de drogas, explosiones emocionales, comer en exceso, falta de apetito, beber y fumar en exceso, excitabilidad, conductas impulsivas, alteraciones en el habla, risas nerviosas, incapacidad de descansar y temblores.



Es evidente que una persona que tenga estrés no va a padecer todas y cada una de las alteraciones descritas. El que aparezcan unas u otras va a depender de muchos factores, si bien desconocidos en su mayoría, podemos aventurar que la predisposición del sujeto, podría jugar un papel importante.

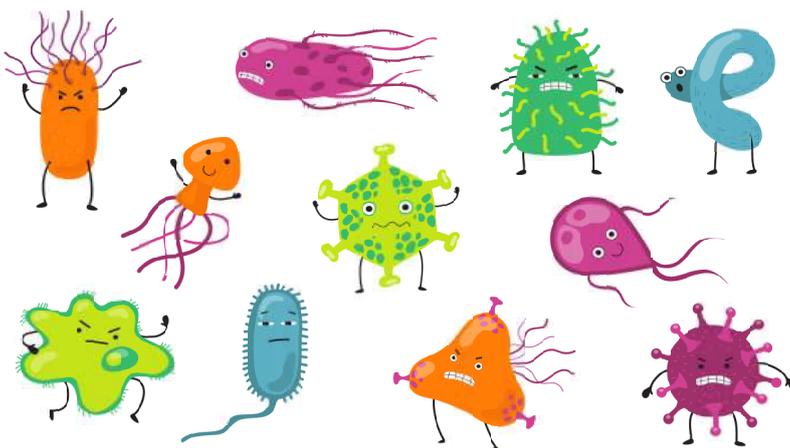


- **Consecuencias para la salud:** aumento frecuencia cardiaca, crisis asmática, amenorrea, dolor espalda y pecho, trastornos coronarios, diarrea, mareos / desvanecimiento, trastornos gástricos, poliuria, cefaleas y migrañas, trastornos neuróticos, pesadillas, insomnio, psicosis, trastornos psicósomáticos, diabetes, sarpullidos y picores, pérdida de interés sexual y debilidad

Al igual que decíamos en las consecuencias conductuales, en este caso, las enfermedades descritas como consecuencia del estrés, son enfermedades multicausales y por tanto, el papel del estrés en la etiología de las mismas, sería un factor más que contribuye a precipitar o perpetuar esa patología subyacente. Por ejemplo, el estrés puede favorecer que una persona con hiperglucemia, pase a cifras de glucosa en sangre, propias de su consideración como diabetes. También en personas asmáticas, el estrés puede favorecer que se desencadenen un mayor número de crisis. Y en personas predispuestas a sufrir brotes psicóticos, el estrés puede precipitar dicho brote, tanto en su inicio, como en brotes sucesivos.

Cada vez se presta más atención a las alteraciones digestivas relacionadas con el estrés, la importancia de la microbiota es cada vez mayor, conforme se la estudia

// Las enfermedades descritas como consecuencia del estrés, son enfermedades multicausales y por tanto, el papel del estrés en la etiología de las mismas sería un factor más que contribuye a precipitar o perpetuar esa patología subyacente//



y se obtiene evidencia científica de su **relación con la salud mental**, en un sentido amplio. Por apuntar un dato, no hay que olvidar que la mayor parte de producción de neurotransmisores como la serotonina se sintetiza en la



propia microbiota. He aquí cómo a partir de esto, podemos intuir algunos de los mecanismos fisiopatológicos en trastornos como la depresión, sobre todo aquellos tipos que cursan con depleción o bajos niveles de serotonina. El estudio de la microbiota y sus implicaciones en la salud mental, merecen cada vez más atención, siendo este un pilar básico de lo que podríamos denominar como **«nuevo paradigma en salud mental»**.

En definitiva, vamos viendo, por todo lo referido con anterioridad, la importancia del estrés en el mantenimiento de nuestro equilibrio interno, así como en la prevención de las enfermedades y disfunciones a las que venimos haciendo referencia, y como se van sentando las bases de cara a una posible intervención terapéutica.

- **Consecuencias en las organizaciones:** tales como absentismo, relaciones laborales pobres, mala productividad, altas tasas de accidentes laborales y de cambio de trabajo, mal clima en la organización, antagonismo con el trabajo, falta de satisfacción con el desempeño laboral y desarrollo del denominado síndrome del quemado en el trabajo (*burnout*).

El agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del rendimiento, constituyen la triada característica del **síndrome de *burnout***, siendo reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un fenómeno relacionado y originado en el ámbito laboral y es habitual su presencia en aquellas profesiones que suponen un alto grado de interacción con otras personas, como es el sector salud y de cuidados, en la educación y en servicios de atención al cliente.

En el caso de los cuidadores de personas mayores, este síndrome es particularmente prevalente debido a las exigencias emocionales y físicas de su labor. Los factores de riesgo serían:

- **La carga de trabajo:** Los cuidadores a menudo deben manejar múltiples tareas que pueden ser física y emocionalmente agotadoras.
- **La falta de apoyo:** La ausencia de una red de apoyo adecuada puede aumentar el riesgo de Burnout.

// El agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del rendimiento, constituyen la triada característica del síndrome de *burnout*, siendo reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un fenómeno relacionado y originado en el ámbito laboral//



- **El aislamiento social:** Los cuidadores pueden sentirse aislados debido a la naturaleza absorbente de su trabajo.
- **Los problemas financieros:** Las dificultades económicas pueden aumentar el estrés y la presión sobre los cuidadores.
- **Las expectativas personales:** La autocrítica y las altas expectativas personales pueden contribuir al agotamiento.

Las repercusiones del *burnout* son tanto para el cuidador, con pérdida de la salud física y mental, deterioro de la calidad de vida y conflictos familiares, como para la persona cuidada, con menor calidad de atención, aumento del riesgo de abuso o negligencia y deterioro del vínculo cuidador-paciente.

- **Consecuencias sociales del estrés:** podemos incluir en este apartado el impacto que el estrés puede tener en la dinámica familiar, pudiendo provocar tensiones en la pareja, hijos y convivientes. A un nivel más amplio, el estrés puede llevar a

// Las repercusiones del *burnout* son tanto para el cuidador, con pérdida de la salud física y mental, deterioro de la calidad de vida y conflictos familiares, como para la persona cuidada, con menor calidad de atención//



una menor participación comunitaria, produciendo falta de cohesión social.

También podemos señalar una repercusión económica, tanto por las numerosas bajas laborales que continuamente se producen, con un elevado coste sanitario y



social. Por todo ello, podemos afirmar que la **inversión para la prevención del estrés**, resultaría rentable a todas luces, mejoraríamos la productividad (se estiman pérdidas del 10-15% del PIB global), se reduciría el absentismo laboral con una notable reducción de costes, asimismo se podría reducir la rotación laboral derivada de la insatisfacción y desmotivación, se reducirían los costes en salud pública y de primas de seguros, etc. La Organización Internacional del trabajo (OIT) ha estimado que las pérdidas económicas globales derivadas de la salud mental y del estrés laboral podría alcanzar la cifra de 1 billón de dólares anuales en concepto de pérdida de productividad.

// La inversión para la prevención del estrés resultaría muy rentable, mejoraríamos la productividad, se reduciría el absentismo laboral, se podría reducir la rotación laboral derivada de la insatisfacción y desmotivación, bajarían los costes en salud pública y primas de seguros, etc.//

6.2 LA TRANSICIÓN A LA ENFERMEDAD_

Es difícil establecer una única teoría que pueda explicarnos el paso de lo **fisiológico**, lo que denominamos como estrés adaptativo, al siguiente paso que sería lo **fisiopatológico**, que venimos denominando como **distrés**, para pasar a lo puramente **patológico** (enfermedad). Esa transición se puede explicar desde teorías biologicistas, o bien teorías de base social teniendo en cuenta el nivel socioeconómico, o teorías comportamentales, teorías psicoanalíticas, cognitivas, psi-





cosomáticas, psiconeuroendocrinas, evolutivas, teorías de la personalidad, etc. No puede ser objeto de este capítulo hacer un repaso por todas ellas, ya que nos llevaría mucho tiempo, espacio y profundidad argumental. No obstante y con el ánimo de dar una versión simplificada, aunque no excluyente, ya que todas las teorías aportan su grano de arena, me gustaría apoyarme en un aspecto de la teoría *Freudiana*, que es lo que algunos denominan como su **visión continuista**, que desarrolla principalmente en su obra *La interpretación de los sueños*.

Dicha visión viene a decir que la línea entre lo normal y lo patológico no es rígida y que entre ambos aspectos no hay diferencias cualitativas, sino cuantitativas o de grado. Un buen ejemplo de la transición de lo normal a lo patológico sería la ansiedad, ya que esta forma parte de la vida normal y en este caso le llamaríamos estrés, pero cuando este se intensifica porque el individuo este pasando una crisis y las manifestaciones del estrés se afianzan y tienden a cronificarse y estabilizarse en un grado de activación superior y por eso ya nuestro sistema nervioso simpático deja de activarse y desactivarse, como sería lo normal, sino que permanece activo al igual que el eje endocrino, que produciría una liberación excesiva de hormonas, dando todo ello lugar a que se configure un cuadro clínico con intensidad sintomática, estable y permanente al que ya no le llamaremos estrés, sino que lo denominaremos **«Trastorno de ansiedad»** y apelaríamos a los criterios diagnósticos DSM o CIE para filiarlo, y que por supuesto va a ser susceptible de tratamiento farmacológico, psicoterapéutico o bien mixto.

Es arriesgado para el que suscribe este texto decantarse por esta visión freudiana, cuando vivimos en pleno auge de la biología y las neurociencias, pero como diría mi maestro, el añorado Profesor José María Morales Meseguer, cuando se refería a Freud y su teoría, «*es fácil ver el horizonte a los hombros del gigante*» (expresión atribuida a Bernardo de Chartres y posteriormente a Isaac Newton, 1675).

// La línea entre lo normal y lo patológico no es rígida y que entre ambos aspectos no hay diferencias cualitativas, sino cuantitativas o de grado//



6.3 HACIA UN NUEVO PARADIGMA EN SALUD MENTAL

Afortunadamente se avecinan cambios en el enfoque terapéutico vigente hasta ahora. Los avances en neurociencias, las evidencias sobre los procesos de neurogénesis, es decir, el proceso por el que se generan nuevas neuronas en el cerebro y su relación con el ejercicio físico, los estudios sobre la microbiota y su relación con la salud mental, la importancia de la psicoeducación, los cambios de estilos de vida y adquisición de comportamientos saludables, la alimentación equilibrada mediante una dieta mediterránea, la gestión de nuestros pensamientos automáticos, la reducción del estrés, favorecer el contacto social, una adecuada higiene del sueño, la estimulación cognitiva, un mayor control sobre la prescripción de psicofármacos, los entornos saludables en el trabajo y en el ámbito familiar, el medio ambiente, la educación financiera, el control de las adicciones y las nuevas tecnologías, etc., son elementos que pasan a un primer plano a través de lo que podríamos denominar como **nuevo paradigma** en salud mental. De hecho, muchos centros de salud mental en Estados Unidos están sufriendo una transformación radical con respecto al modelo clásico de atención y esta pasa en primer lugar por una visión más integral y humanista de la salud mental, alejándose de la estigmatización y de los enfoques exclusivamente clínicos y centrados en el diagnóstico. Algunos aspectos de este cambio serían:

- Los procesos de desestigmatización y una mayor conciencia pública de los problemas relacionados con la salud mental. Campañas como *Mental Health Awareness Month*, han contribuido en este proceso. Ahora, hablar de bienestar y de salud mental, empieza a ser considerado como normal.
- El mayor acceso a servicios de salud mental, aunque dicho acceso sigue siendo una asignatura pendiente en nuestro país.
- Un mayor enfoque en la prevención y la atención temprana, en vez de centrarse únicamente en el tratamiento cuando ya ha aparecido la crisis. He aquí la importancia de los programas de educación sobre salud mental en el ámbito escolar y académico, con la adquisición de habilidades para el manejo del estrés y las emociones, promoviendo la resiliencia en los menores.

// El nuevo paradigma en salud mental pasa en primer lugar por una visión más integral y humanista de la salud mental, alejándose de la estigmatización y de los enfoques exclusivamente clínicos y centrados en el diagnóstico//



- Promover e incorporar los enfoques holísticos e integradores. El establecimiento de programas de ejercicio físico prescrito y puesto en marcha por entrenadores especializados que formarían parte esencial del equipo de salud mental. Otro tanto está ocurriendo con la incorporación de los nutricionistas a dichos equipos, ante la evidencia del papel de la microbiota en la producción de neurotransmisores, que son absolutamente fundamentales para el funcionamiento de nuestro sistema nervioso y el mantenimiento del equilibrio psicológico. La integración de salud mental en los entornos de atención primaria también constituye una tendencia.
- Los avances en investigación y tratamientos basados en la evidencia. La investigación y el desarrollo de nuevos tratamientos más eficaces y personalizados, junto a los avances en psicoterapia, está ofreciendo nuevas opciones a aquellos que no respondían a los enfoques tradicionales.

En definitiva, estamos ante un nuevo reto en este proceso de transformación, siendo responsabilidad de todos llevar a cabo la misma, considerando normal lo que hasta hace poco se consideraba como algo que se debía ocultar por el temor al rechazo social que en muchos casos suponían los problemas de salud mental. Bienvenida sea la normalización y la integración. Es de justicia.





7 LA BUENA COMUNICACIÓN Y LA COMUNICACIÓN BUENA EN EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES.

César García-Rincón de Castro

Cuando hablamos de una comunicación de calidad, de una buena comunicación, nos estamos refiriendo sobre todo a una calidad humana y emocional, a una comunicación buena, que procura el bien del mayor, y no tanto a una calidad lingüística o técnica. Los procesos comunicativos con el mayor, y más con el mayor enfermo o con diferentes grados de necesidad, requieren una comunicación adaptada a sus condiciones físicas y psíquicas. Hablar a un mayor con pérdida auditiva, por ejemplo, requerirá que le hablemos de frente, con una cercanía respetuosa, con tono de voz amable y audible, pero sin gritar, y con destrezas no verbales (comunicación no verbal) para complementar y reforzar el lenguaje verbal.

Como nos recuerda Rosario Paniagua¹, «es muy conveniente, antes de hablar, dejarse ver, acercarse, establecer contacto físico y colocarse frente. La interacción con la persona que le cuida, con la familia, es la única posibilidad que tiene el enfermo (el mayor) de comunicarse, de conectar con el entorno y con el mundo exterior, de salir de su mundo limitado, evitando de esta manera el aislamiento y la desvinculación».

// Los procesos comunicativos con el mayor, y más con el mayor enfermo o con diferentes grados de necesidad, requieren una comunicación adaptada a sus condiciones físicas y psíquicas//

7.1 RECORDANDO EL PROCESO COMUNICATIVO_

En todo proceso o situación comunicativa hay, generalmente, dos roles sociales, que son el EMISOR y el RECEPTOR. Dichos roles, emisor y receptor, se intercambian entre los interlocutores, de tal modo que el intercambio da lugar a la comprensión mutua, el entendimiento, a la interacción positiva con diferentes objetivos. Un objetivo esencial del cuidador será detectar y atender las necesidades del mayor a cuidar, tanto las expresadas verbalmente como las

1 Paniagua Fernández, R. (2012). *Las personas mayores. Aproximación a una realidad*. Madrid, Ed. El Perpetuo Socorro.



expresadas de modo no verbal, y ello lo hará, sobre todo, desde el rol de RECEPTOR, desde la escucha activa, herramienta clave de la que hablaremos luego.

