



isbn-00-0000-000-0



GUÍA PRÁCTICA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN EL SECTOR DE LA AYUDA A DOMICILIO AC SERVICIOS

# Guía práctica para cuidadores

Plan de mejora  
de la calidad en el sector  
de la ayuda a domicilio



# **Guía práctica para cuidadores**

Plan de mejora  
de la calidad en el sector  
de la ayuda a domicilio

# Índice

<b>CONTENIDOS</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>1.- JUSTIFICACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>2.- ASPECTOS SOCIALES</b>	<b>7</b>
<b>3.- EL CUIDADOR PRINCIPAL</b>	<b>11</b>
3.1 DEFINICIÓN. FASES DE ADAPTACIÓN	11
3.2 CONSEJOS PRÁCTICOS DIRIGIDOS A CUIDADORES PRINCIPALES	12
3.3 TEST PARA SABER SI UN CUIDADOR ESTÁ O NO SOBRECARGADO	13
<b>4.- LA PERSONA DEPENDIENTE. CUIDADOS BÁSICOS</b>	<b>15</b>
4.1 DEFINICIÓN. FACTORES	15
4.2 VALORACIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA: EL ÍNDICE DE BARTHEL	16
4.3 CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAS DEPENDIENTES: ASEO E HIGIENE PERSONAL	17
4.3.1 INTRODUCCIÓN. TIPOS DE ASEO	17
4.3.2 REALIZACIÓN DEL ASEO: ASPECTOS PREVIOS - PREPARACIÓN - EL ASEO - POSICIONES PARA ENTENDER EL ASEO	17
4.4 CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAS DEPENDIENTES: MOVILIZACIONES	21
4.4.1 DEFINICIÓN. PRINCIPIOS BÁSICOS	21
4.4.2 MOVILIZACIÓN EN LA CAMA	22
4.4.3 TRANSFERENCIA DE CAMA A LA SILLA DE RUEDAS	22
4.4.4 LOS CAMBIOS POSTURALES	22
<b>5.- EL PACIENTE TERMINAL. CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>25</b>
5.1 INTRODUCCIÓN	25
5.2 CUIDADOS PALIATIVOS: ASEO/HIGIENE PERSONAL Y ACTIVIDAD FÍSICA	26
5.3 CUIDADOS PALIATIVOS: ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	26
5.4 CUIDADOS PALIATIVOS: CONTROL DEL ESTREÑIMIENTO	27
5.5 CUIDADOS PALIATIVOS: CUIDADOS DEL SUEÑO	27
5.6 CUIDADOS PALIATIVOS: CONTROL DE SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES	28
<b>6.- PERSONAS CON ALTERACIONES DE LA CONDUCTA</b>	<b>31</b>
6.1 DELIRIOS. CONSEJOS	31
6.2 ALUCINACIONES. CONSEJOS	31
6.3 CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERAMENTO: ANSIEDAD, NERVIOSISMO E INQUIETUD. CONSEJOS	32
6.4 TRASTORNOS DEL SUEÑO. CONSEJOS	33

#### **EQUIPO DE PROFESIONALES QUE HAN COLABORADO EN ESTE MANUAL:**

M<sup>ª</sup> MERCEDES MONTESINOS AMOR. TRABAJADORA SOCIAL.

M<sup>ª</sup> DEL ROSARIO RUIBAL VIGIL. JEFA DE EQUIPO.

M<sup>ª</sup> LUCRECIA VILLAMARZO LÓPEZ. PSICÓLOGA.

JAVIER ALONSO RODRÍGUEZ. AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO.

PALOMA ALONSO CARREÑO. ENFERMERA.

M<sup>ª</sup> JOSÉ CUESTA ENTRIALGO. ENFERMERA.

MARLENE DEL VALLE VEGA. ENFERMERA.

ROSA GONZÁLEZ ABLANEDO. ENFERMERA.

ROSARIO MATEO SÁNCHEZ. ENFERMERA.

#### **AGRADECIMIENTOS**

AYUNTAMIENTO DE GIJÓN.

TRABAJADORAS SOCIALES DE LOS CENTROS DE SALUD DEL AYUNTAMIENTO DE GIJÓN.

TRABAJADORA SOCIAL DEL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES DEL AYUNTAMIENTO DE VILLAVICIOSA.

HOSPITAL DE CABUEÑES.

HOSPITAL DE JOVE.

HOSPITAL DE CRUZ ROJA.

SANATORIO DE BEGOÑA.

EMPRESAS DE AYUDA A DOMICILIO RADICADAS EN EL CONCEJO DE GIJÓN Y PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN ELLAS.

#### **DISEÑO Y MAQUETACIÓN**

Intermark Comunicación

#### **IMPRIME**

XYZ

#### **D.L.**

AS-0000-2006

6.5 TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. CONSEJOS	33
6.6 EXHIBICIÓN DEL CUERPO Y ALTERACIONES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL. CONSEJOS	33
6.7 DEAMBULACIÓN ERRANTE (VAGABUNDEO). CONSEJOS	34
6.8 SEGUIMIENTO PERSISTENTE AL CUIDADOR. CONSEJOS	35
6.9 ACTOS REPETITIVOS. CONSEJOS	35
6.10 APATÍA E INDIFERENCIA HACIA LAS COSAS. CONSEJOS	35
6.11 DEPRESIÓN. CONSEJOS	35
6.12 SUICIDIO. CONSEJOS	36
<b>7.- PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS</b>	<b>37</b>
7.1 LOS ACCIDENTES DOMÉSTICOS	37
7.2 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES. CONSEJOS PRÁCTICOS: COCINA - BAÑO - RESTO DE LA CASA	37
<b>8.- LA ADAPTACIÓN DE LA VIVIENDA Y LAS AYUDAS TÉCNICAS</b>	<b>39</b>
8.1 AYUDA TÉCNICA PARA EL ASEO Y EL CUIDADO PERSONAL	39
8.2 AYUDA TÉCNICA PARA LA MOVILIDAD	40
8.3 AYUDA TÉCNICA PARA LA ALIMENTACIÓN Y EL CUIDADO DEL HOGAR	40
8.4 AYUDA TÉCNICA PARA LA COMUNICACIÓN	40
<b>9.- CONCLUSIONES</b>	<b>43</b>
<b>10.- BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>47</b>

# 1

## Justificación

El Aumento de los índices de dependencia en los próximos años es uno de los principales retos al que se enfrentan las Administraciones Públicas.

Hoy en día las políticas sociales tienden en Europa a mejorar la calidad los servicios que se prestan a las personas dependientes tanto desde el sector público como del privado.

El Ayuntamiento de Gijón es un Ayuntamiento comprometido y pionero en dos vertientes por un lado con el desarrollo de planes de calidad y por otro en el diseño de políticas, actuaciones y actividades basadas en la prevención, rehabilitación y cuidados de la salud con el colectivo de personas mayores y dependientes.

El Ayuntamiento de Gijón colabora y participa con entidades y recursos tanto de ámbito público como privado para garantizar una mejor calidad en los servicios que se prestan a las personas mayores y dependientes.

Tras años de experiencia en el Sector de Ayuda a Domicilio la Empresa ACservicios pretende mejorar día a día la calidad de los servicios que se prestan a los usuarios. El objetivo es facilitar a través de esta guía a aquellos cuidadores formales e informales los conocimientos y las herramientas necesarias para que ellos mismos mejoren los servicios que prestan a aquellas personas dependientes que están a su cargo.

Para la elaboración de esta guía se ha contado con la participación de distintos profesionales que trabajan en el sector, así como con distintos usuarios y con las familias de estos, con el objetivo de que este manual sirva de orientación para mejorar los servicios que se prestan en la Ayuda a Domicilio en el sector privado.

La Ayuda a Domicilio es un recurso que facilita la permanencia de las personas mayores en su domicilio y que permita a su vez mejorar la calidad de vida de estas y de sus familias, a través de unos apoyos de carácter personal, domestico y social.

La Ayuda a Domicilio ha de dar respuesta a las necesidades de las personas dependientes y a sus familiares bajo criterios de calidad, eficacia y eficiencia, contribuyendo al mantenimiento de las mismas en su medio habitual, facilitando su autonomía funcional, prestada preferentemente en su domicilio o en su entorno más próximo.

El término de calidad en la ayuda a domicilio implica la capacidad de dar una respuesta rápida, eficaz y eficiente a las necesidades que se les presenta a los usuarios en su domicilio o en su entorno más cercano con el fin de mejorar la calidad de vida de los mismos.

Desde el punto de vista Empresarial la calidad en el sector de la Ayuda a Domicilio afecta de igual forma tanto a “lo que se hace” como a la manera en “como se hace” concediendo especial atención a la cualificación del personal que hace efectiva la prestación, así como a la coordinación continuada con otros recursos como son los servicios sociales, los sanitarios y otras entidades dedicadas a la prestación de tales servicios a fin de garantizar su calidad, profesionalidad y eficacia.

Para lograr esto, las empresas del sector han de cumplir con la normativa autonómica y municipal correspondiente, normativa referente a sistemas de acreditación, instalaciones, equipamientos y recursos o medios necesarios para velar por el correcto cumplimiento de los servicios que se prestan a los usuarios.

Por otro lado, las Empresas y los profesionales que la integran así como los servicios que estos prestan han de ser objeto de mejora continua; los servicios han de ser prestados en base a unos estándares de calidad y han de tener en cuenta la satisfacción de sus trabajadores, la mejora de la actuación, la vigilancia de la cualificación del personal y la eficiencia y la adecuación del uso de recursos.

# 2

## Aspectos sociales

La Ayuda a Domicilio es un servicio orientado a aquellas personas que tienen problemas de autonomía personal para realizar por si solas las actividades básicas de la vida diaria como son: el aseo, el vestido, la alimentación, el desplazamiento, etc. Este servicio se concreta en una serie de actividades de carácter personal, domestico y social con la finalidad de favorecer la permanencia de la persona en su domicilio personal y su entorno habitual, favoreciendo su autonomía personal y proporcionando el debido apoyo a sus familias.

Por regla general, la Ayuda a Domicilio va dirigida tanto a familias desestructuradas como a personas mayores, personas con discapacidad, menores, o cualquier miembro de la unidad familiar que presenten una situación de necesidad y de dependencia para realizar por si solo o con ayuda estas actividades que son básicas en la vida diaria.

**Las Empresas privadas** dedicadas al sector de la ayuda a domicilio **ofrecen una amplia gama de servicios y actividades** a las personas dependientes y sus familias como son:

### Actividades de carácter personal y preventivo

Como supervisión de la medicación, ayudas para levantarse y acostarse, higiene personal, desplazamientos y acompañamientos tanto dentro y como fuera del hogar etc.