La comunicación admite varios soportes y formatos (escrita, digital, visual, expresiva, auditiva, kinestésica), si bien en el caso de los mayores a nuestro cuidado, la comunicación va a ser sobre todo:

- a) **AUDITIVA:** usando la voz y las palabras. Habrá de ser una voz amable, respetuosa, audible, con un ritmo adecuado para que pueda ser comprendida y nunca infantilizada, enojada o autoritaria. Estamos hablando a personas adultas, *los mayores no son como niños*.
- b) **VISUAL:** el lenguaje no verbal o gestual es un lenguaje sobre todo visual, que ayuda en la comprensión y uso-aplicación adecuada del mensaje. Pero también podemos jugar con elementos del entorno, por ejemplo, señalando cosas u objetos que el mayor nos puede estar solicitando, pero que no pronuncia correctamente por su posible discapacidad en la dicción-emisión de la voz.
- c) **KINESTÉSICA:** esta es muy importante, porque implica el tacto, el contacto físico, las caricias, el abrazo, los cuidados físicos y de aseo personal, etc. Coger las manos al mayor mientras le vamos a decir un mensaje importante, y con el tono y dicción adecuadas, hará que lo comprenda y acepte mejor.





Finalmente, no olvidemos que en todo proceso comunicativo hay *barreras*, tanto *externas* (como el ruido de la calle, la televisión a volumen alto, estar pendiente del smartphone, etc.) como *internas* (emociones, preocupaciones del cuidador, etc.), así como barreras *fisiológicas* del propio mayor (diversos grados de pérdida auditiva y visual, pérdida de memoria, dificultad de pronunciar palabras, etc.) que habremos de identificar y tener en cuenta para que interfieran lo menos posible en la eficacia y calidad del proceso comunicativo.

7.2 LA EMPATÍA: ESA GRAN ALIADA DE LOS CUIDADOS Y TAMBIÉN DE LA COMUNICACIÓN DE CALIDAD

Hablábamos en el apartado anterior de las barreras en la comunicación, y la necesidad de identificarlas para que nos interfieran lo menos posible. Pues bien, hay *una receta que no falla*, y se llama empatía. La empatía se conoce popularmente como «ponerse en los zapatos del otro, en el lugar del otro». Seguramente habremos escuchado la frase-proverbio que dice «antes de juzgar a alguien prueba a caminar un kilómetro con sus zapatos».

¿En qué consiste la receta de la empatía, aplicada a la comunicación? Muy sencillo: consiste en que antes de dar un mensaje importante o de iniciar el proceso comunicativo en torno a un tema o asunto, hagamos un *diálogo imaginario con nuestro interlocutor*, poniéndonos en su lugar. Podemos pensar, ¿Si yo fuera el mayor, cómo me gustaría que me dijese esto para comprenderlo bien? ¿En qué momento y de qué manera, con qué tono de voz? ¿Qué sentimientos experimenta una persona mayor cuando le dan tal o cual mensaje? Bien, en este ejercicio del diálogo imaginario, hacerse esas preguntas nos ayudará a calibrar el mensaje y la actitud adecuada en el mismo, facilitando la buena comunicación.

Si es importante la empatía antes del proceso comunicativo, también lo es durante el proceso comunicativo, porque *la empatía refleja comprensión, cuidado, atención, respeto*, y además el mayor lo nota, nota si estamos realmente implicados humanamente en su cuidado, o lo hacemos por mera obligación, porque no nos queda más remedio. Y cuando no hay empatía sufrimos todos, sufre el mayor y sufre el cuidador. Contrariamente a lo que se piensa o se difunde, la empatía bien asumida y aplicada, la empatía que no es *dependencia emocional*, es un protector psicosocial, porque evita la despersonalización, el burnout (síndrome del cuidador quemado) y nos alinea existencialmente con nuestros valores y principios, con nuestra misión y sentido de la vida.

// La empatía refleja comprensión, cuidado, atención, respeto. Todo ello el mayor lo nota, nota si estamos realmente implicados en su cuidado, o lo hacemos por mera obligación, porque no nos queda más remedio//



En algún momento, y por *salud psicosocial del cuidador*, habremos de tener *momentos de desconexión o defusión emocional* para recargar las pilas, la energía vital, y no debemos sentirnos culpables por ello: lo hacemos por nuestro bien y por el del mayor. Es lo que se llama regulación de la distancia empática. Incluso, durante los cuidados, podemos regular nuestra empatía con mayor o menor medida, en función de las tareas. En general, las tareas de cuidado que requieran más concentración por nuestra parte, en las que la razón debe seguir un protocolo adecuado, es mejor hacerlas desde nuestra *capacidad ejecutiva-racional*, dejando a un lado lo emocional si ello puede interferir en la calidad de la destreza.

7.3 ESCUCHAR SENTIMIENTOS Y NECESIDADES: LA ESCUCHA SANADORA Y EFICAZ

Del mismo modo, *nuestro fonendoscopio interior o psicológico* sirve para escuchar de verdad lo que importa, es decir, las emociones y sentimientos, el corazón de las personas y las realidades, el interior en definitiva. En un mundo que no escucha o que escucha sólo lo superficial, hablamos de una escucha auténtica y profunda. El fonendoscopio, como veremos ahora, *tiene dos modos de escucha: el modo membrana* (círculo grande) y el *modo campana* (círculo pequeño). Con un modo u otro, escuchamos diferentes tipos de sonidos o frecuencias, y en nuestra metáfora lo podemos relacionar con hacer un tipo de *pregunta abierta* (frecuencias largas del círculo pequeño) o *pregunta cerrada* (frecuencias cortas del círculo grande).

Si nos fijamos en las diferentes partes que tiene un fonendoscopio y las funciones de cada parte, podemos completar muy bien la metáfora del fonendoscopio interior (García-Rincón, 2018)² que nos va a ser de mucha utilidad en nuestra tarea de cuidadores de personas mayores:



2 García-Rincón de Castro, C. (2018). *El fonendoscopio de la escucha*. En *El Señor de las Metáforas. Ideas y conceptos para mejorar realidades y crear posibilidades*. Madrid, Prosocialia



1. **Membrana.** La membrana funciona igual que un micrófono y sirve para captar las vibraciones del sonido y hacerlo circular por los tubos hasta nuestros oídos. Debemos ser *sensibles, como la membrana, a las emociones y el mundo interior del mayor* o de la realidad, para poder escuchar bien todos los matices y detalles de dicha realidad. Además, la membrana es la que capta las frecuencias altas (longitudes de onda más cortas). Esto puede servir, por ejemplo, para *auscultar las necesidades del mayor con preguntas más breves y concretas* (datos, detalles, etc.), lo que se llama en psicología preguntas cerradas.
2. **Campana.** La campana del fonendoscopio sirve para escuchar las frecuencias más bajas (longitud de onda larga), y esto en nuestra metáfora se haría *formulando preguntas abiertas*, aquellas en las que la persona tiene que expresarse más y le dejamos más tiempo para responder, contar cómo se siente, etc.
3. **Ojivas.** Se introducen directamente en las orejas de la persona que escucha, como si fueran unos walkman o auriculares, para poder aislarse del ruido exterior y concentrarse bien en lo que deseamos escuchar. Todo esto es importantísimo en la escucha activa y profunda: *saber atenuar los ruidos (internos y externos) y focalizarse en el mayor* y su mundo interior, sus ideas, valores, emociones, vivencias.
4. **Canales.** El fonendoscopio tiene dos canales, es *binaural*, es decir, escuchamos en estéreo. Un canal va al oído izquierdo y otro al derecho. *Ambos oídos están conectados de forma cruzada con los hemisferios cerebrales: oído izquierdo con hemisferio derecho y viceversa.* De modo que *el fonendoscopio activa nuestras emociones y nuestras razones*, nuestro hemisferio derecho y el izquierdo. Esto es muy importante para la escucha, porque debemos escuchar a la vez razones y emociones, pero saber analizarlas por separado, para comprender mejor al otro y poder ayudarle mejor también.

// Debemos ser sensibles a las emociones y el mundo interior del mayor o de la realidad, para poder escuchar bien todos los matices y detalles de dicha realidad//

Lo mismo que los médicos utilizan el fonendoscopio para curar y sanar a las personas, como instrumento de diagnóstico eficaz, *la escucha activa nos ayuda a comprender mejor las necesidades y dolencias emocionales y vitales del mayor*, y desde ahí, le podemos ayudar mejor. Pero además, desde el punto de vista psicológico, la propia escucha ya es sanadora y reparadora para la persona escuchada: poder hablar de su vida, sus dolencias, sus sentimientos, con tiempo y confianza, sentirse realmente escuchado y comprendido, es una de las mejores terapias que existen.



DECÁLOGO DE LA ESCUCHA HUMANISTA

Visto el fonendoscopio como metáfora de la escucha, vamos a resumir en un *Decálogo de la Escucha Humanista* (García-Rincón, 2019)³ algunas actitudes y consejos prácticos, tras la experiencia del autor como voluntario y acompañante de procesos de voluntariado y cuidado durante más de 25 años, para una escucha realmente activa y sanadora en el cuidado en general, y en cuidado de los mayores en particular:

1. *Escuchar es dejar por un momento nuestro mapa de pensar e interpretar la realidad, y cruzar hacia el mapa y el territorio mental y emocional del otro. Es, de algún modo, ponerse en camino hacia el encuentro del otro, sin mucho equipaje mental y racional, el justo para comprender lo que nos dice, saliendo de nuestra zona de confort de ideas, palabras y marcos de pensamiento habituales, con cierto espíritu de viajero que se deja sorprender y callejea por la realidad del otro.*
2. *Escuchar es dejar que el otro sea el protagonista de la escena, pero ello no significa asumir un rol de espectador pasivo,*

// Escuchar es dejar por un momento nuestro mapa de pensar e interpretar la realidad, y cruzar hacia el mapa y el territorio mental y emocional del otro //



3 García-Rincón de Castro, C. (2019). *Comunicación interpersonal*. Plataforma Moodle del proyecto formativo Talante Solidario (www.talantesolidario.org). Fundación FADE, Murcia.



sino más bien de compañero/a de reparto que da sentido al discurso o relato del otro y lo anima con preguntas y gestos de aceptación de lo que cuenta, y también de sana confrontación e inteligente diálogo y aportación en la medida que sea necesario para ayudar al otro.

3. *Escuchar es mojarse por y con el otro*, es muchas veces aguantar el chaparrón del dolor y el sufrimiento ajeno del que muchos huyen y se resguardan en las casas de su yo, es quitarse el paraguas protector ofreciendo calor y resguardo emocional con palabras de ánimo, consuelo, aceptación y comprensión. Es compartir la lluvia y los charcos, a veces incluso con buen humor, y poder celebrar juntos en otro momento que siempre sale el sol.
4. *Escuchar es acoger al otro con un corazón sincero y hospitalario*, es decir, como buen hospedero/a emocional, invitarlo a nuestra sala de estar interior, haciendo que se sienta «como en casa», y ofreciéndole de nuestra *despensa de palabras y gestos humanos* que pueda satisfacer sus necesidades físicas y psicológicas.

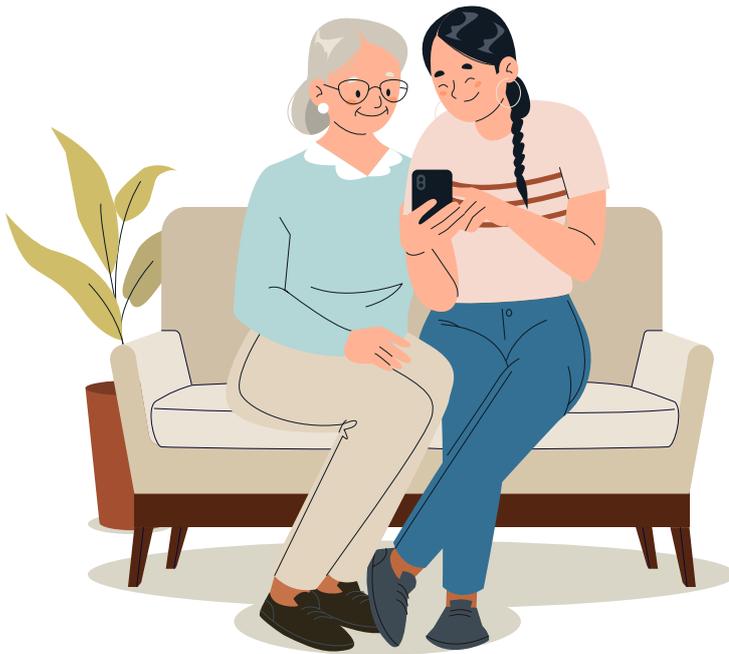


5. *Escuchar es practicar una ética del cuidado, siendo conscientes de la fragilidad del otro al exponerse ante nosotros*, al contarnos sus problemas y su vida, al confesarnos sus preocupaciones, sus dolencias, incluso alguna información confidencial. Es ser cuidador/a que tiene a mano un *botiquín de palabras tiritita*, que utiliza la *escucha como bálsamo y caricia* que mejora el bienestar del otro.
6. *Escuchar al otro es reverberar interiormente*, más que una escucha profesional y aséptica, absorbente y opaca como en una cabina de audiometría, *la escucha en relación de ayuda*



y cuidado nos reverbera y resuena como en una catedral, nos deja ecos e interpelaciones, hace vibrar las frecuencias de nuestros valores y opciones, activa nuestras emociones, nos impulsa a seguir vibrando y resonando por un mundo y una vida mejor para el mayor.

7. *Escuchar es despejar el camino hacia el bienestar*, porque a medida que escuchamos y lo hacemos en compañía andando por el camino del otro, con los zapatos del otro, hacia el objetivo de su mejoramiento y bienestar, vamos acercándonos más y superando barreras: del desconocimiento al conocimiento auténtico del otro, de la generalización del problema a saber cómo vive el otro su problema de forma única, de la desconfianza y precaución inicial a la confianza y cooperación, de la incertidumbre y generalidad lingüística inicial a la familiaridad y entendimiento en el lenguaje y significados compartidos.



8. *Escuchar es bailar la canción del otro con el otro*, como pasaba antiguamente en las verbenas y bailes populares, sacar a bailar a alguien era mostrar interés por esa persona y hacerla sentir importante, acompañarse con ella, y compartir emociones, y también conversación durante el baile. Saber escuchar es amoldarse al movimiento, velocidad, ritmo y canción del otro: ritmo de habla, ritmo de movimientos. Cuando ajustamos nuestro ritmo al del otro, también se ajustan nuestros ritmos cardíacos, y sintonizamos mejor, dicen los expertos en comunicación.



9. *Escuchar es sintonizar la emisora del otro.* Como quien busca una emisora de radio, implica un tiempo inicial de ajuste y calibración de la sintonía y el programa vital del otro, de sus frecuencias existenciales, hasta que desaparecen los ruidos e interferencias. A veces no es fácil porque hay ruidos externos, porque ese día tenemos ruidos e interferencias internas, pero, como hacemos con la radio, nos cambiamos de sitio para recibir mejor la señal del otro, o incluso aceptamos que hoy no estamos preparados para una buena conversación, y la posponemos para otro momento.



10. *Escuchar activamente es crear una historia con argumento.* Más que hablar por hablar de temas inconexos, es buscar un hilo conductor compartido y acordado en torno al cual podamos organizar el discurso, las palabras clave, los acentos o puntos de inflexión emocional, una cierta lógica narrativa que ayude a los interlocutores a mantener la atención y la comprensión mutua. Se puede llevar un guión más o menos estructurado en el cuidado, pero hay que estar abiertos a la creación y recreación del mundo vital del otro mediante sus palabras, pedirle su opinión y participación en la autoría del proceso de ayuda, en la medida de lo posible su *autonomía* y *protagonismo*.

// Escuchar activamente es crear una historia con argumento. Es buscar un hilo conductor compartido y acordado en torno al cual podamos organizar el discurso//



7.4 CLAVES PRÁCTICAS PARA UNA COMUNICACIÓN DE CALIDAD VERBAL Y NO VERBAL EN EL CUIDADO DE LOS MAYORES_

Siguiendo las orientaciones que nos ofrece Rosario Paniagua (2012)⁴, vamos a concluir todo lo comentado anteriormente con una serie de consejos y listas-recordatorio práctico a tener en cuenta. Recomendamos tenerlas cerca o a la vista para consultarlas cuando sea preciso, cuando tengamos algún conflicto o dificultad comunicativa con el mayor a quien cuidamos, o simplemente para repasarlas y que no se nos olviden.

DIEZ CLAVES PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN CON EL MAYOR, ESPECIALMENTE EL MAYOR ENFERMO.

- Hablar de frente, que nos pueda ver y comprender.
- Hablar despacio, sin correr, enfatizando lo que sea necesario.
- Hablar suavemente, con tono emocional amable y cercano.
- Hablar sonriendo, transmitir alegría y bienestar.
- Hablar de uno en uno en caso de estar varias personas.
- Hablar con claridad, con lenguaje claro y comprensible.
- Hablar con gestos reforzadores.
- Hablar a un adulto, no infantilizar al mayor.
- Hablar proponiendo, consultando en la medida de lo posible.
- Hablar con amor, aprecio y respeto.

SEIS PAUTAS COMUNICATIVAS PARA GENERAR TRANQUILIDAD Y BIENESTAR EN EL MAYOR ENFERMO.

- Nombrar frecuentemente su nombre.
- Nombrar día, hora, mes y año en que se está.
- Nombrar a personas queridas.
- Nombrar lugares conocidos.
- Nombrar palabras que despierten sonrisas y humor.
- Nombrar aficiones y gustos del mayor.

4 Paniagua Fernández, R. (2012). *Las personas mayores. Aproximación a una realidad*. Madrid, Ed. El Perpetuo Socorro.



SUGERENCIAS DE COMUNICACIÓN CON EL MAYOR MÁS ALLÁ DE LA PALABRA.

- Audición de música.
- Recitación de poemas de su agrado.



- Ayudarle a escribir una carta o enviar mensajes a amigos y familiares.
- Bailes sencillos.
- Ver y comentar juntos una revista de su interés.
- Cantar canciones conocidas.
- Ver juntos una película de su interés (no muy larga) o programa.
- Juegos de mesa.
- Olores y aromas de su agrado.
- Voces de familiares en mensajes de voz, etc.

TRES PAUTAS-CONSEJOS COMUNICATIVOS EN EL CASO DE MAYOR CON ALZHEIMER

- En las primeras fases hay una pérdida de vocabulario y le cuesta la construcción de frases. Consejo: evita las conversaciones extensas.
- En las siguientes fases a penas puede expresar unas cuantas frases seguidas, ha olvidado gran parte de su vocabulario y repite palabras patrimoniales de su acervo sentimental: madre, pueblo, etc. Consejo: apóyate en esas palabras importantes.



- Más adelante ya no conoce, pero se da cuenta de la persona que le cuida y le quiere. Yo no habla, pero aprecia mucho el tacto. Consejo: es el momento de la compañía silenciosa, estar junto a él, comunicar desde la presencia positiva y sanadora.

RESPUESTAS PRÁCTICAS ANTE LAS DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN QUE PRESENTA EL MAYOR CON ALZHEIMER

DIFICULTAD	RESPUESTA PRÁCTICA
El mayor no dice la palabra precisa.	Facilitar la comunicación verbal, que aún es factible. Si tiene dificultad para designar objetos o cosas, se le indica que los señale, y a continuación se nombra lo que señala.
El mayor presenta dificultad para expresar sus pensamientos, los resume en pocas palabras.	Asegurarle que se le ha comprendido, preguntándole y ayudándole con paciencia, y se le devuelve claramente lo que él no pudo expresar.
El mayor usa una palabra por otra.	No hay que corregirle sistemáticamente, sino hacerle ver que se le ha comprendido. Esto le reforzará mucho para que siga comunicando.
El mayor se detiene en medio de una frase.	Darle tiempo para que la termine, no meterle prisa.
El mayor emplea frases hechas o palabras sueltas.	Hay que tratar de entender desde el contexto, tratar de captar su pensamiento y obtener la información que él no es capaz de facilitar.



CONSEJOS EN PRIMERA PERSONA

APORTADOS POR UNA PERSONA MAYOR Y ENFERMA

Cuando entres en mi habitación, cuenta conmigo antes de empezar a organizarla (subiendo persianas, ventilando, haciendo la cama, ordenando..) ... Es más delicado preguntar «¿qué necesitas?» y con mano izquierda -después de escuchar lo que quiero- preguntar: «¿quieres que te haga la cama? ¿Te va bien si ventilo un poco?...»



Me ayuda si me animas, aunque sea en detalles pequeños: «Tómate la medicación y me dices si has mejorado. Si puedes dormir, seguro que te vas a encontrar mejor».

Cuando me encuentro mal, con mucho dolor, la verdad que pierdo un poco la capacidad de decidir, en los temas ordinarios (cuándo hacer alguna gestión, comidas...) y los más extraordinarios (cómo decidir qué hacer: hablar con un médico, acudir a la consulta, ir a urgencias...). Por eso es bueno y agradezco mucho que te adelantes y me ayudes a decidir, contando conmigo.

Me puedo sentir desbordada cuando recibo visitas de muchas personas a la vez, prefiero de una en una.

Si vienes a verme o a estar un rato conmigo, acude con una actitud abierta a la escucha: si me encuentro mal, a veces, solo con compartirlo y desahogarme, me sentiré un poco mejor.

Y sobre todo, gracias por estar a mi lado. Porque esa presencia es la mejor medicina para llenar de vida cada día.

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS
PARA EL CUIDADO DE NUESTROS MAYORES
EN EL ENTORNO FAMILIAR

UN PROYECTO
DE LA FUNDACIÓN FADE

TERCERA PARTE

ORIENTACIONES
Y RECURSOS
PARA CUIDAR Y
CUIDARSE /





8 LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS ALIADAS DEL VOLUNTARIADO, PARA FOMENTAR EL ENVEJECIMIENTO RESILIENTE CON UN ENFOQUE PARTICIPATIVO.

María Trinidad Herrero Ezquerro

El aumento de la esperanza de vida a nivel mundial ha aumentado de forma considerable y lo seguirá haciendo. Sin embargo, en una sociedad inclusiva es necesario que la población mayor de 65 años viva con la mejor calidad de vida posible que le pueda dispensar, no solo el avance de la investigación biomédica sino también el apoyo y aplicación de la innovación en nuevas tecnologías (Finch, 2009).

Gracias a estos avances, los estándares de vida cotidiana de los mayores pueden mejorar y además es posible detectar, de forma automática o semiautomática y precozmente, el comienzo de la pérdida de las capacidades físicas, del equilibrio emocional y/o las mínimas alteraciones intelectuales. También proporcionan la posibilidad de actuar en los estadios iniciales de las fluctuaciones de la memoria y de los cambios cognitivos que pueden desencadenar futuros cuadros de las enfermedades neurodegenerativas más prevalentes, como la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Párkinson. Prevenir y retrasar los efectos perjudiciales del envejecimiento cerebral fisiológico incluye el control de las alteraciones cardiovasculares (secundarias a hipertensión, diabetes, niveles altos de colesterol, sedentarismo y obesidad), el seguimiento de la disminución de las funciones sensoriales básicas como las del oído, de la vista o del gusto, así como también el control de los dolores musculares y/o articulares, la labilidad emocional, la ansiedad, las alteraciones del sueño, la pérdida de memoria progresiva, la falta de concentración y la alteración de las funciones ejecutivas y cognitivas (Negash et al., 2011).

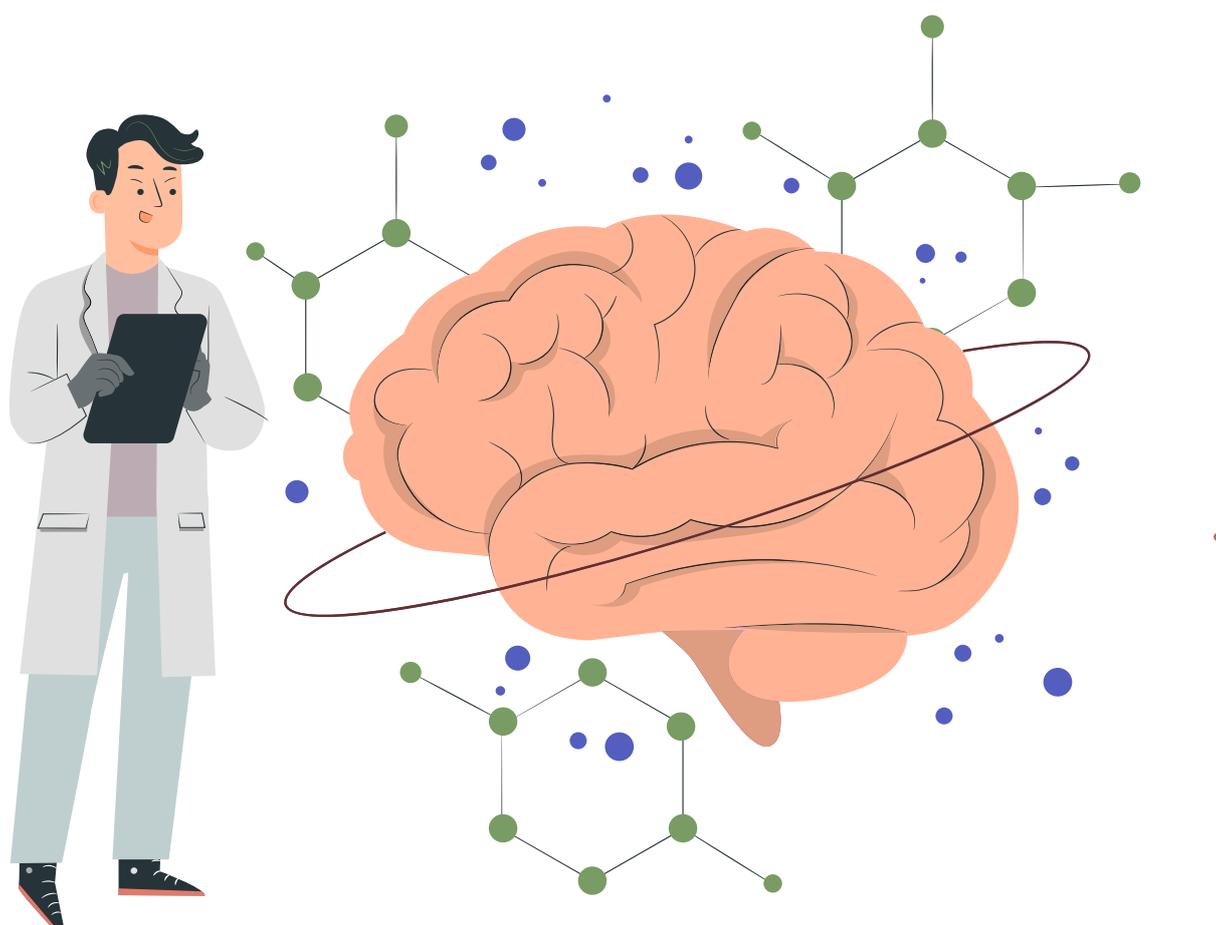
Todos estos factores relacionados con la salud física son inherentes a otros factores interseccionales como los aspectos socia-

// En una sociedad inclusiva es necesario que la población mayor de 65 años viva con la mejor calidad de vida posible que le pueda dispensar, no solo el avance de la investigación biomédica sino también el apoyo y aplicación de la innovación en nuevas tecnologías//



les, económicos y culturales que son determinantes en la forma de enfermar y en la manera de responder a los tratamientos y que redundan negativamente en la calidad de vida de las personas mayores (Neira-Vallejos & Ortiz, 2020).

A pesar de que cada individuo tiene un devenir diverso en su forma de envejecer, es cierto que la edad avanzada se suele acompañar del enlentecimiento de las funciones y muchos adultos «mayores» pueden adolecer de alteraciones del aprendizaje, de la atención o de los procesos de recompensa. Esta situación se agrava con el declinar de las conexiones cerebrales, sobre todo de las áreas prefrontales y de las áreas límbicas que regulan las respuestas emocionales (Lapuente et al., 1998; Nancy Lepe-Martínez et al., 2020). Aunque la detección precoz de este declinar cognitivo pueda ser difícil de evaluar en las etapas más tempranas, es sabido que es en ese momento dónde debería comenzar la prevención e incluso las terapias (no necesariamente farmacológicas) de reforzamiento



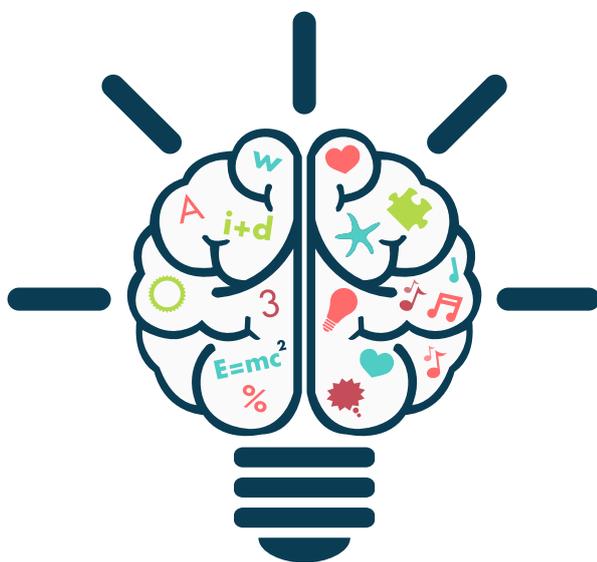
to conductual con el fin de conseguir incrementar las conexiones neuronales, estableciendo más sinapsis que aumenten la reserva cerebral funcional con estimulación cognitiva. Diferentes estudios en animales (y en humanos con alta tecnología de imagen cerebral



funcional) implican a la degeneración de varios circuitos cerebrales y a la disminución funcional de los sistemas de neuromodulación en el enlentecimiento cognitivo.