Las actividades de carácter preventivo son aquellas que tienden a evitar riesgos evitando un deterioro físico, psíquico y/o social de la persona a través del desarrollo de tareas como el aseo o la higiene, o actividades que ayuden a la persona a ejercitar la mente o que ayuden a fomentar su autonomía personal, su autoestima y la relación con su entorno (a través de salidas al parque, al hogar de pensionistas, ir de compras etc.).

### Actividades domesticas

Se refiere a todas aquellas actividades que conllevan el mantenimiento y limpieza del hogar como el fregar, limpiar, hacer camas, planchar etc.

### Actividades de carácter social y educativo

Consiste en educar a los usuarios y sus familias sobre hábitos saludables y pautas (Ej.: como poner adecuadamente un pañal, o como hacer adecuadamente una movilización o un traslado de una persona de la cama al sofá) con el fin de mejorar su calidad de vida.

En este apartado también incluiremos el acompañamiento para hacer gestiones, ir al médico y el desarrollo del ocio y tiempo libre.

**Existen otros Recursos socio sanitarios de apoyo a las familias.** En la actualidad el Ayuntamiento de Gijón cuenta con una red de recursos y equipamientos tanto públicos como privados, a través de los cuales viene desarrollando diversos programas en los que se prestan una serie de servicios y actuaciones basadas en la prevención, rehabilitación y cuidados de la salud de personas mayores y dependientes.

Estos servicios al igual que la Ayuda a Domicilio tienen como objetivo proporcionar el debido apoyo a aquellas personas dependientes y sus familias que por su situación requieren de la ayuda de otra persona o servicio para realizar determinadas actividades de la vida cotidiana favoreciendo así su autonomía personal y posibilitando que permanezcan en su domicilio y en su entorno habitual con la finalidad de mejorar su calidad y bienestar social.

**Estos recursos son:**

### Tele asistencia

Se trata de un dispositivo de llamada telefónica en forma de pulsera o medallón que a través de ella nos podemos poner en contacto con una centralita conectada con distintos profesionales que esta abierta las 24 horas del día, es un recurso que nos permite hacer un seguimiento y resolver situaciones de crisis o de emergencia que se presenten a los usuarios. Este recurso también puede ser gestionado por una empresa privada.

### Centros de día

Son centros socio sanitarios que proporcionan apoyo familiar y atención a las personas mayores o discapacitadas durante el día y facilitan que la persona mayor permanezca integrada y vinculada a su entorno habitual con otras personas.

### Estancias temporales

Recurso dirigido aquellas personas mayores con problemas de autonomía que consiste en el ingreso en una residencia o un centro gerontológico durante un tiempo limitado cuando sus circunstancias o las de las personas que le atienden lo hacen aconsejable. En ella se proporciona una atención integral y continuada, y proporciona además el respiro familiar a sus cuidadores principales.

### Centros residenciales

Centros en los que se proporciona una atención integral y continuada a los usuarios en un centro que les sirve de alojamiento. En ellos se prestan los servicios de alojamiento, manutención, asistencia social y asistencia médica.

**Estos centros se dividen en:**

- **Residencias para válidos:** están dirigidos a aquellas personas que tienen suficiente autonomía personal para realizar por si solos las actividades básicas (higiene, aseo, desplazamientos.)
- **Residencias para no válidos:** dirigidos a aquellos que no pueden realizar por si solos las actividades básicas es decir necesitan la ayuda de otra persona.
- **Residencias mixtas:** son las dirigidas tanto a personas que son autónomos para realizar por si solo las actividades básicas como para aquellos que no lo son y necesitan de una tercera persona para realizarlas.

### Alojamiento heterofamiliar para personas mayores

Es un recurso que a través de una ayuda económica permite a aquellas personas mayores dependientes y en situación de necesidad convivir con otra familia proporcionándole la debida atención, alojamiento y manutención.

### Viviendas tuteladas para personas mayores

Son una serie de viviendas adaptadas que están bajo la tutela y asistencia técnica de los Servicios Sociales; están dirigidas a personas mayores en situación de necesidad que por diferentes razones ya no pueden vivir en su hogar y en donde se proporcionara una atención integral a sus necesidades.

### Apartamentos para personas mayores

Son pequeñas viviendas independientes y dirigidas a personas mayores con suficiente autonomía personal para vivir de forma independiente.

### Ayudas económicas individuales

Son prestaciones dirigida a aquellas personas mayores que tienen problemas específicos que dificultan su permanencia en su entorno habitual. Se dirigen a la adaptación funcional del hogar (por ejemplo, eliminación de barreras, adaptación del baño, etc.) y ayudas técnicas (colchones antiescaras, grúas, sillas de ruedas, etc.).

### Asociaciones de ayuda (ejemplo asociación de Alzheimer, Parkinson, Esclerosis, etc.)

A través de este recurso se proporciona la información y la ayuda necesaria a las familias para afrontar las dificultades que pueden surgir cuando se convive con una persona afectada por ese tipo de enfermedad. Desde estas asociaciones se pretenden ayudar a los usuarios y sus familias a conocer mejor la enfermedad y afrontarla de la mejor forma posible.

### Voluntariado social

Son Entidades sin ánimo de lucro, formadas por un conjunto de personas que desarrollan actividades de carácter social de forma voluntaria y desinteresada durante un periodo de tiempo y sin ningún coste, entre las actividades que prestan podemos nombrar las siguientes: acompañamientos, gestiones, movilización de recursos etc.

# 3

## El cuidador principal

### 3.1. DEFINICIÓN. FASES DE ADAPTACIÓN.

Los cuidadores son aquellas personas que por diferentes motivos se convierten en la persona responsable del cuidado de una persona enferma, dedicando gran parte de su tiempo y esfuerzo a permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria y ayudándola a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad les impone. **En el proceso de adaptación al cuidado se pueden diferenciar una serie de fases que experimentan la mayoría de los cuidadores**, aunque es probable que estas fases no se produzcan en todos los casos.

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

El cuidador no acepta que exista esa enfermedad o esa discapacidad. Esta fase es, normalmente temporal, pues la evidencia del deterioro de la persona hace que sea difícil aceptar las propias excusas del cuidador como “está distraído”, “ya sanará”...

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

A medida que se acepta que se está ante una situación de dependencia y que ésta va a afectar a la vida de la persona dependiente, del cuidador y del resto de las personas que conviven con él, los cuidadores suelen empezar a buscar información para entender al máximo la enfermedad o situación a la que se enfrentan.

También es común que aparezcan sentimientos de MALESTAR (por lo injusto de lo que les ha tocado vivir), ENFADO o IRA; estos sentimientos no dejan de ser respuestas normales a situaciones sobre las que no se tiene el control.

Sobrellevar los sentimientos de ira y de culpa sin tener medios adecuados para expresarlos puede ser muy destructivo para la persona. Para sobrellevar estos sentimientos es aconsejable que primero se de cuenta de ellos y después sea capaz de hablar de ellos de forma clara y sincera con alguna persona de su confianza.

#### **Fase 3: reorganización**

A medida que pasa el tiempo, los sentimientos de ira y enfado pueden continuar, pues una relación importante de su vida (la relación con su padre, madre, esposo...) se ha perdido o en el mejor de los casos modificado. Pero a pesar de esto, algo de control ya se tiene pues

se cuenta con información sobre la enfermedad, información sobre los recursos existentes, y puede que la ayuda de algún familiar así como una idea más realista de lo que está pasando. Esto va a llevar al cuidador a tener una vida más normal y estar más capacitado para aceptar mejor los cambios que aparezcan.

#### Fase 4: resolución

Aquí los cuidadores son más capaces de manejar con éxito las demandas de la situación, son capaces de expresar sus emociones, principalmente la tristeza y la pena. Esta fase, no es alcanzada por todos los cuidadores.

### 3.2 CONSEJOS PRÁCTICOS DIRIGIDOS A CUIDADORES PRINCIPALES.

Durante el tiempo que dura la situación de cuidado, **los cuidadores experimentan** problemas físicos, cambios en su vida, en sus roles así como un aumento de sus responsabilidades; todo este ajuste suele acompañarse de tensiones que van superándose o modificándose según nos vamos adaptando.

**Dentro de los problemas físicos**, el más frecuente es la aparición de lesiones en la espalda por la incorrecta movilización de la persona dependiente. Algunos consejos que podemos tener en cuenta para evitarlo son los siguientes:

- Pedir la colaboración de la persona dependiente
- Mantener la espalda recta y protegerla en todo momento
- Separar bien los pies y adelantar un poco uno más que otro
- Flexionar las rodillas
- Aprovechar la inercia de peso del cuerpo
- Conocer y aplicar la legislación vigente en el entorno laboral relativo al manejo de cargas físicas.

- **Planificar con antelación el cuidado y conocer la realidad**. Es importante conocer la enfermedad y saber si se contará con ayuda en el cuidado; aquí es muy importante la división de responsabilidades y cómo se distribuirán.

- **Prever** cómo afectará el cuidado a sus relaciones personales, a su situación laboral y a su economía; no debemos olvidar que cuidar implica tiempo y dinero, tiempo que se extrae del que antes se dedicaba a la pareja, a los hijos o a las relaciones sociales. Es importante para evitar conflictos: incluir a la pareja y a los hijos en la toma de decisiones, conocer como ven ellos la situación y saber si van a participar, y no descuidar el reservar tiempo para estar con ellos y participar en sus vidas.

- **Compartir problemas**. Es importante compartir con otros sus sentimientos, experiencias y necesidades como cuidador. Si uno se los guarda para sí, va a ser muy difícil poder "cuidar" pues esos sentimientos estarán ahí haciéndose mayores y más fuertes y actuarán sobre ellos como una losa. Es importante tratar de aceptar ayuda cuando otros la ofrecen, sin sentirse mal por ello. No lo olvide: ¡está haciendo bien su trabajo!!

- **Dedicar tiempo a uno mismo**. Es muy importante que tenga tiempo para usted, pues esto le va a permitir relacionarse con otras personas, no perder sus hobbies y aficiones, y sobre todo ¡divertirse!!

- **Conocer sus propios límites**. ¿Es capaz de aguantar más tiempo?, ¿ya no puede más? Mucha gente se dará cuenta de cuanto puede aguantar antes de que la situación le sobrepase. Si está ante una situación insostenible, pida ayuda para evitar una crisis.

- **No auto culparnos**. Uno no es culpable de lo que está sucediendo, como tampoco es culpable

el enfermo de lo que está demandando, el culpable es la enfermedad. Mejor que auto culparse es analizar qué es lo que me lleva a este sentimiento y qué puedo hacer para solucionarlo.

- **Establecer límites y saber decir "NO"**. Debemos establecer límites cuando damos más ayuda de la necesaria, es decir, cuando creemos que debemos encargarnos de TODO lo que se nos pide o QUE SOLO NOSOTROS sabemos hacerlo. Esto tiene su riesgo, pues se está imponiendo objetivos imposibles y al no alcanzarlos aparecerá la culpabilidad.