El déficit de algunos neurotransmisores (dopamina, serotonina, noradrenalina, etc.) a nivel cortical y subcortical es el responsable de la disminución de la motivación, de la ilusión, de la iniciativa y de los pensamientos positivos. Estos neurotransmisores, además, provocan enlentecimiento cerebral y reducen significativamente la capacidad de suprimir el impacto de cuestiones ya aprendidas, entorpecen la posibilidad de realizar asociaciones cerebrales de forma rápida y causan la pérdida de memorización de actos o hechos recientes (Eppinger et al., 2011). Como al inicio de esta situación anómala funcional los efectos son subliminales, el deterioro inminente puede pasar desapercibido ya que la capacidad cerebral puede «disimular» su bajo rendimiento asumiéndolo en base a la reserva funcional. Sin embargo, es prioritario detectarlo precozmente porque el deterioro suele aparecer, posteriormente, de forma brusca (Flores et al., 2020; Schade et al., 2022). En el avanzado siglo XXI, todavía no existen medios disponibles que sean fáciles de utilizar en el análisis humano y que puedan ser analizados con tests tradicionales, con coherencia y con seguridad. Sin embargo, la apli-

// El déficit de algunos neurotransmisores (dopamina, serotonina, noradrenalina, etc.) a nivel cortical y subcortical es el responsable de la disminución de la motivación, de la ilusión, de la iniciativa y de los pensamientos positivos//



cación de las nuevas tecnologías, con los aportes que nos brinda la inteligencia artificial y su análisis predictivo, puede ser un aliado indispensable para prevenir, estimular y mejorar las condiciones de vida de todas las personas, de forma humanizada y personalizada .

En este contexto se incluye el concepto de **envejecimiento resiliente**. La resiliencia es la capacidad de un material, de un mecanis-



mo o de un sistema para, cuando cese la perturbación a la que esté sometido, lograr recuperar el estado inicial. Es decir, en términos físicos, la resiliencia se entiende como la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o una situación adversos. Y, en términos de envejecimiento cerebral, sería conseguir promover una respuesta plástica que logre proteger y mantener la función durante el mayor número de años posible, incluso cuando la pérdida neuronal sea progresiva. Se trataría de prevenir que la función se perdiera consiguiendo establecer tantas conexiones axonales que desencadenen un efecto vicariante por el que las neuronas remanentes sean capaces de mantener el umbral de la «normalidad» clínica. Esta respuesta plástica puede realizarse con entrenamiento tanto físico, como cognitivo y emocional, sin olvidar el entrenamiento social que se con-

// La resiliencia, en términos físicos, se entiende como la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o una situación adversos//



sigue con las relaciones interpersonales, esenciales en el funcionamiento cerebral humano (Guillem-Saiz & Lacomba-Trejo, 2021). Aunque todavía no se ha encontrado una herramienta «económica», y fácil de utilizar, que permita detectar de forma objetiva el deterioro cognitivo cuando todavía los cambios son muy pequeños, se cree que muchos individuos pueden estar utilizando diferentes estrategias de elección para enmascarar sus déficits cognitivos ya que el envejecimiento cerebral es diferente en cada individuo (aunque pueda encontrarse una conducta similar en círculos similares)



(Marschner et al., 2005). **Las técnicas de detección** que existen en la actualidad tienen varios inconvenientes que son esenciales para una detección precoz:

1. Las técnicas más sofisticadas y eficaces son de un importe económico mayor.
2. Son de difícil acceso.
3. Son también costosas de analizar (Hedden & Gabrieli, 2004).

Asimismo, **los tests psicológicos y psicométricos:**

1. No dan la certeza necesaria para llegar a conclusiones mayores.
2. Carecen en su mayoría de la sensibilidad suficiente para conseguir resultados precoces cuando el individuo está en el inicio de la degeneración.

El conocimiento de estos hechos y de la realidad de la vida cotidiana de los adultos mayores hacen que sea determinante el desarrollo, la democratización y la aplicación de las nuevas tecnologías.

En la actualidad, basados en el modelo psicosocial de la salud que para determinar el estado de salud integra los factores interseccionales económicos, sociales y culturales, es de extrema importancia integrar las nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida de las personas que superan una edad denominada productiva, pero a las que todavía les queda muchos años por vivir (casi un tercio de su vida). Esta nueva visión ha de enfocarse con una perspectiva de género y una dimensión apreciativa y participativa. Este cambio de mentalidad es esencial para detectar precozmente y hacer un seguimiento certero de cualquier problema que pudiera surgir en las esferas física, emocional y/o mental y de esta manera poder mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en su día a día.

Para ello, sería fundamental contemplar la democratización de las prácticas de atención a los mayores sin olvidar una actitud reflexiva, participativa y apreciativa (PAAR). Este novedoso concepto explora el potencial de los mayores para permitir el avance y la mejora de su vida, tanto en contextos particulares como comunitarios. En ese mismo contexto, la aplicación de las nuevas tecnologías a la valiosa acción desinteresada y preparada del voluntariado, mejoraría y garantizaría que se cubran las necesidades de los usuarios de forma personalizada (figura 2).

De esta forma se abordarían de manera eficaz problemas socio-sanitarios como las caídas, la soledad no deseada, los problemas emocionales, las dificultades de comunicación o de deglución y/o el deterioro cognitivo.

// Basados en el modelo psicosocial de la salud, que para determinar el estado de salud integra los factores interseccionales económicos, sociales y culturales, es de extrema importancia integrar las nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida de las personas que superan una edad denominada productiva, pero a las que todavía les queda muchos años por vivir//



Las caídas son una de las principales causas de lesiones y muerte en los adultos mayores (Tzeng et al., 2020). A medida que pasan los años, aumenta el riesgo de caídas, siendo mayor en las mujeres que en los hombres. Diversas enfermedades crónicas como la osteoporosis, la artritis, los problemas de equilibrio, la depresión, la ansiedad, la demencia y/o el uso de ciertos fármacos sedantes o tranquilizantes son factores que aumentan el riesgo de caídas (Phelan & Ritchey, 2018).



La soledad no deseada ha ido aumentando en proporción al aumento de la esperanza de vida. Es un problema complejo que requiere una respuesta multisectorial, para concienciar y aplicar medidas para combatirla. Las consecuencias pueden ser graves: depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, debilitamiento del sistema inmunitario y mayor riesgo de enfermedades crónicas (Ong et al., 2016).

Los problemas emocionales que enfrentan los adultos mayores (con diferencias según sexo, edad, antecedentes y estado de salud) pueden afectar significativamente a su bienestar. El estrés diario, el duelo por la pérdida de seres queridos y las complicaciones de la vida diaria provocan depresión, ansiedad, sentimientos de aislamiento y falta de conexión social. Estos problemas son tratables y, con un diagnóstico y un tratamiento adecuados, la mayoría de las personas mayores pueden mejorar su estado de ánimo y, por tanto, su calidad de vida. Los problemas de comunicación en adultos mayores tienen su origen en las dificultades de audición, de visión, de movilidad y de memoria y dificultan sus relaciones familiares, sociales y con los médicos. Comunicarse se convierte en un proceso lento y complicado y, poco a poco el adulto mayor pierde su motivación para realizarlo, aumentando su aislamiento.

// Con un diagnóstico y un tratamiento adecuados, la mayoría de las personas mayores con problemas emocionales pueden mejorar su estado de ánimo y, por tanto, su calidad de vida//

La presbifagia es el trastorno de la deglución resultado de los efectos del proceso normal de envejecimiento en los adultos mayores sanos. Se entiende como un estado transicional entre el proceso deglutorio saludable y la disfagia orofaríngea, producto de todos



los cambios anatómicos y funcionales que suceden con el envejecimiento, sean estos centrales y/o periféricos. Las consecuencias son la pérdida de calidad de vida y el empeoramiento de la salud en general.

El deterioro cognitivo inicial en los adultos mayores se caracteriza por la alteración de las emociones y de la prosodia del habla (Akçay & Oğuz, 2020; Landau, 2008).

La utilización de la tecnología con criterios democráticos, exige aplicar **cuatro «giros» estratégicos que integran la acción reflexiva, participativa y apreciativa basado en una perspectiva potenciadora y ética** (figura 1). Para ello, es imprescindible considerar la percepción de los individuos en su proceso de salud, intervención y tratamiento, utilizando las PROM's y PREM's e individualizando sus preferencias y necesidades.

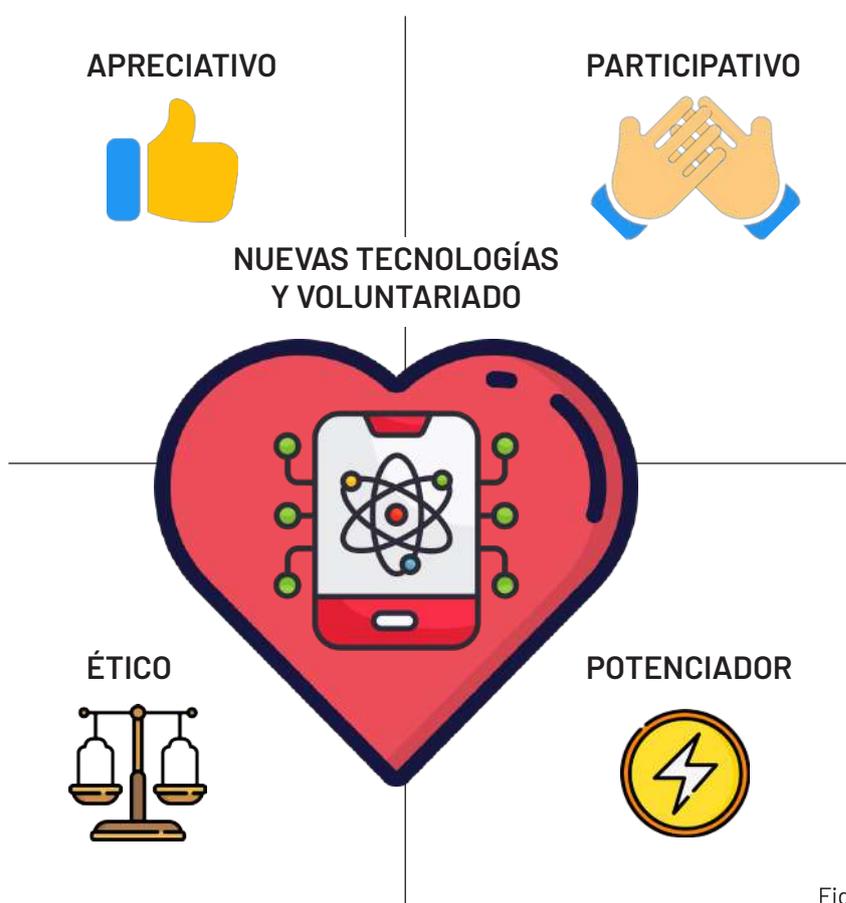


Figura 1.
Las nuevas tecnologías y el voluntariado como integradores de la acción reflexiva, participativa y apreciativa basados en una perspectiva potenciadora y ética.

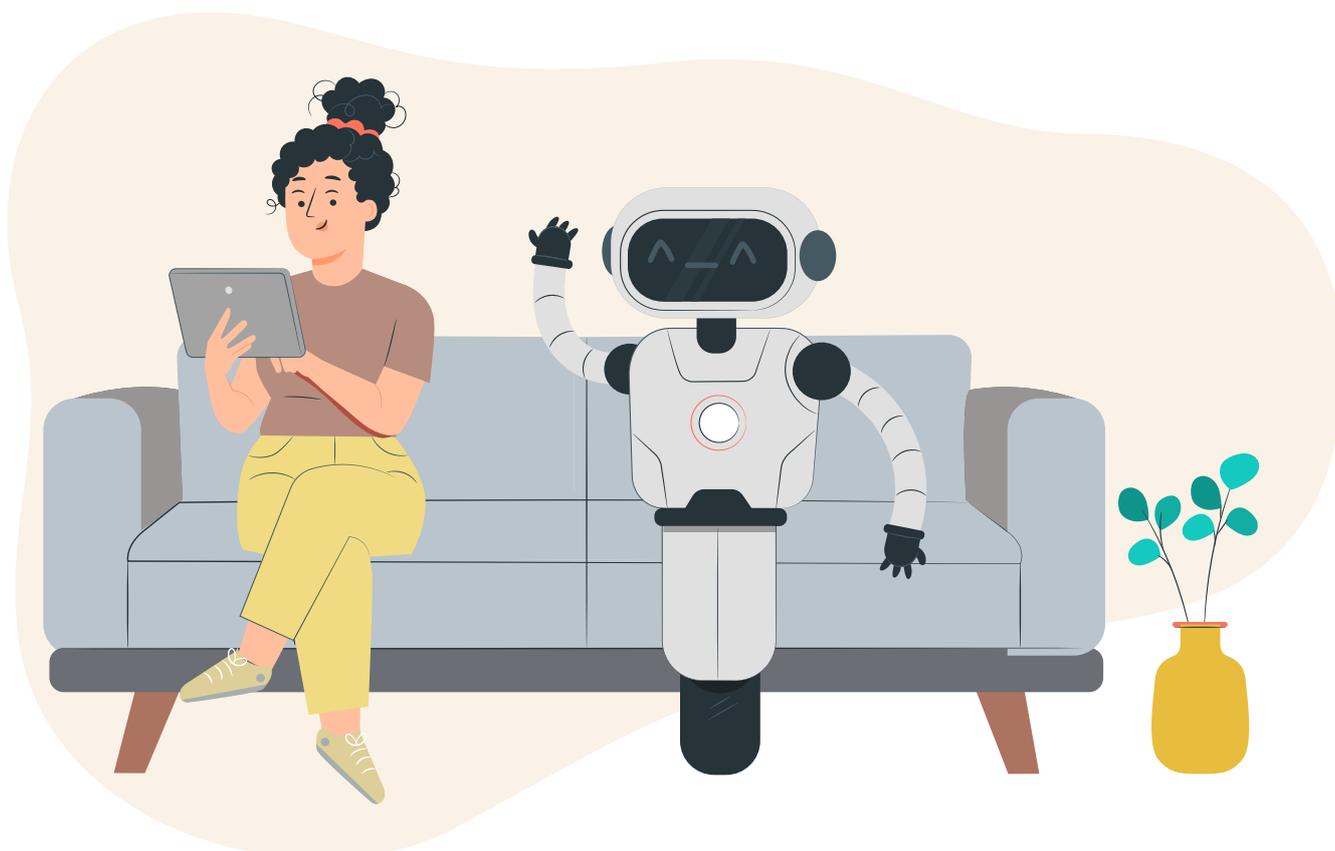
Fig 1

Las PROM son instrumentos de evaluación que miden la percepción del paciente sobre su estado de salud y calidad de vida, bienestar, síntomas, habilidades o nivel de autonomía.

Las PREM, en cambio, recogen información sobre la atención recibida, centrándose en la humanización de esta, valorando factores como la empatía, la dignidad, el respeto, la comprensión o la



atención personalizada, desde el punto de vista del paciente. Una vez identificadas las necesidades de cada paciente nuestra plataforma robótica Juno+ podría, detectar precozmente, rehabilitar y realizar un seguimiento de todos los problemas sociosanitarios mencionados anteriormente.



Juno+ es un prototipo de robot asistencial en desarrollo, aliado de los usuarios, de los facultativos, del personal sociosanitario y de los voluntarios con el fin de mejorar la salud integral de los adultos mayores de forma personalizada (en todas las esferas: física, psíquica y social). Juno+ debería poder integrarse como parte del mobiliario del propio hogar o de la residencia de personas mayores. Asimismo, debería tener la capacidad de teleoperarse para interactuar con el usuario y adelantarse a sus necesidades, que previamente conocería. Además incluiría la posibilidad de interactuar con los profesionales sanitarios y con los voluntarios para, de forma telemática, proteger a los usuarios y prevenir cualquier riesgo adicional, desde caídas a la soledad no deseada. Este dispositivo se conectaría a una aplicación en la nube para que, con el permiso de cada usuario, esa información pueda ser detectada y utilizada por los profesionales para facilitar el diagnóstico a

// Con el robot asistencial sería posible aumentar el número de usuarios-pacientes supervisados sin disminuir los niveles de calidad de la atención, y que ésta sea prestada de forma rápida, individual y personalizada//



distancia. De este modo sería posible aumentar el número de usuarios-pacientes supervisados sin disminuir los niveles de calidad de la atención y que esta sea prestada de forma rápida, individual y personalizada.

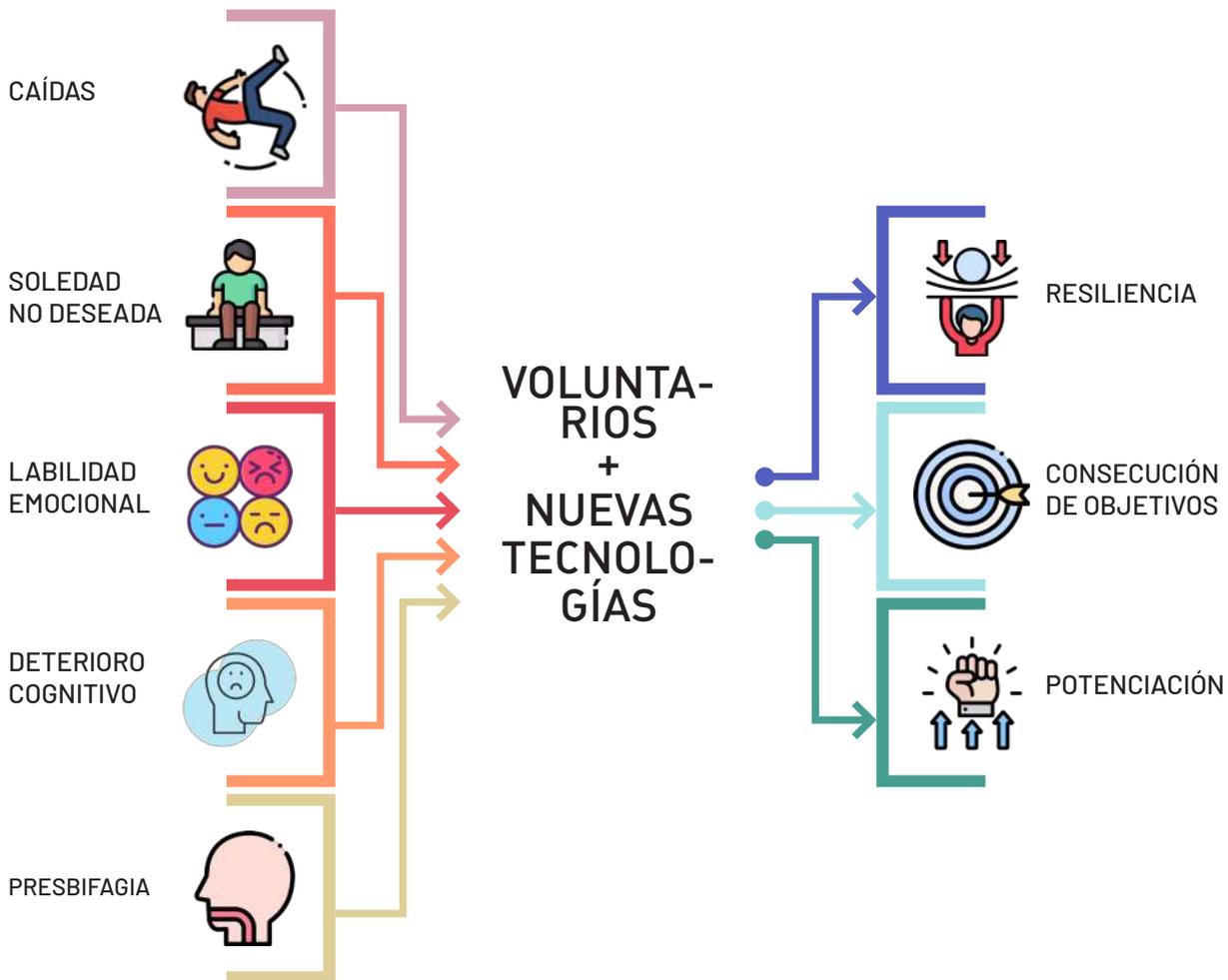


Fig 2

Con respecto a las caídas, durante el desarrollo del robot se han generado un conjunto de datos de posición del usuario para entrenar un modelo capaz de predecir el riesgo de caídas de los adultos mayores. La soledad no deseada puede ser paliada por una plataforma asistencial, entrenada individualmente según las necesidades del usuario, para brindar compañía y soporte social. Para la presbifagia, las nuevas tecnologías permiten la detección precoz de síntomas y la prevención del agravamiento de estos con un programa individualizado de tratamiento, administrado por la plataforma asistencial. Las tecnologías disponibles en la actualidad permiten realizar análisis no invasivos a través de la expresión facial y de la voz (Akçay & Oğuz, 2020; Landau, 2008). Así, mediante la extracción de características específicas se entrenaría al prototipo para

Figura 2. Interacción de las nuevas tecnologías y el voluntariado para transformar la vida del adulto mayor y potenciarlo para conseguir sus objetivos.



reconocer el estado emocional del usuario y actuar y /o comunicar su estado.

Asimismo, estas tecnologías deben tener en cuenta los aspectos de interseccionalidad de cada adulto mayor y, sobre todo, conseguir que se detecte la situación física, psíquica y social en cada momento, cada día, integrando la capacidad de incorporar variables neurométricas que no solo detecten el nivel de emoción, la carga mental, la fatiga o el umbral de atención, sino que preparen “ad hoc” tareas de estimulación cognitiva y emocional, sabiendo la respuesta de cada persona al realizar los ejercicios. Con esos datos, de forma crónica se podrá detectar los signos tempranos de deterioro cognitivo al incorporar de forma integrada toda la información que procure el reconocimiento facial, la prosodia, la discapacidad auditiva o el riesgo de caídas, permitiendo alertar a familiares, médicos y personas cercanas. En este sentido, las nuevas tecnologías serían parte del arsenal del voluntariado. Se trataría de formar a los voluntarios para facilitar y adelantarse a los cambios mínimos de cada adulto mayor. Así, las nuevas tecnologías, como aliadas del bienestar de los adultos mayores deben también dirigirse a formar y recoger el feedback positivo de los voluntarios y voluntarias, cuyas ideas son imprescindibles para que la calidad de vida sea cada vez mejor. En una sociedad participativa y apreciativa se debe promover el recoger las ideas, necesidades, deseos no solo de los usuarios sino de las personas que conviven con ellos y que conocen algunos aspectos que, quizá para los mayores puede ser difícil compartir y pedir.

El voluntariado es más necesario que nunca y las nuevas tecnologías ayudan y ayudarán a mejorar la sociedad que debe ser inclusiva sin dejar atrás a nadie.

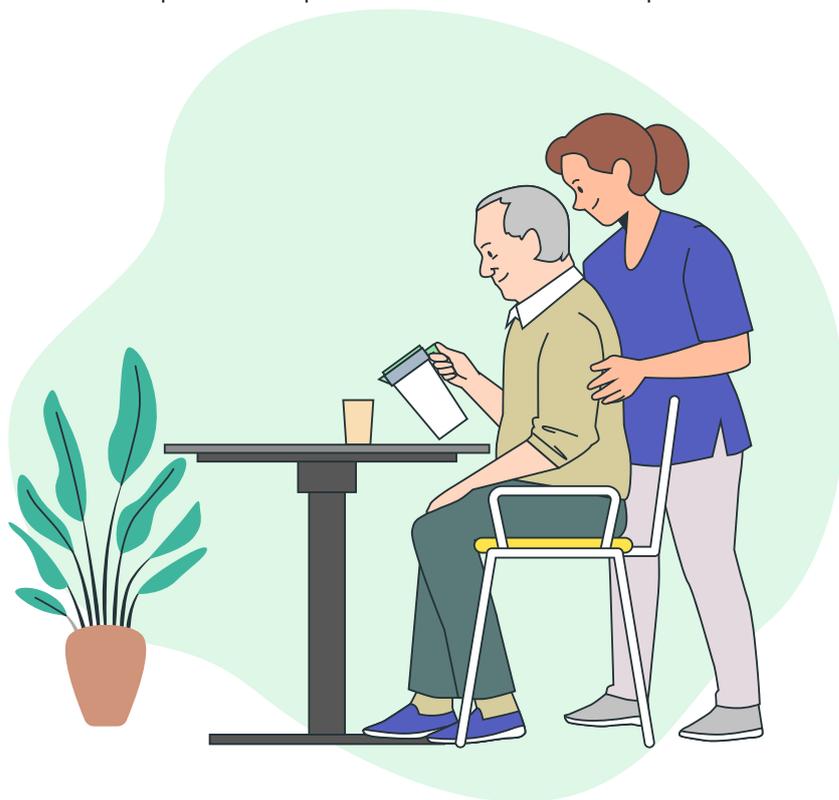
Este estudio fue apoyado por las subvenciones de la Agencia Estatal de Investigación, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, cofinanciadas por la Unión Europea, Next Generation EU/PRTR (Número de referencia: TED2021-130942B-C21//MICIU/AEI/10.13039/ 501100011033), la “Fundación Primafrío” con el número de código 39747, COST Participatory Approaches with Older Adults (PAAR-net), con el número de código CA22167, y China-Spain AI Technology Joint Laboratory con la Universidad Dianzi de Hangzhou.

9 RECURSOS SOCIALES E INSTITUCIONALES DE APOYO AL CUIDADOR.

Juana Teresa Jiménez Pérez-Muelas

En la práctica profesional con las personas dependientes y sus familiares, cuando interviene el Trabajo Social Sanitario se empieza un trabajo de **cuidado**. Desarrollar otros aspectos como el **Buen trato, los Grupos de Bienestar y el Apoyo de los Recursos Sociales e Institucionales** van a ser clave para entender **otras formas de cuidado en la salud de las personas mayores y sus familias**.

Desde el Trabajo Social Sanitario hemos desarrollado un modelo especializado y afianzado en salud desde hace más de 30 años. Somos un recurso en sí mismo, para la población y para el equipo, ayudando a normalizar la vida, detectando situaciones de riesgo y vulnerabilidad. Asesoramos para dar una respuesta de **atención integral** aportando el análisis de los **determinantes psicosociales de la salud** que tienen que ver con cómo viven las personas su sa-





lud. Somos parte del diagnóstico sanitario y de la intervención que se lleva a cabo con pacientes y familiares, siempre desarrollado a través de un plan personalizado. Para todo ello, es necesaria una coordinación sociosanitaria más precisa, con otros recursos y profesionales como son los del ámbito hospitalario, Servicios Sociales, Salud Mental, Tercer Sector...

Cuando la intervención es compartida con los integrantes de los equipos de atención primaria de salud (trabajo de equipo) estamos «**sumando saberes**» permitiendo una forma de **autocuidado** para poder cuidar.

// En el Trabajo Social Sanitario somos parte del diagnóstico sanitario y de la intervención que se lleva a cabo con pacientes y familiares, siempre desarrollado a través de un plan personalizado//



Los profesionales de Trabajo Social Sanitario, conocedores de la realidad social que existe en la actualidad, ponemos en contexto la situación de los **cuidados**:

- AUMENTO DE LA **ESPERANZA DE VIDA**, proceso de envejecimiento está marcado por la existencia de enfermedades crónicas que más tarde pasarán a ser avanzadas.
- AUMENTO SIGNIFICATIVO DE LA **DEPENDENCIA Y DEMENCIAS**, con prevalencia en edad avanzada y con necesidades de apoyo. Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, la mejora tecnológica en medicina.
- CAMBIO DE **MODELO FAMILIAR**, actualmente las familias tienen menos hijos/as o residen y trabajan fuera, incluso del país, la incorporación de la mujer al mundo laboral (cuidadoras por excelencia) hacen evidente la necesidad de contar



con cuidadores profesionalizados, el cuidado es costoso influyendo la disminución significativa de ingresos económicos (bolsa de pobreza en las pensiones mínimas de jubilación y viudedad).

- **NUEVAS REALIDADES**, vivencia negativa de la soledad, sentimientos de inutilidad que agravan el riesgo de aislamiento social y mayor vulnerabilidad. Brecha digital.
- Alto porcentaje en VIVIENDAS CON **BARRERAS ARQUITECTÓNICAS** y en condiciones deficitarias de habitabilidad.
- NECESIDAD DE **COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA** modelo de atención centrada en la persona y sus familias.

Y con este panorama nos encontramos con el reto del envejecimiento, mínima atención a la **urgencia social**, excesiva burocracia para solicitar ayudas, con periodos de resolución largos en el tiempo, en donde **no se prioriza la urgencia extrema** de las familias.

Es necesario, antes de que llegue la fragilidad, trabajar preventivamente en el envejecimiento activo. Ante los primeros signos de deterioro funcional y/o cognitivo podemos solicitar apoyo acudiendo al servicio de Trabajo Social Sanitario o a otros profesionales para que se valore la intervención más adecuada y sobre todo se brindará un espacio para acompañar en todo este proceso.





9.1 OTRAS FORMAS DE CUIDADO: EL BUEN TRATO_

Para trabajar en el ámbito de las personas dependientes y sus familias es importante conocer el **buen trato** para incorporarlo en la vida, tanto personal como profesionalmente. Fina Sanz en su libro «El buen trato como proyecto de vida», nos aporta diferentes ejercicios para identificar el buen trato.

El buen trato es la práctica consciente de hacernos cargo de nuestro propio bienestar a través de cosas pequeñas que dependen de nosotras/os y agradecerlas y agradecer nos el propio cuidado.

El regalo como ejercicio para incorporar a nuestra vida, esta práctica combina roles, aprender a cuidar y dejarse cuidar, disfrutar del cuidado se integra en el grupo, se extiende a la vida cotidiana aplicándola en la familia, amistades, pareja.

EI BUEN TRATO es el polo opuesto al MALTRATO

La OMS desde 1996 consideró la violencia como un problema de salud pública, 1998 fue prioridad internacional para los servicios de salud. El papel del trabajo social es fundamental dentro de la atención y detección del maltrato.