Ante esta situación se han de poner límites y una de las formas más efectivas es DECIR NO, lo que no quiere decir que sea la más sencilla.

- **Reconocer sentimientos**. Cuidar implica experimentar diferentes sentimientos y emociones como son la tristeza, pena, culpa, enfado, preocupación, etc., que interferirán en su vida. Para poder enfrentar estos sentimientos negativos, primero debe reconocer que existen, es decir, como son sentimientos que les hacen sentir mal por experimentarlos, los niegan pudiendo aparecer otros como desesperanza, ansiedad o ira.

En la aparición de estos sentimientos negativos tiene mucha importancia la interpretación que el cuidador haga de su situación, es decir, lo que piense el cuidador sobre esta situación va a influir en lo que sienta. Si estos sentimientos aparecen lo que podemos hacer es:

- conocer qué es lo que nos hace tener este sentimiento, es decir, cuál es su origen.
- conocer por qué nos hace sentir mal.
- aceptar estos sentimientos como normales y comprensibles.
- expresarlos con otras personas de su confianza.
- reconocer los propios límites:
  - saber qué puede y qué no puede hacer
  - definir prioridades a la hora de actuar
  - buscar ayuda

- **Combatir la soledad**. Muchos cuidadores terminan apartándose de la sociedad y se limitan a estar con la persona enferma en sus casas. Ser un cuidador puede resultarle solitario, puede haber perdido la relación con la persona y haber perdido otros contactos sociales debido a las exigencias de su tarea. La soledad dificulta el sobrellevar los problemas. Es importante mantener las amistades y contactos sociales.

### 3.3 TEST PARA SABER SI UN CUIDADOR ESTÁ O NO SOBRECARGADO.

**Instrucciones:** A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. Así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

#### Cómo puntuar:

- 0=Nunca
- 1=Rara vez
- 2=Algunas veces
- 3=Bastantes veces
- 4=Casi siempre



## 4

Entrevista sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit, 1982)	
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0 1 2 3 4
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0 1 2 3 4
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0 1 2 3 4
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0 1 2 3 4
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0 1 2 3 4
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0 1 2 3 4
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0 1 2 3 4
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0 1 2 3 4
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0 1 2 3 4
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0 1 2 3 4
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0 1 2 3 4
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0 1 2 3 4
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0 1 2 3 4
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0 1 2 3 4
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0 1 2 3 4
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0 1 2 3 4
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	0 1 2 3 4

Adaptado por Izal, M. y Montorio, I. (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente. En T. Del Ser y J. Peña (eds.). Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: bvie.

**Resultado:**

- Menor de 46: no sobrecarga
- Entre 46-56: sobrecarga leve
- Mayor de 56: sobrecarga intensa.

*Extraído de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.*

## La persona dependiente. Cuidados básicos.

### 4.1 Definición. Factores

Decimos que una persona es dependiente cuando presenta una limitación en su autonomía personal para poder desenvolverse por si sola en su vida diaria.

El hecho de que una persona sea dependiente supone para el que la padece un efecto negativo que puede repercutir gravemente en su autoestima, seguridad y bienestar por no poder realizar por si solo/a determinadas actividades como caminar, pasear, comer, asearse...

En el caso de las personas mayores la sensación de malestar se incrementa por el hecho de haber sido independientes en otras etapas de su vida.

Los cuidados a estas personas se llevan a cabo en la mayoría de los casos a través de sus familiares y a través de otros recursos como la Ayuda a Domicilio; entre los objetivos que pretende la Ayuda a Domicilio es fomentar la autonomía personal de las personas mayores y dependientes así como mejorar la calidad de vida de estas y de sus familias.

Hay una serie de **factores que llevan a una persona a presentar una situación de dependencia:**

- El propio proceso de envejecimiento.
- Enfermedades incapacitantes como pueden ser artrosis, fracturas, enfermedades cardiovasculares, tumores, trastornos de la audición y de visión que dificultan su relación con el medio y con los demás.
- Causas iatrogénicas, aquellas relacionadas con los efectos secundarios de la medicación.
- Causas psicológicas como la demencia (que lleva a presentar conductas extrañas o comportamientos anómalos) y la depresión.
- Causas ambientales como las barreras arquitectónicas.
- Causas sociales como la soledad y la falta de apoyo social.

## 4.2 Valoración del grado de dependencia: Índice de Barthel.

Un hecho a destacar es que no todas las personas presentan el mismo grado de dependencia; hay personas que van a necesitar una ayuda mínima para realizar algunas actividades y otras que requieran de una ayuda mas amplia y constante para poder realizarlas.

Existe un instrumento, denominado escala de Barthel que nos permite medir el grado de dependencia o de independencia que presenta una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria. A continuación reproduciremos dicha escala:

### Comer

0=incapaz.

5=necesita ayuda para cortar, extender maantequilla, usar condimentos, etc.

10=independiente (laa comida está al alcance de la mano).

### Trasladarse entre la silla y la cama

0=incapaz, no se mantiene sentado.

5= necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado.

15= independiente.

### Aseo personal

0= necesita ayuda con el aseo personal.

5= independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

### Uso del retrete

0= dependiente.

5= necesita alguna ayuda pero puede hacer algo solo.

10= independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).

### Bañarse / ducharse

0= dependiente.

5= independiente para bañarse o ducharse.

### Desplazarse

0= inmóvil.

5= independiente en silla de ruedas en 50m.

10= anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15= independiente, al menos 50m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

### Subir y bajar escaleras

0= incapaz.

5= necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10= independiente para subir y bajar

### Vestirse y desvestirse

0= dependiente.

5= necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10= independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

### Control de heces

0= incontinente (o necesita que le suministren enema).

5= accidente excepcional (uno / semana

10= continente.

### Control de orina

0= incontinente, o sondado incapaz de cambiarse de bolsa.

5= accidente excepcional (uno / 24h.)

10= continente, durante al menos 7 días.

### Resultados:

- Independiente: 100 ptos. (95 sí permanece en silla de ruedas).

- Dependiente leve: >60 ptos.

- Dependiente moderado: 40-55 ptos.

- Dependiente grave: 20-35 ptos.

- Dependiente total: <20 ptos.

## 4.3. CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAS DEPENDIENTES: EL ASEO Y LA HIGIENE PERSONAL

### 4.3.1 INTRODUCCIÓN. TIPOS DE ASEO.

El baño es una de las primeras actividades que se ve afectada cuando una persona empieza a tener problemas de dependencia, y puede llegar a exigir un esfuerzo excesivo que suponga un desgaste físico y psíquico para el cuidador. Requiere paciencia, flexibilidad, amabilidad, creatividad y conocimiento de la persona a la que se cuida. Hay que tener en cuenta que se trata de un acto que la persona siempre ha realizado en la intimidad, y le puede resultar muy violento el hecho de tener que ser ayudado por otra persona para realizarlo.

Por lo tanto, a la hora de ayudar en el aseo personal y en el baño **es importante:**

- Proporcionar el apoyo y la motivación necesaria para convertirla en una tarea útil y agradable para el usuario.
- Fomentar su autonomía personal dejando que el mismo desarrolle aquellas actividades que pueda realizar por si solo.
- Aplicar un enfoque no proteccionista y anulador de la dignidad.
- Tener en cuenta la utilidad de las ayudas técnicas, las cuales nos van a proporcionar el debido apoyo a la hora de realizar determinadas actividades.

**Hay que diferenciar los tipos de aseo:**

- En el baño o en la ducha.
- En la cama.

### 4.3.2 REALIZACIÓN DEL ASEO

#### Punto I: Aspectos previos.

- Es muy importante concienciar al enfermo sobre la necesidad de bañarse, y lo beneficioso que es para la salud y bienestar de su piel.

- Proporcionar una temperatura ambiental agradable. No olvidar que debemos respetar en todo momento la intimidad de la persona.
- Hay que tener en cuenta los productos que se van a utilizar en el aseo, especialmente el caso de los geles y las cremas corporales, ya que debemos utilizar aquellos que respeten las características de la piel de la persona.
- Utilizar (si es posible) alfombras antideslizantes en la bañera.
- Es aconsejable colocar asideros para facilitar el acceso de los usuarios a la bañera.
- Son aconsejables los asientos geriátricos, ya que permiten al usuario sentarse y mantener la estabilidad en la bañera.
- Si aún así le resultara difícil entrar en la bañera el aseo se puede realizar de pie (el usuario apoyado en el lavabo), para ello es necesario colocar asideros en varias zonas del baño (wc y lavabo).

### Punto II: Preparación.

- El primer paso sería el lavado de manos por parte del cuidador y el empleo de guantes (como medida preventiva).
- Preparar adecuadamente y con antelación todos los materiales necesarios para realizar adecuadamente el aseo:
  - Un par de guantes (es una medida de prevención para el cuidador).
  - Dos toallas grandes y una pequeña (esta última será para la zona de la cara).
  - Una palangana con agua tibia.
  - Dos esponjas que irán en función a la parte del cuerpo a la cual van destinadas.
  - Usar champú, geles o jabón neutro.
  - Utilizar pañales limpios y cambiarlos cuando sea necesario.
  - Crema hidratante corporal.
  - Peine o cepillo.
  - Ropa limpia.
  - Una bolsa para ropa sucia.
  - Colonia, la cual no se aplicará directamente sobre la piel para evitar que se reseque.
  - Una toalla o hule (para colocar bajo el paciente si el aseo es encamado).

### Punto III: El aseo encamado

- Comenzamos poniéndonos los guantes (tras el lavado de las manos).
- Se informará a la persona de qué pasos vamos a seguir para hacerle el aseo.
- Con la persona ligeramente incorporada, lavamos la cara con una compresa con agua y sin jabón. Para los ojos se utilizarán dos gasas, una para cada ojo (Ver "Higiene de los ojos").
- A continuación, con una esponja enjabonada, limpiamos brazos, axilas, tórax, región submamaria, abdomen, piernas y pies, insistiendo en los espacios interdigitales.
- Aclaremos con agua.
- Secamos con sumo cuidado, sin restregar, prestando especial interés a los pliegues cutáneos y espacios interdigitales.
- Colocamos a la persona de lado y con otra esponja enjabonada y agua limpia, lavamos el

cuello, espalda, glúteos y la parte posterior de las piernas, aclarando después. Secamos cuidadosa, meticulosa y concienzudamente.

- Ponemos a la persona en la posición inicial (boca arriba ligeramente incorporada: posición de decúbito supino) y hacemos la higiene de la boca, de los ojos, de los pies, del cabello y de la región genito-anal como explicamos a continuación:

- **Higiene de la boca:** se tiene que realizar después de cada comida y siempre que sea necesario. En el caso de que el usuario tenga prótesis dental, ésta se lava con agua y antiséptico y un cepillo; finalmente hidratamos los labios con vaselina o cacao.

- **Higiene de los ojos:** con gasas estériles empezamos a limpiar desde el lacrimal hasta el ángulo externo del ojo, retirando todas las secreciones y legañas; utilizamos una gasa diferente para cada ojo.

- **Higiene de los pies:** hay que tener en cuenta que en los ancianos los pies presentan muchas complicaciones por alteraciones circulatorias, deformidades óseas, DM, etc. Lavamos con agua y jabón, y secamos cuidadosamente, sobretodo entre los dedos. Hidratamos con crema, y aplicamos vaselina en los talones y en las durezas. Las uñas tienen que estar limpias y bien cortadas, utilizando para ello un alicate o una lima, sumergiéndolas previamente en agua templada para que ablanden. Hemos de vigilar su coloración y la aparición de lesiones cutáneas.

- **Higiene del cabello:** se realiza al menos una vez a la semana, colocando al paciente en decúbito supino, de forma que quede libre la cabeza; para ello retiramos la almohada y situamos unas sábanas enrolladas debajo de los hombros. Cubrimos la cama para que no se moje, y ponemos una palangana debajo de la cabeza. Ponemos tapones en los oídos. Enjabonamos el pelo, y lo aclaramos con agua abundante. Lo secamos con una toalla, y si es posible, lo secamos con un secador, para después peinarlo. Para realizar el aseo del cabello a una persona encamada es conveniente utilizar un lava cabezas que es una ayuda técnica que facilita esta tarea.

- **Higiene de la región genito anal:** se realiza diariamente y siempre que sea preciso (tras poner un enema, antes de colocar una sonda vesical, etc.).

- **Región genital en la mujer:** la colocamos en decúbito supino, con las piernas flexionadas. Limpiamos con agua jabonosa y una gasa los labios mayores, menores y el meato urinario, de delante hacia atrás con técnica de arrastre. Aclaremos con agua, y aplicamos un antiséptico de mucosas. Por último secamos cuidadosamente, insistiendo en los pliegues.

- **Región genital en el hombre:** colocamos al enfermo en decúbito supino, y limpiamos con agua y jabón los testículos y el pene; retiramos el prepucio y limpiamos el glande con una gasa. Aclaremos con agua, irrigamos con un antiséptico y secamos suavemente. Por último, bajamos el prepucio para evitar que se forme un edema en el glande.

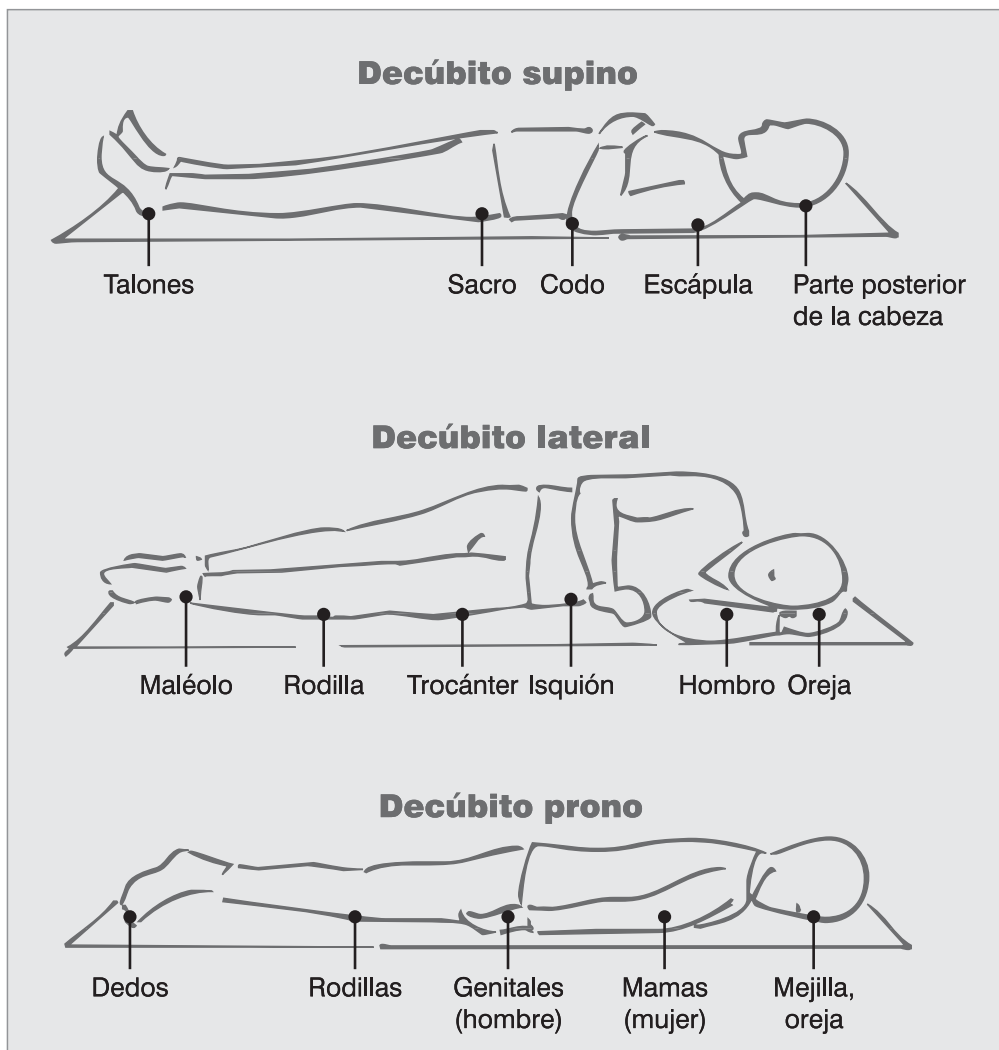
- **Región anal:** Ponemos al enfermo en decúbito lateral, y limpiamos con una esponja y agua jabonosa la zona, de delante hacia atrás. Aclaremos y secamos, y si la piel está irritada, puede ser necesario aplicar una crema protectora.

- Para la higiene genital resulta muy cómodo utilizar (si se tiene) una cuña ya que garantiza un mejor aseo de esta zona. Para ello se coloca al paciente en decúbito lateral e introducimos la cuña, para a continuación volver a la posición de decúbito supino y proceder al aseo.

- Finalmente secamos cuidadosamente de forma inmediata. Es muy importante el secado de la piel; hay que finalizar siempre el baño secándole sobre todo las zonas de riesgo (ingles, entre los dedos de la mano y pies, axilas, nalgas y por debajo del pecho) y comprobando el estado de sus pies.

- Aplicamos un masaje de crema hidratante corporal insistiendo en los pliegues cutáneos y en las zonas de fácil escoriación (talones, espalda, glúteos...). Es muy importante proporcionar una buena hidratación. Las cremas que se utilizarán estarán en función de cada tipo de piel.
- Aprovechamos el momento del baño para examinar la piel del paciente y observar si existe inicio de algún tipo de anomalía dérmica, evitando de este modo la aparición de úlceras por presión..

#### Punto IV: Posiciones para entender el aseo.



## 4.4 CUIDADOS BÁSICOS PARA PERSONAS DEPENDIENTES: LAS MOVILIZACIONES.

### 4.4.1 DEFINICIÓN. PRINCIPIOS BÁSICOS: MOVILIZACIÓN - CUIDADOR - ENTORNO.

Una persona tiene problemas de movilidad cuando presenta algún tipo de limitación en el movimiento, lo que le dificulta el hecho de deambular o desenvolverse adecuadamente en alguna determinada actividad.

Las movilizaciones consisten en una serie de ejercicios para restablecer las funciones físicas disminuidas y adoptar posturas que por sí sola la persona no podría. A la hora de realizarlas y para evitar lesiones tanto a la persona como a nosotros mismos, hay que retirar de la zona todo lo que nos pueda entorpecer y favorecer el retorno venoso y prevenir problemas vasculares.

#### Los principios básicos de la movilización son:

- No hacer daño ni provocar problemas añadidos: debemos tener cuidado a la hora de manipular a la persona, vigilando si existen sondas, etc.
- Que sea cómodo para la persona y para quien lo realiza: tenemos que dosificar el esfuerzo que realizamos y tener en cuenta que en muchas ocasiones resulta doloroso para la persona.
- Valorar el nivel de dificultad: planificar y preparar antes de hacer la movilización los recursos que vamos a necesitar y la posible colaboración de la persona a la que vamos a movilizar, así como su peso y talla, comprobar que la piel está limpia y seca, agarrarle por hombros, codos, cadera y rodillas, y proporcionarle seguridad constantemente.

**En cuanto al cuidador** que va a realizar la movilización para evitar lesiones de espalda y obtener un buen rendimiento debe:

- Mantener la espalda derecha.
- Base ancha de los pies.
- Piernas en postura "de paso".
- Brazos con puntos de apoyo.
- Aprovechar la inercia de paso del cuerpo.
- No pasar el cuerpo por encima de la persona.
- Mantener una relación adecuada entre la estatura y la altura de la cama.
- Tener una actividad muscular protectora de la espalda, musculatura abdominal, paravertebral y del cuádriceps.
- Conocer y aplicar la legislación vigente en el entorno laboral relativa al manejo de cargas físicas.

#### Respecto al entorno en el que se realiza la movilización:

- la cama o superficie a transferir tiene que tener una base firme, no como colchones de agua, blandos y somieres que dificultan el manejo.
- la cama o superficie ha de tener una altura regulable, y ésta debe corresponder con la cadera.
- la cama o superficie tiene que poder frenarse perfectamente para transmitir el impulso a la persona tiene que haber espacio suficiente en la habitación.
- hay que suprimir las barreras físicas en el manejo.

#### 4.4.2 MOVILIZACIÓN EN LA CAMA

- Lo primero que se realiza es motivar e informar al paciente sobre el cambio de postura que va a realizar, promoviendo su participación y haciéndole la misma lo mas agradable posible.
- Una vez informado hay que tratar de mover a la persona hacia la cabecera; hay dos formas de hacerlo :
  - **En el caso de que la persona colabore:** solicitar su ayuda y pedirle que se agarre a la cabecera de la cama para coger impulso y elevarse; para ello deberá antes flexionar las piernas y subir ligeramente su cadera haciendo palanca sobre los talones. Por otro lado, nuestra ayuda consistirá en colocar nuestro brazo por debajo de los hombros de la persona encamada y poner el otro por debajo de la cintura para que el movimiento resulte más sencillo y seguro.
  - **Si la persona no colabora** y se cree que por las características que presenta la persona dependiente sea preciso la ayuda entre dos personas, la posición correcta consistirá en que cada cuidador se coloque uno a cada lado de la cama con un pie adelantado, la espalda recta y con las rodillas apoyadas en el borde de la cama y flexionadas; entrelazan las manos por sus muñecas colocándolas por debajo de los hombros y la nuca , y de la cintura de la persona luego los mueven hacia arriba al mismo tiempo haciendo fuerza con la pierna flexionada.