Existen diferentes manifestaciones de maltrato. Debemos tener en cuenta para su detección y posterior puesta en conocimiento de dicha situación a los servicios de Trabajo Social Sanitario / Equipo atención primaria de salud, que esta se puede presentar desde:

- El dependiente hacia el cuidador (familiar, hijo/a o cuidador profesional)
- Del cuidador al dependiente (maltrato físico y/o psíquico, privación de la autonomía económica, la infantilización, cosificación, etc.)

9.2 OTRAS FORMAS DE CUIDADO: LOS GRUPOS_

Resaltamos la importancia de los grupos de apoyo como un instrumento de ayuda y bienestar que pretenden disminuir el grado de malestar de las personas cuidadoras que acuden a las consultas sanitarias con una importante situación de sobrecarga expresada en síntomas y que provocan una gran necesidad de acudir a los servicios sanitarios.

// El buen trato es la práctica consciente de hacernos cargo de nuestro propio bienestar a través de cosas pequeñas que dependen de nosotras/os y agradecerlas y agradecer nos el propio cuidado//



Modelo integrativo con metodología de **grupo operativo** en donde se combinan distintas técnicas desde la respiración, el cuerpo y la palabra.

No son charlas sino un COMPROMISO para empezar a cambiar y mejorar. Se produce otra mirada desde lo grupal facilitando el espacio en donde relacionar sus síntomas con la vida, encontrando claves de autoconocimiento y autocuidado.

Desde el trabajo social GRUPAL facilitamos un espacio seguro y sin juicio descubriendo al grupo como un recurso para sus vidas, ya no están solas van recuperando identidad, es otro lugar en donde cobran importancia sus experiencias y empiezan a sentirse valiosas.

Es importante el empleo de TÉCNICAS DE RELAJACIÓN que facilitan el clima afectivo para llegar a la palabra y a la comunicación identificando ideas y creencias limitadoras que se van transformando hacia otras más placenteras o saludables de cómo afrontar sus vidas.



Resaltamos el impulso de Grupos de Autoapoyo potenciando la incorporación a otras redes creación de redes externas, vínculos significativos que perduran en el tiempo y que ayudan a abandonar el entorno sanitario cuando es innecesario.



9.3 OTRAS FORMAS DE CUIDADO: RECURSOS DE LA RED SOCIAL

Desde el **buen manejo** de los recursos consideramos importante acompañar a las familias y cuidadoras/es en la movilización de los mismos.

RECURSOS AUTONÓMICOS:

DEPENDENCIA

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se constituye con el fin de promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia en todo el territorio del Estado español, con la colaboración y participación de los recursos públicos y privados disponibles para conseguir la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

SERVICIOS	PRESTACIONES ECONÓMICAS
Teleasistencia	Para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales
Servicio de Prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal	Vinculada a Servicios
Ayuda a domicilio para la atención personal y tareas domésticas	Atención Personal
Centro de día	
Atención residencial	

La dependencia establece **tres grados** que darán acceso a diferentes recursos de apoyo:

- GRADO 1 Ó DEPENDENCIA MODERADA.
Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día, o necesitan ayuda intermitente.
- GRADO 2 Ó DEPENDENCIA SEVERA
Personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requieren el apoyo permanente de un cuidador.



- GRADO 3 Ó GRAN DEPENDENCIA

Personas que por su pérdida total de autonomía, necesitan el apoyo indispensable y continuo de otra persona, o bien tienen necesidad de ayuda total para mantener la autonomía personal.

DISCAPACIDAD

A partir del 33% se considera el reconocimiento de discapacidad en las personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

El reconocimiento de la discapacidad permite algunas mejoras en el **entorno social y laboral**, desde beneficios fiscales, reducción de impuestos municipales, vivienda, reconocimiento de familia numerosa, según el caso, adaptación al empleo, prestaciones económicas...

// A partir del 33% se considera el reconocimiento de discapacidad en las personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes//





El IMAS anualmente publica **una convocatoria de ayudas** para personas con discapacidad y para personas mayores. Teniendo en cuenta que cada una contempla unos requisitos de acceso, estas son:

AYUDAS

PERSONAS CON DISCAPACIDAD	PERSONAS MAYORES
<p>Ayudas económicas para eliminación de barreras arquitectónicas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ampliación de puertas- Rampa- Plataforma elevadora/salva escaleras- Grúa piscina	<p>Ayudas para reparación y adaptación de la vivienda habitual:</p> <ul style="list-style-type: none">- Reparación tejado o paredes- Cambio de bañera por pie de ducha
<p>Adaptación funcional del hogar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cambio de bañera por pie de ducha	<p>Otras ayudas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Adquisición gafas o lentes- Audífonos- Tratamiento bucodental.
<p>Otras ayudas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Adquisición de grúa eléctrica, cama articulada completa, silla de baño, accesorios/repuestos ,implante coclear, tratamiento bucodental, gafas y audífonos.	

RECURSOS LOCALES Y OTRAS ASOCIACIONES:

Los municipios por su parte cuentan con otros recursos que suelen complementar los autonómicos y que buscan ofrecer al ciudadano la ayuda necesaria para poder mantener su vida independiente y de calidad. Estas ayudas varían de un municipio a otro por lo que será necesario contactar con la profesional de Trabajo Social

Destacar la importancia del **voluntariado** para prevenir la **soledad no deseada**.

Se presta desde algunas organizaciones como:

Fade, Servicios Sociales, Umu, Cruz Roja, Solidarios para el Desarrollo, Siempre Acompañados...



MUNICIPAL	OTROS
<ul style="list-style-type: none">- Ayuda a domicilio- Comidas a domicilio- Teleasistencia- Respiro familiar- Ayuda para transporte movilidad reducida- Ayuda económica urgente necesidad- Convivencia entre generacionesCentros sociales de mayores	<p>Asociaciones</p> <p>Voluntariado</p> <p>Préstamo material ortoprotésico</p> <p>Grupos de ayuda mutua</p>

Hay gran variedad de actividades que realizan los voluntarios como el acompañamiento, gestiones de apoyo, ocupación del tiempo libre y respiro familiar.





10 MOVILIZACIÓN: CÓMO MOVER AL PACIENTE SIN DAÑARLO NI DAÑARME. ACTIVIDADES TEÓRICO-PRÁCTICAS EN LOS CUIDADOS A DOMICILIO.

Francisco Javier Conesa Segura

10.1 INTRODUCCIÓN

Entre los principios fundamentales a tener en cuenta al movilizar y mover a una persona que tenemos a nuestro cargo tenemos que tener en cuenta los siguientes:

- **Trabajo Multidisciplinar:**
 - En caso de que seamos varias personas los que nos encargamos del cuidado de la persona a nuestro cargo, debe de haber una comunicación fluida y de fácil acceso.





- Todos deben de estar al corriente de las características de la persona vulnerable a nuestro cargo, si presenta alguna dolencia, qué limitaciones encontramos, como puede ayudarnos...

- **Características de la persona a nuestro cuidado:**

- ¿Presenta dolor? Si provoco dolor no va a poder ayudar.
- ¿Tiene algún problema óseo? Limitaciones que provoca
- ¿Presenta patología neurológica? Limitaciones que provoca
- ¿Comprende lo que le digo? Estado cognitivo, idiomas...
- Limitaciones anteriores, y actuales, es decir, está mejorando o empeorando.

- **Plantear un objetivo:**

Qué es lo que buscamos en el cuidado de la persona a nuestro cargo: que mejore, que no se deteriore más...

- Objetivo consensuado con todo el personal que se encarga del cuidado
- Objetivo pactado con la persona vulnerable, que debe estar aceptado por ésta.
- Objetivo aceptado por familiares y cuidadores. Todos debemos remar en la misma dirección.

- **Tener paciencia:**

Debemos de ser conscientes de que la vida de una persona con limitaciones suele ser más lenta que la nuestra y debemos adaptarnos a esa velocidad. Las causas de ese enlentecimiento suelen ser varias:

- Miedos
- Estado cognitivo y general enlentecido
- Confianza

Debemos aceptar las características de nuestra función/labor, y una de ellas es la de adaptar la velocidad de nuestra actividad a la de la persona a la que cuidamos, cuando aplicamos cuidados.

// Debemos ser conscientes de que la vida de una persona con limitaciones suele ser más lenta que la nuestra y debemos adaptarnos a esa velocidad//

10.2 MANIPULACIÓN Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO_

PRINCIPIOS BÁSICOS (MOVILIZACIÓN):

Antes y durante la movilización de la persona a nuestro cuidado, debemos tener en cuenta los siguientes puntos básicos. Es muy importante a la hora de evitar el hacer o hacernos daño:



- Pedir siempre la colaboración de la persona vulnerable.
- Planificar el trabajo a realizar e informar:
 - Planificar e informar con el paciente y con los compañeros en su caso
 - En ese plan de actuación, utilizar siempre que sea posible ayudas técnicas
 - Tener clara la ruta de transporte
 - Tener preparado el punto de destino final.



- Mantener una posición adecuada:
 - Colocar los pies a cierta distancia de separación (para buscar estabilidad).
 - Adoptar postura de levantamiento mediante:
 - Rodillas flexionadas antes de realizar el esfuerzo.
 - Espalda recta con el abdomen contraído.
 - Mantener el mentón metido cerca del cuello, ya que nos ayuda a proteger el cuello.
 - Intentar no girar el tronco durante todo el proceso, es preferible mover los pies.
 - La persona la sujetamos cerca de nuestro cuerpo, ya que si la cogemos con los brazos estirados es más fácil perder el control y que se nos pueda caer.



- Al dejarla en el lugar de destino lo haremos con suavidad y sin perder el control, manteniendo la postura que acabamos de describir.
- Realizar esfuerzo con el tronco protegido. Es necesario un buen tono abdominal. Por eso es importante que los cuidadores realicen alguna actividad física de mantenimiento.
- Usar extremidades inferiores. No realizar esfuerzos únicamente con la espalda.
- Trabajar a una altura adecuada. Ni muy alta, ni muy baja.
- Buscar amplitudes articulares útiles.

MANIPULACIÓN DE UNA PERSONA EN CAMA PARA EL ASEO:

Debemos diferenciar si el paciente es totalmente dependiente y no puede ayudarnos nada o casi nada, o si el paciente puede ayudarnos y colaborar. En el caso de que no pueda ayudarnos debemos realizar todos los pasos de forma pasiva, sin contar con la participación de la persona a la que cuidamos. En el caso de que sí pueda prestar colaboración, le pediremos que participe en todo momento. Recordar que, hacer que el paciente participe es algo muy positivo para él, y ayuda a que no se deteriore, incluso es una manera de tratamiento para que el paciente mejore.

- Cómo girarlo:
 - Doblamos rodillas hacia el techo.
 - Elevamos brazos hacia el techo y los giramos en la dirección hacia dónde queremos girar.
 - Hacemos rodar el tronco del encamado.
- Cómo subir hacia el cabecero de la cama:
 - Usar las ayudas técnicas (cama articulada, altura de la cama). Quizás pueda ser una inversión costosa, pero evitará muchas lesiones a los cuidadores.
 - Mejor realizarlo por dos personas que por una. Mover el cuerpo de una persona adulta, o incluso la de algunos niños y niñas es una actividad dura físicamente.
 - No coger al encamado por los brazos, mejor hacerlo por las escápulas o en su caso, con la ayuda de una sábana entremetida.
 - Doblar las rodillas de la persona encamada y que se apoye en sus talones y empuje hacia arriba y hacia el cabecero de la cama.
 - Que se ayude de sus brazos para subir.

// Hacer que el paciente participe es algo muy positivo para él, y ayuda a que no se deteriore. Incluso es una manera de tratamiento para que el paciente mejore//



- Cómo instalarlo:
 - Es recomendable que se realice por personal formado y con conocimientos de lo que se está haciendo. Siempre es interesante saber las zonas del cuerpo que tienen más riesgo de sufrir una úlcera por presión, o lo que es lo mismo, una herida por permanecer mucho tiempo apoyada en la cama. Las zonas a las que más atención hay que prestar son los talones y al sacro (entre las dos nalgas), pero también hay que cuidar la cabeza, hombros, tobillo e incluso codos.
 - Usar las ayudas técnicas (cama articulada).
 - Evitar el apoyo en heridas, úlceras y principios de úlcera. Protegiendo las zonas anteriormente nombradas por medio de almohadas, cojines o en su caso ortesis.
 - Hacer caso a las peticiones del encamado, pero con algunos límites. Cualquier pequeña arruga puede conllevar una herida en poco tiempo, por eso debemos escuchar a la persona encamada, ahora bien, debemos de saber cuándo lo que quieren es atención o simplemente compañía.
 - En personas mayores o con patología respiratoria situamos a unos 30 grados de inclinación el tronco, no ponerlos en una posición plana.

10.3 TRANSFERENCIAS_

A la hora de mover al paciente de un lugar a otro debemos también seguir unas pautas muy claras que ayudarán al cuidador en su día a día:

- De una cama a una camilla y viceversa:
 - Situamos el lugar de destino ligeramente más bajo que el de partida
 - Utilizamos ayudas técnicas (tabla de transferencia). Otra inversión, que, si vamos a realizar el paso a una camilla de forma habitual, como por ejemplo cuando lo llevamos todos los días a rehabilitación en camilla, sí que es muy aconsejable hacerse con una.
 - Nunca realizarlo solo, mínimo dos personas, ya que es una maniobra difícil de realizar por una sola persona.
 - Acercamos a la persona a trasladar al borde de la cama de partida, prácticamente en el borde
 - No agarramos a la persona por los brazos, mejor por las escápulas, o en su caso mediante la sábana entremetida
 - Que la persona se deslice hacia la camilla o cama de destino, no levantar y dejar caer.

// Nunca realizarlo solo. Mínimo dos personas, ya que es una maniobra difícil de realizar por una sola persona//



- De cúbito supino (boca arriba) a sedestación al borde de la cama:



- Giramos al paciente y lo tumbamos de lado como hemos explicado anteriormente.
 - Doblamos las caderas y rodillas 90 grados y sacamos las piernas por fuera de la cama, de rodilla hasta el pie, que cuelguen por el borde de la cama hacia abajo.
 - Se le dirá que use sus brazos para apoyarse en la cama y nos ayude a incorporarlo.
 - Apoyamos la mano bien abierta en la espalda del paciente, la mano que tenemos más cerca de su cabeza, pasándola por debajo de su cuello.
 - La mano que tenemos más cerca de sus piernas la apoyamos en el muslo superior y empujamos hacia el suelo.
 - Hacemos girar el cuerpo del paciente hacia la vertical y procedemos a sentar al paciente.
- Corregir la tendencia a caer hacia atrás:
Una vez sentado el paciente al borde de la cama, podemos encontrarnos con la situación de que se cae hacia atrás y por más que se le pida que no lo haga, no cesa de «tirarse hacia atrás». Cuando una persona lleva mucho tiempo encamada



o hace vida cama - sillón, está durante todo el día recibiendo estímulos en la parte posterior de su cuerpo. Estos estímulos continuos provocan que el centro de gravedad se vaya hacia atrás, hacia la espalda, y por eso, al situar a las personas a nuestro cargo en una posición vertical, ya sea sentada o de pie, tendrá tendencia a caer hacia atrás.