#### 4.4.3 TRANSFERENCIA DE LA CAMA A LA SILLA DE RUEDAS

- Lo primero que se realiza es motivar e informar al paciente sobre el cambio de postura que va a realizar, promoviendo su participación y haciéndole la misma lo mas agradable posible.
- Una vez informado colocaremos la silla, debidamente frenada, paralela y lo más cerca posible de la cama sin que sirva de obstáculo para realizar cualquier tipo de movimiento.
- Una vez aquí debemos ponernos en la posición adecuada, que consiste en colocar una de nuestras manos en la espalda de la persona y la otra debajo de sus rodillas, y haciendo un pequeño balanceo con todo su cuerpo ayudarle para que pueda girarse y se quede en posición de sentado junto al borde de la cama.
- Una vez aquí, hay que coger a la persona dependiente, para ello colocamos nuestros brazos bajo los brazos de la persona que estamos atendiendo y colocamos los suyos en nuestra cintura o sobre nuestros hombros.
- Al mismo tiempo introduciremos nuestra pierna entre las suyas como medida de seguridad para que no se deslice, llevar el peso lo más cerca posible de nuestro cuerpo tirando de su tronco hacia delante y haciendo fuerza con las piernas, de forma que su peso se distribuya equitativamente sobre sus piernas para poder incorporarle a la silla con un breve balanceo prestando mucho cuidado con los reposapiés pues estos pueden llegar a provocar lesiones (es mejor retirarlos y colocarlos posteriormente).
- En el caso de que la persona atendida no quede bien sentada nos debemos colocar en la parte posterior de la silla (frenada), una vez aquí debemos poner nuestro brazo por debajo de sus axilas y tirando hacia arriba en un solo movimiento le colocaremos correctamente. **Para este caso existe otra técnica** que consiste en pasar nuestros brazos bajo sus axilas y agarrarle por las muñecas o el antebrazo (en función del estado físico en que se encuentre el paciente) y tirar hacia arriba hasta que quede en una óptima posición de sentado.

#### 4.4.4 LOS CAMBIOS POSTURALES

Es la medida principal en personas que no pueden moverse por sí solas. Cuando la persona está sentada, tiene que levantarse del sillón durante unos segundos cada hora; si lo puede hacer

ella sola, hay que insistirle en que lo haga cada 15 minutos, alternando inclinaciones laterales hacia la derecha y hacia la izquierda con ayuda de cojines para evitar deslizamientos.

#### Como recomendaciones generales para este procedimiento están:

- No hacer maniobras bruscas.
- Aprovechar los cambios posturales para dar masajes, realizar fisioterapia respiratoria u otras actividades necesarias.
- Vigilar la aparición de dolor durante la movilización, por si fuera necesario pautar analgesia.
- Vigilar la aparición de lesiones cutáneas en cada cambio.
- Mantener a la persona limpia y seca.
- Estimular a la persona para que realice movimientos en la cama; se pueden colocar soportes y asideros que faciliten la movilización.
- Los cambios posturales se realizan cada dos o tres horas, siguiendo una rotación programada.

#### Protección de las prominencias óseas:

Son un complemento a los cambios posturales, y ayudan a disminuir la presión en los puntos de apoyo. Algunos de los que hay en el mercado son:

- Almohadas y cojines de distintos tamaños y materiales (espuma, algodón, silicona...)
- Piel de cordero artificial: disminuye la presión, el rozamiento y la humedad. Se lavan fácilmente.
- Colchones de agua: redistribuyen el peso por toda la superficie corporal, aunque son pesados, caros, difíciles de manejar y se estropean fácilmente.
- Colchones de aire con presión alternante: formados por una serie de cámaras neumáticas que se hinchan y deshinchan alternativamente por medio de un motor, modificando así los puntos de presión contra la cama, aunque el motor produce ruido, y se pincha con facilidad.
- Colchones de espuma: alivian la presión y proporcionan una superficie de descanso cómoda, además de ser más baratos, aunque hay que decir que son menos eficaces.
- Anillos o flotadores: para evitar la presión en sacro e isquion, están desechados por el riesgo de isquemia en la zona donde apoyan.
- Protectores locales: los hacemos con goma espuma, vendas de algodón... y útiles para proteger los talones, los codos y las rodillas.

# 5

## El paciente terminal. Cuidados paliativos.

### 5.1 INTRODUCCIÓN

A pesar de que la supervivencia en el caso del cáncer ha aumentado mucho (un 10 % entre la década de los 80 y la de los 90), el 27 % de las defunciones que ocurren en España se deben a esta enfermedad. Esto significa que cada año unas 97.000 personas en nuestro país se convierten en enfermos terminales y requieren cuidados paliativos, ya sea en centros sanitarios o, preferiblemente, en su domicilio.

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como "...el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales e incluso espirituales es primordial. La meta de la Medicina Paliativa es conseguir la mejor calidad de vida de los pacientes y sus familias (...) no acorta ni alarga la vida, proporciona alivio del dolor y de otros síntomas estresantes (...), integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado, ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, y apoya a la familia durante la enfermedad del paciente y durante el duelo".

Para un paciente que no tiene curación, la mejor medicina será encontrarse en un ambiente tranquilo, conocido, sin estrés, y en donde se le aporte bienestar y confort, es decir, en su domicilio, junto a sus seres queridos. Para la familia supone una ayuda, ya que se potencia su participación en el cuidado del enfermo, haciéndoles sentirse útiles y capacitados para enfrentarse a situaciones difíciles que pueden presentarse, así como a los procesos de duelo una vez que su familiar ha fallecido.

Los Cuidados Paliativos son prestados por profesionales sanitarios con una formación específica (médicos, enfermeras, psicólogos, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, auxiliares de ayuda a domicilio), que trabajan de una manera coordinada para alcanzar los objetivos anteriormente expuestos. Esta atención se realizará en el domicilio del enfermo cuando den las siguientes **condiciones**:

### **El domicilio reúne unas condiciones que permiten organizar la asistencia:**

- Ha de ser estable (evitando cambios de domicilio).
- Condiciones aceptables de habitabilidad.
- Contar con un cuidador principal como mínimo. El cuidador principal es “aquella persona que, conviviendo con la persona y estando suficientemente entrenado, asuma los cuidados básicos de higiene, alimentación y cumplimiento del tratamiento”.

### **El paciente reúne criterios de enfermo terminal:**

- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico. Es decir, no existe ningún tratamiento que cure dicha enfermedad. Las enfermedades que cumplen estas características en mayor o menor medida en las etapas finales de la enfermedad son: cáncer, SIDA, demencias, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca, hepática).
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

### **La familia debe tener conocimiento de la fase terminal de la enfermedad.**

La calidad de vida y confort de estos pacientes antes de su muerte pueden ser mejoradas considerablemente mediante la aplicación de unos cuidados que deben ser continuos, individualizados, integrales (teniendo en cuenta aspectos tanto físicos, como emocionales y sociales) y adaptados a su situación y pronóstico.

Los cuidados generales más importantes son los siguientes:

- Aseo e higiene personal.
- Actividad física.
- Alimentación e hidratación.
- Control del estreñimiento.
- Cuidados del sueño.
- Control de los síntomas más frecuentes.

## **5.2 CUIDADOS PALIATIVOS: ASEO/HIGIENE PERSONAL Y ACTIVIDAD FÍSICA**

Sobre la higiene y la actividad física ya hemos hablado en el capítulo dedicado a los pacientes dependientes, por lo que sólo añadiremos que en el caso de las personas con una enfermedad terminal debemos asegurarnos de que los beneficios serán siempre mayores que los inconvenientes; esto es, nunca forzaremos al paciente a hacer algo que no quiera y siempre tendremos en cuenta su situación (por ejemplo, cuando planificamos cambios posturales a una persona con dolor intenso o en fase de agonía, no podemos ser tan estrictos como en otras situaciones).

## **5.3 CUIDADOS PALIATIVOS: ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN**

Nuestro objetivo no es recuperar o conseguir un óptimo estado nutricional, sino proporcionar bienestar y placer al paciente. Debemos señalar a la familia que no es preciso que el paciente terminal tome tantos alimentos como una persona sana, ya que tanto su actividad como sus necesidades han disminuido de una forma considerable. También debemos recordar que el paciente está débil porque la enfermedad avanza, no por falta de alimentación.

Para conseguir nuestros objetivos **debemos tener en cuenta:**

- El estado de la boca.
- La hidratación. Ofreceremos pequeñas cantidades de líquido (lo que el paciente quiera) siempre que no esté en un estado comatoso que pueda conllevar un atragantamiento.
- Si hay este riesgo, debemos saber que existen en el mercado unos preparados que al mezclarlos con agua consiguen una pasta gelatinosa que facilita la deglución (espesantes). Los alimentos blandos suelen ser mejor tolerados.
- La cantidad de la ingesta. Debe adaptarse al enfermo, sin presiones para conseguir que coma más.
- Los efectos secundarios de la medicación y otros tratamientos.
- La cantidad, presentación, frecuencia y el lugar donde ofrecemos la comida.
- Los gustos y horarios para adaptarnos a ellos en lo posible.
- La anorexia y al debilitamiento condicionan también las comidas. Se recomienda fraccionarlas en seis o siete tomas flexibilizando los horarios.
- Siempre que sea posible, es recomendable que el paciente coma con el resto de la familia para favorecer la sociabilidad.
- El suplemento de complejos vitamínicos o de hierro son de dudosa eficacia en este tipo de enfermos, excepto en situaciones muy concretas.
- En la situación de agonía (fase avanzada del paciente terminal), la dieta debe limitarse a pequeñas ingestas de líquidos o gelatinas y a los cuidados de la boca.

## **5.4 CUIDADOS PALIATIVOS: CONTROL DEL ESTREÑIMIENTO**

Es muy frecuente en estas personas debido a la debilidad, la inmovilidad y a los efectos secundarios de medicamentos utilizados para aliviar el dolor, como la morfina. Se aconseja:

- Estimular (nunca forzar) la ingesta de líquidos.
- Asegurar toda la intimidad que sea posible.
- No hacerle esperar cuando manifieste la necesidad de evacuar.
- Movilizar a la persona en la medida de lo posible.
- En el caso de que lleve más de tres días sin hacer deposición, debe ponerse en conocimiento del personal sanitario para que sean ellos los que valoren la conveniencia de añadir alguna medicación.