Existen medios para corregir esta tendencia, pero lo primero es intentar sentar a la persona a nuestro cuidado sin ningún apoyo en la espalda. Además, debemos de seguir los siguientes principios o indicaciones:

- No empujar en la espalda, ya que aumentará la tendencia a ir hacia atrás, la persona a nuestro cargo buscará un apoyo más intenso en nuestras manos.
 - Utilizar la cabeza y cuello. Si movemos, siempre con cuidado, la cabeza del paciente hacia delante desde el cuello, el resto del cuerpo le seguirá.
 - Que los pies lleguen al suelo. Tener un punto de apoyo fijo es esencial para que la persona a la que cuidamos pueda luchar contra la tendencia a caer hacia atrás.
 - Hablar con la persona, pedirle su colaboración, decirle que intente llevar su cabeza hacia adelante, que intente empujar algo que tenga delante. Siempre puede el cuidador ponerse delante y pedirle que se acerque, como si quisiera decirnos un secreto al oído.
 - Que apoye sus manos sobre sus muslos y los presione hacia el suelo, o ponerle el respaldo de una silla delante, no para tirar de ella, sino para empujarla.
- De sedestación al borde de la cama a silla de ruedas o sillón:

Una vez que lo tenemos sentado al borde de la cama puede existir el deseo o necesidad de pasarlo a una silla de ruedas. Para realizar esta transferencia seguiremos los siguientes pasos:

- Situamos lugar de destino algo más bajo que el lugar de partida.
- El lugar de destino estará pegado al lugar de partida formando un ángulo de 90 grados, así el giro será menor.
- Utilizamos ayudas técnicas, existen unos discos que se deslizan en el suelo y así resulta más sencillo trasladarlo a la silla.
- Explicamos que debe ponerse en pie, que no se quede a mitad de camino porque en ese caso serán los cuidadores los que sujetan el peso de la persona a la que cuida.
- Usamos nuestras rodillas para bloquear las suyas si no es capaz de mantenerlas rectas el sólo.



- Usamos el peso de nuestro cuerpo dejándonos caer hacia atrás. Siempre con cuidado, sin perder el control ni el equilibrio en ningún momento.
- Dos personas mejor que una.



- De sedestación en silla de ruedas a camilla:

Cuando queramos pasar a la persona a la que cuidamos a la cama, haremos el camino inverso al que hemos realizado en el punto anterior. Seguiremos los siguientes pasos:

- Situamos lugar de destino algo más bajo que el lugar de partida.
- El lugar de destino estará pegado al lugar de partida formando un ángulo de 90 grados.
- Utilizamos ayudas técnicas.
- Realizaremos los mismos pasos descritos anteriormente para ponerlo en pie y sentarlo en la cama.
- Para acostarle, una persona se encarga del tronco y otra de las piernas.



- Si solo hay un cuidador y la persona a nuestro cargo lo tolera, primero dejamos caer el tronco y le tumbamos de lado. Después subimos las piernas y giramos al paciente boca arriba.
- De sedestación a bipedestación:

Una vez que la persona a nuestro cargo está sentada seguiremos los siguientes pasos para ponerla en pie:

- La altura de la silla, sillón o cama es esencial. Siempre debe tener los pies bien apoyados en el suelo, con toda la planta, pero tener en cuenta que cuanto más alto sea el asiento, o la cama desde donde se va a poner en pie, más fácil le resultará.
 - Colocamos los pies separados a la altura de las caderas, buscando estabilidad y un buen apoyo para hacer fuerza.
 - Utilizamos una mano para estimular en el cuello del paciente por la parte posterior llevándolo hacia delante. Si empujamos directamente hacia arriba le complicamos mucho el ponerse de pie. Tengamos en cuenta que todos nos ponemos en pie dirigiendo nuestra cabeza, primero hacia el frente y después hacia arriba.
 - Otra mano estimulará desde la axila hacia delante y hacia arriba.
 - Si existe la posibilidad, será mucho más sencillo con una persona a cada lado.
- Corregir la tendencia a caer hacia atrás una vez que tenemos a la persona a nuestro cargo en pie:

Al igual que cuando está sentado puede tener tendencia a caer hacia atrás, una vez que esté de pie, podemos encontrarnos con el mismo problema. Para corregir esta tendencia debemos de seguir los siguientes pasos:

- Le ponemos un punto de apoyo delante (andador, respaldo de una silla...) que le llegue a la altura de la cintura.
- Le pedimos que lo empuje hacia el suelo y hacia delante.
- Que deje caer su peso en la punta de los pies, no en los talones. Debe notar que la punta de sus pies entra en contacto con el suelo.
- No tocamos la espalda ni empujamos desde detrás. Tampoco le cogemos de las manos y tiramos hacia nosotros. Como hemos visto, tiene que haber una reacción por parte de la persona que cuidamos para que sea él o ella la que corrija la posición llevando el cuerpo hacia delante.

// Tendremos en cuenta que poseemos una faja natural, que son los abdominales, que protegen nuestra espalda y principalmente nuestras lumbares. Por lo tanto, debemos trabajar esta musculatura para tener un buen tono muscular//



- ¿Por dónde cogemos a la persona que cuida, según sus lesiones y patologías?:

Lo ideal es contar con el consejo de un especialista, por lo tanto, no dudar en preguntar al personal sanitario que se encarga de aplicar cuidados o tratamientos a la persona a su cargo. Ellos deben informar de las zonas a evitar y de donde poder sujetar y coger al paciente.

Por lo general, el tronco y sus proximidades suelen ser las zonas de elección, es más difícil provocar una lesión o dolor en estas zonas.

// A la hora de coger a una persona mayor tendremos en cuenta que el tronco y sus proximidades suelen ser las zonas de elección//



10.4 AUTOCUIDADO DEL CUIDADOR

Los que se dedican a cuidar de otros, conocen lo duro que es esta actividad del cuidado y que, al terminar el día se encuentra realmente cansado y, seguramente, con dolor y sobrecargas musculares, pero hay que ser conscientes de que este trabajo o actividad no conlleva el que estemos en forma, lo que provoca más bien es un desgaste corporal.

Por este motivo es tan importante realizar una actividad o entrenamiento físico adecuado para mantener un buen tono de nuestra musculatura y así evitar lesiones.



Tendremos en cuenta que poseemos una faja natural, que son los abdominales, que protegen nuestra espalda y principalmente nuestras lumbares. Por lo tanto, debemos trabajar esta musculatura para tener un buen tono muscular.

También es muy importante que el resto de la espalda y de las piernas estén bien tonificadas, es por esto que debemos buscar alguna actividad o método de entrenamiento que nos permita tener un tono adecuado en estos músculos.

Además, es muy beneficioso terminar el día con sesiones de relajación y estiramiento, ya que nos permitirá ir a la cama en condiciones para tener un sueño reparador.

El autocuidado del cuidador es un tema muy extenso y de gran importancia, por lo que requeriría de un trato en mayor profundidad, y siempre añadido a las pautas que aquí se han presentado.

// Tendremos en cuenta que poseemos una faja natural, que son los abdominales, que protegen nuestra espalda y principalmente nuestras lumbares. Por lo tanto, debemos trabajar esta musculatura para tener un buen tono muscular//





11 LA RELAJACIÓN Y EL MANEJO DEL ESTRÉS.

Antonia Inmaculada Zomeño

11.1 RELAJACIÓN Y REFLEXIÓN_

Cuando hablamos de relajación debemos tener en cuenta que este término procede del latín "relaxare" (aflojar intensamente). El Instituto Nacional del Cáncer define las técnicas de relajación como «un método que se usa para ayudar a reducir la tensión muscular y el estrés, bajar la presión arterial y controlar el dolor».

Es fundamental plantearnos si la relajación es un estado, una consecuencia o quizá una forma de vida, y preguntarnos qué es lo que hace que no estemos relajados, qué es lo que nos hace estar tensos para que tengamos que buscar el otro extremo, es decir, la relajación como una tabla de salvación a la que estoy deseando llegar.

Las técnicas o instrumentos para relajarnos a veces pueden generar el efecto contrario si no las iniciamos de una forma adecuada iniciando una conexión con nuestro cuerpo, con la respiración y estableciendo una simbiosis entre cuerpo, mente y espíritu, es decir partiendo del autoconocimiento.

// Las técnicas de relajación son «un método que se usa para ayudar a reducir la tensión muscular y el estrés, bajar la presión arterial y controlar el dolor»//

11.2 AUTOCONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO_

Conocerse *a sí mismo* para comprenderse y quererse, para de este modo conocer, comprender y querer *al otro*. Este es el inicio de toda buena causa, construir desde dentro hacia afuera.

Y ¿cómo nos conocemos a nosotros mismos?, primero clarificando los términos implicados en nuestra forma de ser, sentir y actuar.

1. **La emoción** es la vivencia de una situación que hace reaccionar a tu organismo. No es racional y dura poco, menos que el sentimiento.
2. **El sentimiento** es el estado de ánimo que estaba ya antes o que queda después de la emoción o de un pensamiento.



3. **El pensamiento** es: ordenar, dar sentido e interpretar la información disponible en nuestra mente de la realidad percibida, creamos nuestros conceptos.
4. **La actitud** es la manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.

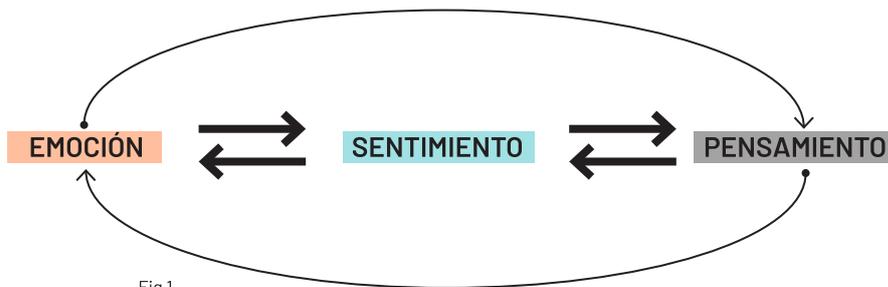


Fig1.

La emoción activa el sentimiento y éste al pensamiento. Todo ello se produce en una interacción constante y, en combinación continua, lleva a que se produzca también en sentido inverso enviando información a nuestro cerebro y preparando al cuerpo para la acción.

«Las frases interiores que nos repetimos de forma constante, son las responsables de nuestros estados emotivos». (Reyes, 2003).

// «Las frases interiores que nos repetimos de forma constante, son las responsables de nuestros estados emotivos»//





11.3 NAVEGAR POR EL MAR DE LAS EMOCIONES_

De la mano del doctor David Hawkins nos adentramos en ese océano de emociones para mirarlas a los ojos, presentarlas y reconocerlas en nosotros, de este modo las reconoceremos en los demás, y entraremos en ese grado de empatía donde la escucha y el acompañamiento son el «drenaje de la herida» de la persona a la que cuidamos.

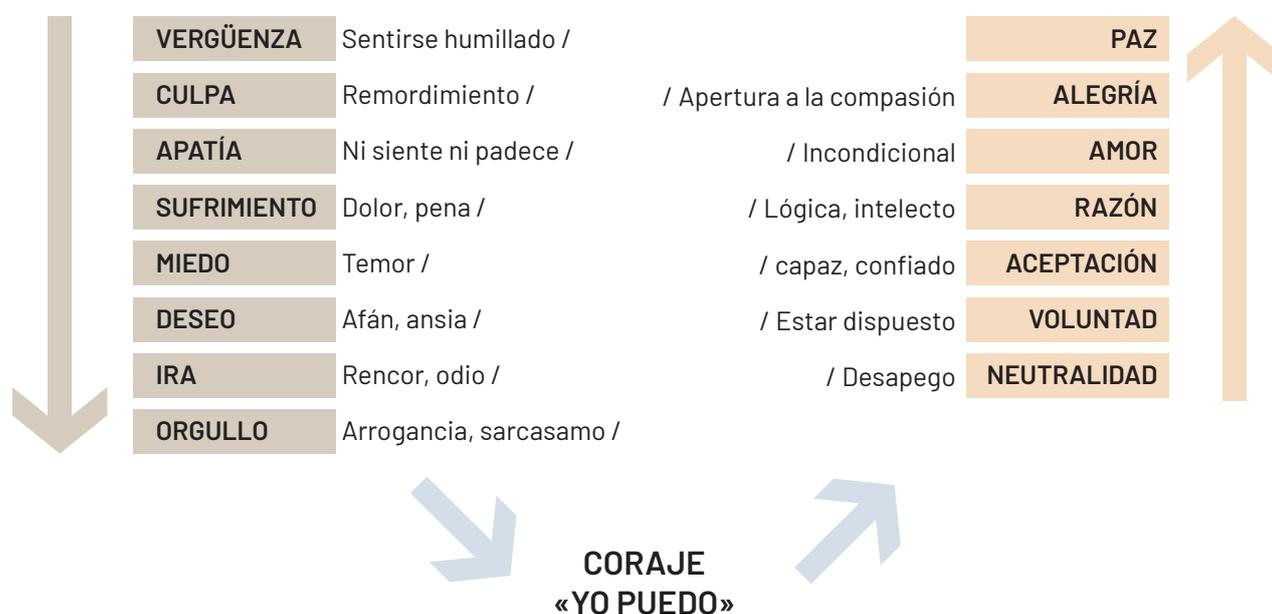


Fig 2

En la figura 2, en la columna de la izquierda podemos observar las emociones que nos desencadenan preocupaciones y sentimientos de malestar. Son esos estados en los que no encontramos la calma, ni nos conducen a la relajación.

Si en la misma columna de la izquierda (figura 2) seguimos la flecha de abajo a arriba en descenso, la persona tiene una emoción que calibra ligeramente más bajo y que va en ascenso en relación a un calibrado más alto, entendiendo como calibrar a que, según los estudios científicos llevados a cabo por el Dr. Hawkins, la respuesta muscular de las personas en un estado previo de calma y ante estas emociones presentadas, fue numerada y calibrada para poder realizar la medición de la escala de las emociones (Hawkins, 2015)

En la columna de la derecha (figura 2), la flecha en ascenso coincide con el aumento en las emociones más favorables para el ser humano.



Solo el coraje, es decir, el «Yo Puedo», nos conduce a la «reacción» para poder cambiar de una emoción de un nivel más bajo a otro más alto, y por tanto hacernos reaccionar preparándonos para «el cambio». Según el Dr. Hawkins la persona no puede vivir dos emociones contradictorias a la vez en un mismo tiempo.

Con la práctica de la atención plena, podemos ejercitar nuestra mente, para observar en ese tiempo o instante, llámese segundo, las emociones desde un apartado que es el de la conciencia, por tanto nuestros pensamientos incluirán sentimientos y emociones que de ellos se deriven.



11.4 LA RESPIRACIÓN_

La respiración es la conexión del entorno y nuestro interior, es el aire que está fuera y que introducimos en nuestros pulmones sufriendo una transformación de algunos gases como el oxígeno, nitrógeno y dióxido de carbono, proporcionándonos energía. Por lo que nos mantiene en interacción con el medio exterior. Llenar nuestros pulmones de aire limpio y renovado facilita la oxigenación,



la concentración y la relajación. Una buena respiración asegura el aporte de oxígeno a todos los tejidos y órganos del cuerpo (Nestor, 2021). Durante muchas horas al día, y sin darnos cuenta, nuestra respiración es superficial, esto supone la oportunidad de respirar profundamente.