## **5.5 CUIDADOS PALIATIVOS: CUIDADOS DEL SUEÑO**

Uno de los problemas más frecuentes que se presentan en pacientes terminales es la alteración del patrón del sueño. Estos cambios se asocian en un alto grado a causas de tipo emocional, relacionadas con miedo y ansiedad (ante la muerte, a no volver a despertar...), aunque también nos encontramos con alteraciones del sueño debidas a factores fisiológicos como dolor, hipo, incomodidad, etc.

**Las recomendaciones dadas por la Asociación Española Contra el Cáncer son:**

- Minimizar los factores emocionales y / o fisiológicos asociados a la alteración del patrón del sueño.
- Respetar el patrón reposo—sueño del paciente y no despertarlo si está dormido.
- Procurar un ambiente cómodo y relajado mediante una luz tenue, sin ruidos y temperatura adecuada.

- Dar cenas ligeras. Las bebidas calientes antes de acostarse también facilitan el sueño.
- Saber que siempre hay alguien pendiente de él y acompañándole durante el sueño puede hacer desaparecer algunos miedos que impiden al enfermo descansar.
- Si es necesario administrar fármacos inductores del sueño, será siempre bajo prescripción médica.

## 5.6 CUIDADOS PALIATIVOS: CONTROL DE SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES

Es muy importante saber reconocer los síntomas más habituales y que inciden directamente sobre el bienestar de los pacientes, para poder tratarlos adecuadamente. Las complicaciones más frecuentes en esta situación son: el dolor, la debilidad, la pérdida de peso y apetito, los síntomas digestivos, la disnea (dificultad para respirar) y los trastornos psiquiátricos.

- El dolor es uno de los síntomas habituales (aparece en el 70 – 80 % de los pacientes en fase terminal) y el más temido, tanto por los enfermos como por sus familiares. Las recomendaciones dadas por la Asociación Española Contra el Cáncer son las siguientes:
  - Administrar los medicamentos tal y como lo haya pautado el médico y no a demanda cuando el paciente tenga dolor.
  - Ni la familia ni el enfermo modificarán las dosis o cambiarán el medicamento si no es bajo prescripción médica. Si el tratamiento pautado no es suficiente, debe comentarse siempre con los sanitarios, para que sean ellos quienes hagan los ajustes necesarios.
  - El insomnio y el cansancio hacen que el dolor se intensifique. Es importante comunicárselo al médico para que lo tenga en cuenta a la hora de prescribir un tratamiento.
  - Es importante que se sienta acompañado, sobretodo por la noche y rodeado de una ambiente confortable.
- **El cansancio** está presente en el 80% de los enfermos con tumores avanzados. Conocer la causa del agotamiento y tratarla es importante para aliviarlo, pero además, podemos seguir estos consejos.
  - La actividad física debe estar adaptada a la capacidad del enfermo.
  - La ocupación del tiempo con actividades adecuadas puede reducir el estrés y mejorar la calidad del sueño.
- En cuanto a la pérdida de apetito y peso (**anorexia y caquexia**) y a los trastornos digestivos (fundamentalmente náuseas y vómitos), es útil aplicar las medidas ya comentadas al hablar de la alimentación. No debemos olvidar en ningún caso la importancia de poner en conocimiento del equipo asistencial cuantos problemas aparezcan.
- **La disnea** aparece en un 70% de los enfermos con cáncer de pulmón y en el 40% de los pacientes que presentan otros tipos de tumores. A parte de las medidas farmacológicas que el médico pueda pautar, existen recomendaciones que podemos aplicar:
  - El sentirse solos y desvalidos aumenta la ansiedad de estos pacientes, con lo que la disnea puede aumentar. Debe asegurarse un ambiente tranquilo, donde no puedan percibirse situaciones angustiosas.
  - Si le cuesta respirar es mejor que descansa sentado o incorporado en la cama.
  - Cuando la disnea no es muy intensa la relajación y los ejercicios de respiración pueden ser muy útiles.
  - A veces, el hecho de abrir una ventana o colocar un ventilador puede ser un alivio para el enfermo.

- En cuanto a los **síntomas psiquiátricos**, podemos decir que los más frecuentes son la ansiedad, la depresión y el estado confusional, aspectos que trataremos en el capítulo siguiente.



# 6

## Personas con alteraciones de la conducta.

En muchos domicilios las familias y los cuidadores formales de personas dependientes se encuentran con situaciones en las que estos presentan conductas extrañas o comportamientos anómalos producidos por distintos tipos de enfermedad o demencia. Entre estos estarían los delirios, las alucinaciones, cambios bruscos de comportamiento, agresividad...

En este apartado pretendemos definir y proporcionar unos consejos que nos permitan actuar en estas situaciones, teniendo siempre en cuenta que el médico ha de estar informado en todo momento de la situación de la persona.

### 6.1 DELIRIOS

Los delirios son interpretaciones erróneas que la persona hace de la realidad perturbaciones mentales originadas por una enfermedad, un ejemplo de este tipo de conductas es interpretar como un robo el hecho de haber perdido o cambiado de sitio un objeto. Otros delirios frecuentes son estar en un hogar distinto al propio o afirmar que el cónyuge ha sido sustituido por un impostor.

#### Consejos:

- Conviene que el delirio no se convierta en una fuente de problemas y discusiones. No se aconseja rebatir constantemente al enfermo, ya que esta actitud provocará conflictos innecesarios.
- Si el sujeto está asustado por el delirio hay que tratar de darle tranquilidad. Unas palabras sosegadas y una caricia en la mano pueden aportar bienestar
- Distraerle para que centre su atención en temas reales

### 6.2 ALUCINACIONES

Una alucinación es la percepción de algo que no existe. La persona puede ver, oír, oler o tener sensaciones táctiles de cosas irreales.

**Consejos:**

- No alarmarse ante las alucinaciones; reaccionar con calma y aplomo y no poner nervioso al paciente.
- No combatir la alucinación ni convertirla en tema de discusión. Evitar convencerle de que no percibe hechos reales. Para él su percepción es totalmente real. Insistir en la irrealidad de la alucinación provoca irritación y ocasionalmente agresividad.
- No decir que se está de acuerdo con la falsa percepción del paciente. Es mejor no contestar o dar respuestas neutras, sin comprometerse.
- La mejor actitud – si es posible – es distraerle para que olvide la alucinación. Se le puede llevar a otra habitación o a la cocina con la excusa de hacer algo (buscar algún objeto, preparar una naranjada, o un vaso de leche).
- El contacto físico – a no ser que sea interpretado como un acto dominante – puede tener un papel tranquilizador.

**6.3 CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERAMENTO: ANSIEDAD, NERVIOSISMO E INQUIETUD**

Las personas con demencia en ocasiones pueden presentar arranques de agitación y angustia desproporcionados en relación con la causa que las provoca. Muchas veces el enfado es causado por la dificultad que tiene el enfermo para comprender lo que está sucediendo.

De esta manera, puede darse que tengamos a un enfermo que grite, de golpes, arroje objetos, tire la comida, no se deje ayudar, insulte, acuse a los familiares, llore etc. Estas reacciones tienen una base de ansiedad; sus emociones pueden oscilar entre sentimientos depresivos y desesperación, sentimientos de ansiedad y estados de alegría o euforia, o conductas de furor y agresividad.

**Consejos:**

- No solicitar al enfermo tareas que estén fuera del alcance de sus capacidades mentales. No llevar las situaciones al límite.
- Intentar descubrir las causas de los enfados para evitarlos en el futuro.
- Reaccionar con calma, sin alterarse, para evitar discusiones inútiles. Pensar que la hostilidad es el resultado de lesiones cerebrales, y que realmente no va dirigida intencionalmente.
- Proporcionar apoyo emocional y tranquilidad.
- Apartar al enfermo de lo que le haya provocado la reacción anómala.
- Ante un enfado, distraerle y sugerirle cosas que le sean agradables.
- Evitar las situaciones tensas y las discusiones.
- Suprimir excitantes (café, te).
- Tener presente que incluso los sujetos con sus capacidades mentales muy deterioradas tienen capacidad de percibir y participar del humor de las personas que les rodean; si la situación es tensa, también la sufrirán.
- Responder con afecto, y evitar razonar para que comprenda que sus sentimientos de ansiedad son infundados.
- Dar seguridad, comodidad y simplificar el medio en que vive el enfermo.
- Consultar al médico por si se requiere usar medicaciones.

**6.4 TRASTORNO DEL SUEÑO**

La causa fundamental de este tipo de trastorno está relacionado con el miedo y la ansiedad (a la muerte, a la vejez, a no poder valerse por sí mismo.) también se puede deber a factores fisiológicos como sería dolor, sufrimiento, pena, etc.

**Consejos:**

- Tratar de realizar un largo paseo e incrementar la actividad física durante el día.
- Evitar que el paciente realice siestas a lo largo del día, aunque puede descansar un rato después de comer.
- Evitar excesos de líquidos antes de ir a la cama.
- Llevar al enfermo al lavabo antes de acostarse.
- Comprobar que el lugar donde duerme el paciente es confortable.
- Si es preciso, usar un antifaz para que la luz del día no lo despierten.
- Si el paciente duerme durante el día y no se puede regular su ciclo, es aconsejable que el familiar aproveche la ocasión para descansar también.
- Si el paciente se despierta durante la noche, tranquilizarle. No discutir.

**6.5 TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN**

Estos trastornos en ciertos casos se deben a comidas incompletas por la incapacidad de manipular la comida y usar los cubiertos. Es más difícil que coman los alimentos duros, difíciles de cortar, masticar y tragar. Otra característica es que debido a la falta de memoria y de la conciencia del paso del día conduce a que una pequeña sensación de apetito sea interpretada como si no se hubiera comido. Si además, el apetito ha aumentado, es fácil que quiera comer varias veces. Hay personas que comen a escondidas –incluso cosas que tienen limitadas– y engordan o vuelven locos a los médicos porque no pueden regular la diabetes. Otros comen con desesperación, llegando incluso a robar la comida del plato de sus compañeros de mesa.

**Consejos:**

- Cerrar despensas y frigoríficos en general.
- Esconder los alimentos que no estén permitidos por causa de alguna enfermedad.
- Esconder los alimentos que pueden causar trastornos cuando se toman solos o se ingieren en grandes cantidades: aceite, vinagre, sal, salsas, picantes,...
- Establecer un horario fijo para las comidas y simplificar el acto de comer utilizando instrumentos sencillos.
- Si vive solo, controlar si es capaz de organizar las comidas y si no es así, dejarle comidas preparadas.
- Controlar el peso.
- Plantear al médico la posibilidad de complementos dietéticos si no se asegura una alimentación adecuada.

**6.6 EXHIBICIÓN DEL CUERPO Y ALTERACIONES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL.**

Los cambios en la actividad sexual pueden adoptar distintas formas. En general, el fenómeno más frecuente es una disminución del impulso e interés sexual. Otros pueden presentar fases de un incremento moderado o marcado de la actividad sexual.

En general, los trastornos del comportamiento relacionados con el sexo, o con la exposición del cuerpo, tienen que ver con la falta de memoria y con la incapacidad de realizar una evaluación crítica del entorno. Como no son capaces de valorar el entorno, se desabrochan la ropa para orinar sin saber dónde está el lavabo, o se quitan simplemente la ropa "por que les molesta". Sucede igual con la masturbación: se masturban porque resulta placentero. No se dan cuenta que están en un lugar público y no en la intimidad de su habitación. No tienen en cuenta las normas impuestas por la sociedad.

### Consejos:

- Si aparecen conductas embarazosas, se trata de acompañarle a un lugar privado e intentar distraerlo.
- Reaccionar con calma ante las conductas anómalas. No ponerse nervioso y actuar fríamente, pues esto puede desencadenar reacciones catastróficas.
- Si se lo encuentra desnudo, se le llevará ropa para que se vista o se le acompañará a la habitación o al lavabo.
- Hacer que use prendas que eviten ciertas conductas: pantalones sin bragueta, o blusas que se pongan por la cabeza o que tengan una cremallera por la espalda.
- No dudar en absoluto en comentar los trastornos de conducta sexual con el médico.

## 6.7 DEAMBULACIÓN ERRANTE (VAGABUNDEO)

El enfermo deambula o vaga sin rumbo ni objetivo, sin que exista una razón aparente; va y viene, o se empeña en marcharse y se hace difícil mantenerlo en casa. Algunos enfermos andan de forma enérgica y sincopada, y cuando van acompañados es difícil seguirles el ritmo. La deambulación errante o vagabundeo puede ser la expresión por parte del enfermo de la necesidad que siente de hacer cosas, de que está aburrido o necesita ejercicio.

A veces esta conducta se relaciona con una reacción catastrófica, incluso a algo insignificante, que el sujeto no es capaz de interpretar y ante lo cual y debido al miedo, decide huir. En ocasiones puede perderse y luego marcharse sin rumbo. El hecho de que se desoriente y se pierda puede generar una crisis de ansiedad y miedo.

La deambulación errante genera peligros por la posibilidad de pérdida o por los peligros propios de la calle (vehículos, semáforos, animales,...). Si la deambulación errante tiene lugar por la noche, los peligros aumentan y los problemas ocasionados a la familia son especialmente graves. Esta conducta puede agravarse en el caso de cambios de domicilio, o incluso cambios en el entorno, como puede ser obras en la calle, pues no lo reconoce como propio.

### Consejos:

- Para que el enfermo sea identificado, es importante que lleve una medalla, plaqueta o brazalete con su nombre y dirección y la inscripción "tengo problemas de memoria". Estas inscripciones ayudarán a localizarle en caso de que se pierda.
- Es importante que lleve siempre en su cartera o monedero una tarjeta con su nombre, su dirección y su número de teléfono.
- Evitar al máximo los cambios de domicilio y las reformas en el mismo.
- Evitar viajes o visitas largas innecesarias. Un viaje a lugares no familiares puede ser fatal para la estabilidad del enfermo.
- Rodear al enfermo con los objetos que le sean familiares.
- Modificar el entorno para dar la máxima seguridad. Controlar las ventanas. Instalar cerraduras de seguridad.

- Informar a vecinos y comerciantes por si ven le sólo por la calle.
- Colocar letreros que orienten al paciente en casa.
- Aprovechar para salir a pasear cuando aparezca la conducta de deambulación.

## 6.8 SEGUIMIENTO PERSISTENTE AL CUIDADOR

En estos casos el enfermo sigue al cuidador a todas partes, este es uno de los comportamientos más molestos para el cuidador. Esta conducta se puede entender teniendo en cuenta que estamos ante una persona sin memoria y con problemas para la comprensión del entorno, por lo que está muy desvalida.

El cuidador se convierte en el faro que le da seguridad, ya que le soluciona todos los problemas que es incapaz de resolver por si mismo. Una persona con problemas de memoria no tiene una adecuada sensación del paso del tiempo, y se angustia cuando deja de ver al cuidador.

### Consejos:

- Buscar tareas para ocupar al enfermo: recortar, limpiar la casa, escuchar música, ejercicios cognitivos,...
- No dar opción a que estas conductas lleguen a afectar y a agotar al cuidador.
- Comprobar si esta conducta aparece en momentos determinados del día.
- Se pueden instalar cierres de seguridad para mantener la breve intimidad necesaria para ir al lavabo. Si se toma esta opción, habrá que cuidarse de que el enfermo no se quede encerrado colocando una cerradura que se pueda abrir desde fuera.

## 6.9 ACTOS REPETITIVOS

Consiste en repetir acciones sin ser capaces de finalizarlas o quedar satisfechos con ellas. Se pueden pasar horas realizando la misma acción como si tuvieran un objetivo.

### Consejos:

- Para evitar estas conductas hay que mantenerle ocupado en hacer otras cosas

## 6.10 APATÍA E INDIFERENCIA HACIA LAS COSAS

En ocasiones las personas con algún tipo de demencia presentan este tipo de conducta.

### Consejos:

- Aceptar pequeñas tareas es la puerta de entrada a tareas más largas.
- Estimular al enfermo, pero evitando ponerlo ansioso. Valorar hasta que punto la puesta en marcha de una actividad puede excitar al enfermo.
- Si abandona una tarea al poco tiempo, es mejor no increparle, sino felicitarle por lo que ha hecho.

## 6.11 DEPRESIÓN

Indudablemente, la clase de cosas que habitualmente asociamos con sentirnos deprimidos se hacen más frecuentes según envejecemos y/o perdemos autonomía (tenemos que dejar de trabajar, probablemente disponemos de menos dinero, quizás sentimos molestias o dolores, otros problemas físicos, a veces se pierde a la pareja o a alguien cercano...). Por esto y más cosas, la depresión es una alteración psicológica relevante en las personas dependientes. Aunque la depresión, en ocasiones puede comenzar de forma espontánea, con cierta frecuencia es desencadenada por algún acontecimiento infeliz como puede ser un duelo. Lo que diferencia que

unas personas desarrollen una depresión y otras no, es que hay personas mayores más vulnerables que otras.

### Consejos:

- Acudir al médico para tratarla
- Modificación de la cadena de pensamientos negativos, fomentar el auto concepto positivo, incrementar la autoestima, aumentar o fomentar la autonomía personal y su auto eficacia:
  - Ante todo, hay que evitar que cualquier comportamiento depresivo sea “premiado”; sobre todo los relativos al mantenimiento de actividades diarias (no quedar en la cama, aseo, vestirse, comidas, paseo...).
  - Respecto al llanto, puede ser beneficioso como desahogo, pero debe evitarse que se convierta en una forma de asegurar la atención de los que le rodean.
  - Conviene ayudar a la realización de comportamientos “de actividad”, es decir, encadenar conductas para que el logro de la primera, suponga una ayuda para hacer la segunda. (ejemplo: conseguir que salga a la calle primero, para luego, instarle a que hable con gente).
  - En cuanto a los pensamientos depresivos, la estrategia general consiste en relativizar los contenidos, indicando a la persona los aspectos positivos o alternativos de lo que piensa en ese momento.
- Proporcionarle el debido Apoyo social ayudándole a ponerse en contacto con otras personas, es decir incrementando su red social: salir a pasear, ir a la iglesia, ir de compras, etc.

## 6.12 SUICIDIO

El suicidio entre las personas dependientes es un problema significativo y creciente. En caso de sospechas de que la persona tenga ideas suicidas debemos ponernos en contacto con los servicios sanitarios. Además pueden ser útiles los siguientes consejos.

### Consejos:

- Preguntarle: no hay que tener miedo a preguntarlo, pues esto no quiere decir que le vayamos a poner ideas en su cabeza; y puede que para la persona suponga un alivio poder hablar de lo que le pasa y siente.
- Escucharle: dejando que exprese sus sentimientos y preocupaciones, sin preocuparnos de tener que decir lo “correcto”, sólo escuchar.
- Mostrarle que él o ella es importante: decirle a la persona que nos importa su bienestar y que deseamos ayudarle. Tomar los pasos necesarios para que él este seguro: guardar armas, píldoras,.. y permanecer con la persona.
- Conseguir ayuda: asegurarse de que la persona se ponga en contacto con un profesional que pueda ayudarle.

# 7

## Prevención de accidentes domésticos.

### 7.1 LOS ACCIDENTES DOMÉSTICOS

Socialmente, asumimos con total normalidad, que las personas mayores se caigan, sin embargo y debido a las consecuencias que provocan, a veces irreversibles, y sobre todo que en su mayoría son evitables, debemos concienciarnos de la importancia de la prevención de las mismas. La consecuencia mas probable de una caída en un anciano es la fractura de algún hueso y la de mayor gravedad dentro de estas, es la fractura de cadera. Las principales causas que producen las caídas en las personas mayores entre otras pueden ser enfermedades crónicas, consumo de ciertos medicamentos (que pueden dificultar nuestra capacidad de reacción y percepción) y las dificultades que se encuentran en su entorno.

El 77% de las caídas se produce en el hogar y es el factor que más podemos modificar ya que lo constituyen todos aquellos elementos propios del entorno del anciano, como son, las alfombras, los suelos muy pulidos, excesivos espejos, animales domésticos sueltos escaleras, bañeras, calzado inadecuado, ropa inadecuada (pantalones excesivamente largos), sillas y mesas bajas, iluminación pobre etc. ¿Como podemos evitar las caídas accidentales? principalmente, **modificando el entorno.**

### 7.2 CONSEJOS PRÁCTICOS: COCINA - BAÑO - RESTO DE LA CASA.

A continuación, detallamos algunos consejos prácticos de cómo organizar la casa, para prevenir así posibles accidentes domésticos:

#### En la cocina

- Comprobar que la instalación eléctrica funciona adecuadamente y hacer las revisiones periódicas oportunas.
- Asegurarse de que el gas está apagado una vez que haya sido utilizado.
- Tener mucho cuidado con los aparatos eléctricos como la lavadora, la plancha o la estufa desconectando los mismos a través de la clavija y nunca tirando del cable o con los pies descalzos o mojados.

- Mantener lejos aquellos productos que puedan llegar a ser tóxicos o peligrosos.
- Los mangos de las sartenes cuando estemos cocinando han de estar hacia adentro para evitar que tropecemos con ellos y nos quememos.
- Tener mucho cuidado con los suelos mojados que pueden llegar a provocar caídas.

### En el cuarto de Baño

- Antes de realizar el baño es aconsejable colocar de antemano todos los utensilios que vamos a utilizar y de forma accesible.
- Colocar una alfombrilla antideslizante en el interior de la bañera o de la ducha para evitar una posible caída, también es aconsejable poner una de felpa a la salida.
- Disponer de un botiquín de primeros auxilios en caso de accidentes.