Sería imposible relajarnos, calmarnos o recuperarnos de una emoción sin respirar profundamente. Por ello es fundamental prestar atención a nuestra respiración en algunos momentos del día para observar esa interacción, o en momentos clave que queramos practicar la atención plena en la respiración.

11.5 LA ATENCIÓN PLENA

El ser humano es un «buscador» por naturaleza. El término buscar está relacionado con ganar, conseguir pero debemos preguntarnos si el que busca es siempre el que encuentra, o bien encontramos sin la intención de buscar, solo con la capacidad de «Observar». Podemos reflexionar si solo por el hecho de estar ahí, en un lugar concreto, atentos a lo que acontece ya estamos «encontrando» lo que nos da u ofrece la vida.

Los seres humanos experimentamos diferentes estados y a diferentes niveles. Por ejemplo gracias a las sensaciones somos conscientes de lo que está ocurriendo en nuestro cuerpo. Gracias a la mente, somos conscientes de lo que está ocurriendo en las sensaciones y gracias a la consciencia sabemos lo que está ocurriendo en la mente (Hawkins, 2015).

La falta de atención afecta al rendimiento de cualquier tarea. La persona «no atenta» sufre un mayor estrés porque tarda más tiempo y tiene que esforzarse más en realizar cualquier tarea (Campayo, 2019).

La atención plena la podemos llevar por tanto a cada tarea, cada acto voluntario que realizamos como seres humanos y en los actos involuntarios podemos, a través del pensamiento, generar aceptación, reconocimiento a nuestras funciones vitales por ejemplo.

De este modo una mente atenta a la respiración, al cuerpo, a la comida, al trabajo que realiza etc... puede ser entrenada mediante una práctica formal. Es necesario restaurar la relación entre mente, cuerpo y espíritu y adentrarnos en dicha práctica formal, no nos sirve solo la intención, hay que pasar a la acción.

// La atención plena la podemos llevar a cada tarea. Cada acto voluntario que realizamos como seres humanos y en los actos involuntarios podemos, a través del pensamiento, generar aceptación, reconocimiento a nuestras funciones vitales//



11.6 LA PRÁCTICA Y LA POSICIÓN

Antes de realizar la práctica sería conveniente realizar algunos ejercicios de estiramiento, sin forzar anatómicamente, sino por el contrario de forma fisiológica, arqueando la columna hacia adelante y hacia atrás, observando el lenguaje de tu cuerpo (Ogden y Fisher, 2016). Elevar los brazos hacia arriba como si estuvieras des-perezándote, y realizar otros ejercicios, como llevar los hombros hacia atrás y hacia delante. Cada persona debe realizar los movimientos que le permitan estar cómodo y sin forzar las articulaciones del cuerpo.

Para comenzar con la práctica formal debemos adoptar una postura cómoda, la que cada uno considere. Particularmente es preferible sentados en una silla, porque estar acostado o encima de un cojín muy mullido puede conducirnos a dormir o a estar incómodos en la segunda opción.

La posición recomendada por tanto es en una silla con las plantas de los pies en línea paralela con el suelo, las nalgas en el mismo borde de la silla, para no desplazar nuestro cuerpo hacia adelante y frenar las piernas en posición de 90 grados, no debemos por tanto apoyarnos en el respaldo de la silla, sino estar con la columna erguida, las manos encima de los muslos, con la palma hacia arriba o hacia abajo como nos resulte más cómodo, los hombros hacia abajo en una posición natural, la barbilla ligeramente mirando hacia el suelo y la coronilla mirando al cielo.

La duración de este ejercicio puede suponer unos 15 minutos aproximadamente, lo ideal es que sea a diario. Cuanto más se realiza la práctica formal, más se llevará a cabo en el día a día, cuando estamos inmersos en la rutina diaria, que sería la denominada práctica informal.

La práctica se escuchará a través de un audio facilitado y haciendo referencia a Vicente Simón Psiquiatra e instructor en Mente atenta. Podemos elegir cualquiera de los ejercicios que encontraremos en el apartado de bibliografía.





BIBLIOGRAFÍA

Akçay, M. B., & Oğuz, K. (2020). *Speech emotion recognition: Emotional models, databases, features, preprocessing methods, supporting modalities, and classifiers*. En *Speech Communication* (Vol. 116, pp. 56-76). Elsevier B.V.

<https://doi.org/10.1016/j.specom.2019.12.001>

Álava Reyes, M^a Jesus. (2010) *La inutilidad del sufrimiento*. 1^a Ed. Madrid. La esfera de los libros.

Armentia V.L., Uribarri I.A., Mimbbrero N.P. (2008) *Eficacia de una intervención psicológica a domicilio dirigida a personas cuidadoras de mayores dependientes*. *Revista española de Geriatria y Gerontología*. 43(4): 229-34.

Aymerich-Andreu M., Casas-Aznar F., Planes-Pedra M., Gras-Pérez M.E. (2005) *El cuidado de los ancianos en el entorno familiar. Valoración de diversos recursos de apoyo mediante grupos de discusión*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 40: 16-23.

Claxton, G. (2016) *Inteligencia corporal*. Plataforma Editorial.

DSM-5. (2013) *American Psychiatric Association*.

Dos Anjos K.F., De Oliveira Boery R.N.S., Pereira R., Santos V.C., Boery E.N., Casotti C.A. (2014) *Perfil de cuidadores familiares de idosos no domicilio*. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 6(2): 450-61.

Eppinger, B., Hämmerer, D., & Li, S. C. (2011). *Neuromodulation of reward-based learning and decision making in human aging*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1235(1), 1-17.

<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06230.x>

Finch, C. E. (2009). *Update on slow aging and negligible senescence - A mini-review*. En *Gerontology* (Vol. 55, Número 3, pp. 307-313).

<https://doi.org/10.1159/000215589>

Flores, M. E., Rodríguez, M., González, G., Robles, J., & Valle, M. A. (2020). *Declive cognitivo de atención y memoria en adultos mayores sanos*. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(1), 65-77.

Freud, S. (1899) *Die Traumdeutung*. Ed. Franz Deuticke.

García Campayo, Javier. (2019) *El camino de la Atención Plena*. 1^a Ed. Madrid. Siglantana.



González-Valentín A., Gálvez-Romero C. (2009) *Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio*. Gerokomos. 20(1): 15-21.

Guillem-Saiz, J., & Lacomba-Trejo, L. (2021). *Actividad Física y Salud. Factores de Riesgo y Protección del Envejecimiento Activo: Revisión Sistemática*. Kronos, 20(1).

<https://www.researchgate.net/publication/353289016>

Hawkins, David R. (2014) *Dejar ir*. 1ª Ed. Barcelona. Grano de mostaza.

Hedden, T., & Gabrieli, J. D. E. (2004). *Insights into the ageing mind: A view from cognitive neuroscience*. En Nature Reviews Neuroscience (Vol. 5, Número 2, pp. 87-96). European Association for Cardio-Thoracic Surgery.

<https://doi.org/10.1038/nrn1323>

Hernández, R. (2017). *Relaciones Intergeneracionales: Fundamentos y Estrategias para el Desarrollo*. Editorial Médica Panamericana.

Herrera J. (2005) *Los equipos de valoración y cuidados geriátricos: expectativas defraudadas*. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 40(2): 120-5.

Holmes, T. H. & Rahe, R.H. (1967) *The social readjustment rating scale*. Journal of Psychosomatic Research, 11(2), 213-218.

Landau, M. J. (2008). *Acoustical Properties of Speech as Indicators of Depression and Suicidal Risk*. Vanderbilt Undergraduate Research Journal, 4.

<https://doi.org/10.15695/vurj.v4i0.2783>

Lapuente, F. R., Pedro, J., & Navarro, S. (1998). *Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal*. 14, 27-43.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca.

Maldonado Guzmán G. (2011) *Valoración geriátrica integral y su significado en el adulto mayor*. Alicante.

Márquez González M., López Martínez J. (2010) *Cuidando más allá del domicilio: el papel de la familia en los centros residenciales y el cuidado colaborativo*.

Marschner, A., Mell, T., Wartenburger, I., Villringer, A., Reischies, F. M., & Heekeren, H. R. (2005). *Reward-based decision-making and aging*. Brain Research Bulletin, 67(5), 382-390.

<https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2005.06.010>



Martínez T. (2010) *Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia*. Informes portal mayores.

Merino I.A., García M.L., editors. (2005) *Ocio en los mayores: calidad de vida. Envejecimiento, salud y dependencia*. Universidad de La Rioja.

Moré P. (2018) *Los límites del cuidado. Organización de la asistencia a domicilio para personas mayores en Madrid y París*. Revista Internacional de Sociología. 76(1): e086-e.

Nancy Lepe-Martínez, D., Francisca Cancino-Durán, L., Fernanda Tapia-Valdés, L., Pamela Zambrano-Flores, L., Patricia Muñoz-Veloso, L., Ivonne Gonzalez-San Martínez, D., & Ramos-Galarza, C. (2020). *Executive Functions Performance In Old Adults: Relationship With Autonomy And Quality Of Life*. En Revista Ecuatoriana de Neurología (Vol. 29, Número 1).

Negash, S., Smith, G. E., Pankratz, S., Aakre, J., Geda, Y. E., Roberts, R. O., Knopman, D. S., Boeve, B. F., Ivnik, R. J., & Petersen, R. C. (2011). *Successful Aging: Definitions and Prediction of Longevity and Conversion to Mild Cognitive Impairment*. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 19(6), 581-588.

<https://doi.org/10.1097/JGP.0B013E3181F17EC9>

Neira-Vallejos, S., & Ortiz, M. (2020). *Comparación social y su impacto en enfermedades crónicas. Una revisión sistemática*. Terapia Psicológica, 38(2), 243-258.

Nestor, James. (2021) *Respira: la nueva ciencia de un arte olvidado*. 7ª Ed. Planeta.

Newman, S. & Hatton-Yeo, A. (2008). *Intergenerational Learning and the Contributions of Older People*. Ageing Horizons, 8, 31-39 / 13, 45-59.

Ogden, Pat; Fisher, Janina. (2016) *Psicoterapia Sensoromotriz*. 2ª Ed. Bilbao.

Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). *Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis*. En Gerontology (Vol. 62, Número 4, pp. 443-449). S. Karger AG.

<https://doi.org/10.1159/000441651>

Phelan, E. A., & Ritchey, K. (2018). *In the clinic® fall prevention in community-dwelling older adults*. Annals of Internal Medicine, 169(11), ITC81-ITC96.

<https://doi.org/10.7326/AITC201812040>

Rodríguez-Rodríguez P. (2005) *El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía*. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 40:5-15.



Sapolsky, R.M. (2023) *¿Por qué las cebras no tienen úlcera?* Alianza Editorial.

Schade, N., Medina, F., Ramirez-Vielma, R., Sánchez-Cabaco, A., & De La Torre, L. (2022). *Detección temprana de Deterioro Cognitivo Leve en personas*. *Re*, 60(4), 403-402.

Tzeng, H. M., Okpalauwaekwe, U., & Lyons, E. J. (2020). *Barriers and facilitators to older adults participating in fall-prevention strategies after transitioning home from acute hospitalization: A scoping review*. En *Clinical Interventions in Aging* (Vol. 15, pp. 971-989). Dove Medical Press Ltd.

<https://doi.org/10.2147/CIA.S256599>

Valdés, M. & De Flores, T. (1990) *Psicobiología del estrés*. Ediciones Martínez Roca.

Villar, F. & Serrat, R. (2014). *Promoting Intergenerational Programs: The Role of Age-Friendly Environments*. *Journal of Intergenerational Relationships*, 12(4), 383-396.

Wanden-Berghe C. (2021) *Valoración geriátrica integral. Hospital a Domicilio*. 5(2).

Zabalegui Yárnoz A., Juandó Prats C., Izquierdo Mora M.D., Gual García P., González-Valentín A., Gallart Fernández-Puebla A., et al. (2004) *Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática*. *Gerokomos*. Vol 15, num 4, pag. 199-208. 2004.

...

Práctica Formal: Simón, Vicente.

Meditación del Ahora:

<https://www.youtube.com/watch?v=gr4-eWUO-h0>

Meditación de la Respiración:

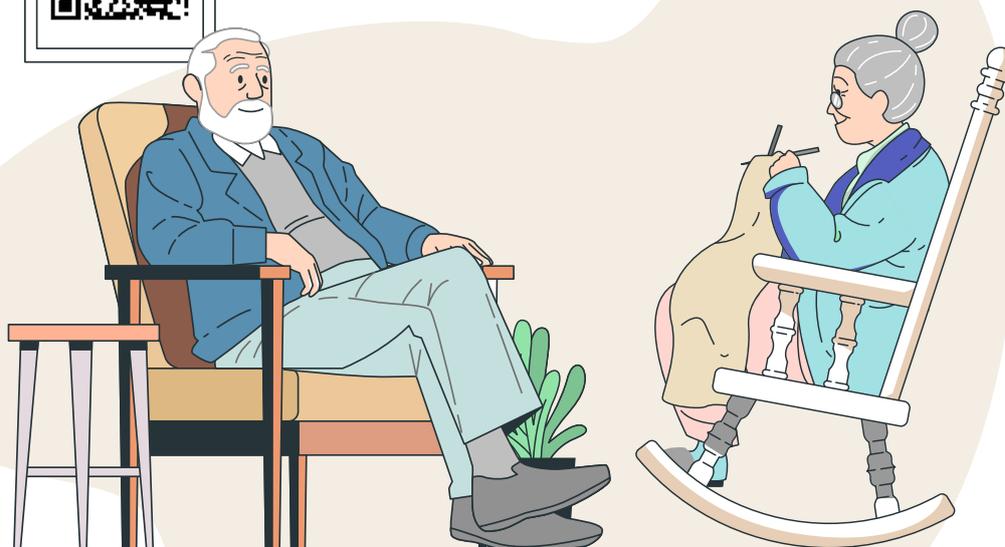
<https://www.youtube.com/watch?v=rOa0EYX0pgE>



RECURSOS ONLINE

En este enlace o código QR puedes encontrar recursos on line acerca del cuidado y atención a nuestros mayores:

<https://fundacionfade.org/cuidar-personas-mayores/>





EPÍLOGO

Son muchos los aspectos que se pueden y deben tener en cuenta para atender y cuidar a nuestros mayores en el entorno del hogar. En esta guía hemos querido centrarnos en los contenidos esenciales, de la mano de los profesionales que nos han acompañado en este itinerario formativo. Desde aquí de nuevo nuestro agradecimiento.

Junto a ello, os animamos a seguir ahondando en los temas tratados: para ello, hemos incluido un elenco importante de referencias bibliográficas que os lo facilitarán. Además, en el apartado de *Recursos on line* se puede encontrar abundante material de consulta de fácil acceso a través de Internet.

Para terminar, nos gustaría mucho contar con vuestras sugerencias, que nos podéis hacer llegar a través de **este formulario**.

Seguimos a tu disposición, para seguir mejorando en el cuidado de nuestros mayores.





Fundación FADE

C/ Madre de Dios 17, entresuelo.

30004 Murcia

T. 868 940 204

fade@fundacionfade.org

www.fundacionfade.org

COLABORAN:



Región de Murcia
Consejería de Política Social,
Familias e Igualdad