### En el resto de la casa

- Las alfombras y felpudos deben retirarse o fijarse al suelo, sobre todo las alfombras que están al pie de la cama y a la salida de la ducha o bañera.
- Los cables eléctricos deben ser cortos y pegados a la pared para evitar tropiezos por parte del enfermo.
- Los muebles con picos o salientes deben ser protegidos con piezas de gomas en las esquinas, y los cristales de los muebles deben ser retirados.
- Las sillas inseguras y de las que sea difícil levantarse deben retirarse y sustituirse por sillas resistentes, amplias y de las que se pueda levantar la persona dependiente sin dificultad.
- En los pasillos se deben eliminar todo tipo de obstáculos que impidan el paso (como sillas, muebles, pasilleras...).
- En las escaleras se deben instalar bandas antideslizantes en cada escalón e instalar barras al principio y final de la escalera.
- Las habitaciones deben tener una buena iluminación durante el día y deben tener lámparas para la noche.
- Evitar suelos resbaladizos (especialmente pulidos).

# 8

## La adaptación de la vivienda y las ayudas técnicas.

Para lograr cierto grado de autonomía personal en personas dependientes, resulta muy útil facilitarles la realización de determinadas actividades y para conseguir esto, es necesario adaptar aquellos elementos que forman parte de la vivienda y utilizar de forma adecuada una serie de utensilios con los cuales resulte más fácil y agradable realizar ciertas actividades como por ejemplo el aseo, comer, caminar, cocinar o limpiar.

En aquellos casos en los que el usuario presente poca movilidad en la vivienda resulta aconsejable que las puertas dispongan de suficiente anchura, se recomienda unos 90 cm. para aquellos casos en que la persona dependiente este en silla de ruedas y debe contar con unos picaportes de barra pensados en aquellas personas que no tengan la suficiente fuerza en sus manos. Los pasillos también deben ser lo suficientemente anchos para poder desplazarse con holgura y los suelos han de ser lisos, nivelados y con superficie antideslizante para evitar posibles caídas.

### 8.1 AYUDAS TÉCNICAS PARA EL ASEO Y EL CUIDADO PERSONAL

#### El aseo

Los baños han de disponer de puertas anchas y suficiente espacio para facilitar la movilidad y hay que acondicionar la cabina, el lavabo y el retrete a las características de las personas atendidas.

Para realizar el baño es aconsejable sustituir la bañera por el plato de ducha, para que sea mas accesible, y si esta no fuera posible, colocar en la bañera dispositivos de ayuda, como antideslizantes en el suelo, barras de sujeción, para entrar y salir etc. y si es posible, colocar barras laterales para ayudar a la persona dependiente a sentarse y levantarse. También pueden resultar muy útiles los taburetes para realizar la ducha sentado.

Existen numerosas ayudas que permite hacer más fácil el aseo de personas que presentan problemas de movilidad y sirven a su vez para prevenir las posibles caídas.

Hay ayudas de todo tipo para lavarse, bañarse y ducharse como sillas, asientos giratorios, respaldos, alzadores, camillas de baño, esponjas de mango, lava-cabezas etc. Entre los Dispositivos

que ayudan a hacer más fácil el uso del WC estarían las sillas con orinal, inodoros adaptados, bolsas de recogida de orina etc.

### **Para el cuidado personal**

Existen otro tipo de ayudas a través de las cuales resulta más fácil el hecho de peinarse, lavarse los dientes o el simple hecho de vestirse, desvestirse o descalzarse. A continuación nombramos algunas de ellas como el uso de cepillos adaptados, ganchos o tiradores de cremalleras, zapatos especiales, abotonadores, alzadores, aparatos para poner medias, cordones especiales, etc.

### **En cuanto al tema de la medicación**

Existen también muchos dispositivos que permiten hacer más fácil la toma de medicación y realizar un mejor seguimiento de los mismos como es el caso del pastillero.

## **8.2 AYUDAS TÉCNICAS PARA LA MOVILIDAD**

Para promover que la persona mayor pueda deambular dentro de su propio domicilio o fuera de él, es muy importante acondicionar antes la vivienda, eliminando todos aquellos obstáculos que puedan dificultar su caminar como suelos resbaladizos, alfombras, objetos en el suelo, rampas demasiado empinadas, escalones etc.

Para hacer más fácil el andar, movernos o desplazarnos resultan muy útiles colocar barandillas o pasamanos en las escaleras, valernos de un bastón para mantener el equilibrio o utilizar la silla de ruedas en los casos en los que tengamos problemas para caminar. Además de los bastones y las sillas de ruedas existen otros dispositivos que nos facilitan también el andar como los andadores que nos permiten mantener cierto equilibrio a la hora de desplazarnos de un lugar a otro.

Para aquellas personas que permanecen mucho tiempo en la cama debido a la poca movilidad que estas presentan, resulta muy útil la cama geriátrica que permite realizar en mejores condiciones el aseo y los cambios posturales proporcionando una postura adecuada durante el reposo. Para estas mismas personas resulta también útil los Colchones antiescaras que son colchones especialmente diseñados para prevenir aquellas lesiones en la piel producidas por permanecer durante mucho tiempo en reposo.

Otros dispositivos de ayuda a la movilidad son: el sillón giratorio, los elevadores que colocados en cualquier asiento ayudan a la persona a levantarse, la grúa, etc.

## **8.3 AYUDAS TÉCNICAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y EL CUIDADO DEL HOGAR**

Hay muchas personas que debido a algún tipo de limitación no puede realizar determinadas actividades como son el de cocinar o el de realizar tareas domésticas por sí solas.

Hoy en día, en el mercado existen muchas ayudas que facilitan la realización de alguna de estas actividades como son: los cubiertos adaptados que facilitan el agarre de los mismos especialmente recomendable para aquellas personas que sufren artritis, artrosis, patologías del sistema nervioso. También facilita la tarea los utensilios de cocina adaptados como el pelador de patatas o el abrelatas y los cepillos de mango largo especiales para lavar platos, vasos o cubiertos.

Nos puede resultar también muy útil el uso de una mesa con ruedas para transportar alimentos u otros objetos.

En cuanto a las ayudas para limpiar la vivienda. Es muy probable que el usuario del servicio de ayuda a domicilio no realice por sí solo esta actividad, pero puede resultar interesante la participación de éste en el desarrollo de la misma, aunque ésta sea mínima, con esto conseguiremos que se siente útil y aumente su autoestima.

Entre las actividades que proponemos que pueda realizar la persona dependiente estaría el de secar los platos o cubiertos a través de paños adaptados con un soporte de agarre o barrer a través de cepillos adaptados con un sistema de sujeción, etc.

Otras ayudas que facilitan la limpieza del hogar son cepillos especiales para fregar y limpiar, gamuzas, bayetas para el suelo y plumeros. Todos ellos adaptados a las necesidades o limitaciones de las personas.

## **8.4 AYUDAS TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN**

Son ayudas que facilitan la comunicación, escritura y lectura diseñadas en función de la limitación que presenten las personas Ej.: bolígrafos, lápices y gomas que facilitan el agarre y la sujeción, máquinas de escribir y ordenadores especiales, tele alarmas, sonotones, sostenedores de auriculares, etc.

# 9

## Conclusiones

El trabajo con personas requiere cumplir unas exigencias en materia de calidad forjadas a través del cumplimiento de unos criterios de eficacia y eficiencia.

Esta guía contiene unos criterios de actuación conjuntos, un sistema de seguimiento, supervisión y unos estándares de calidad, concediendo especial atención a la cualificación del personal que hace efectiva la prestación así como a la coordinación continuada con los servicios sociales, sanitarios y otras entidades a fin de garantizar su calidad, profesionalidad y eficacia en la prestación de tales servicios

El término de calidad en la ayuda a domicilio implica la capacidad de dar una respuesta rápida, eficaz y eficiente a las necesidades que se les presenta a los usuarios en su domicilio o en su entorno más cercano con el fin de mejorar la calidad de vida de los mismos.

La Ayuda a Domicilio requiere de altos estándares de calidad en la prestación de sus servicios que respondan a las necesidades y expectativas de los usuarios, entendiendo la calidad como un proceso de cambio en la forma de trabajo, a la mejora continua de los procesos y de las personas, al crecimiento profesional de las empresas y profesionales del sector que responden a las expectativas e intereses de los usuarios y sus familias

En este contexto ,la presente guía pretende dar unas orientaciones a aquellos cuidadores tanto formales como informales acerca de cómo mejorar la calidad de los servicios que se prestan hoy en día a los usuarios en la ayuda a domicilio y cuales son aquellas exigencias que en materia de calidad han de cumplir las empresas para proporcionar un adecuado servicio.

A continuación nombraremos una serie de Compromisos de Calidad que las Empresas de Ayuda a Domicilio han de cumplir para mejorar los servicios que prestan y una serie de recomendaciones básicas dirigidas a los profesionales del SAD.

### **Compromisos de calidad de las Empresas de Ayuda a Domicilio**

- Informar a los usuarios de forma correcta, puntual y precisa sobre los servicios que se prestan.
- Las empresas fomentara la participación de los usuarios en el proceso de mejora a través de un sistema de comunicación continua con los mismos, y contarán con un buzón de quejas y sugerencias.
- Se ofrecerá una respuesta rápida en los casos que requieran de una atención inmediata.

- Las empresas contarán con un teléfono de atención que estará disponible las 24 horas del día a fin de apoyar inmediatamente a los usuarios en situaciones de crisis.
- Se respetará y garantizará en todo momento el principio de intimidad y confidencialidad del usuario y del servicio que se le ofrece.
- Las empresas contarán en sus plantillas con profesionales preparados y formados para la prestación de tales servicios. Los cuales mantendrán reuniones periódicas para hacer el seguimiento de los casos y conseguir que el servicio se preste de la mejor forma posible.
- Se garantizará la calidad de los servicios prestados a los usuarios mediante la implantación de un sistema continuo de seguimiento y evaluación de los servicios.
- Coordinación interna a la empresa y con otras entidades o asociaciones públicas o privadas para la adecuada prestación de tales servicios que proporcionen una atención integral a los usuarios.

**Las recomendaciones dirigidas a los profesionales del servicio de ayuda a domicilio podemos concluir las siguientes:**

- Fomentar la autonomía de cada usuario evitando realizar tareas que el/ella pueda realizar por sí mismo/a, siempre y cuando estas tareas no hayan sido especificadas por los técnicos responsables de los Servicios Sociales Municipales como tareas a realizar por la auxiliar.
- No se deberá reemplazar a la familia; sino estimularla en la atención al usuario y facilitar pautas de atención.
- Evitar siempre los juicios de valor.
- Establecer una buena relación afectuosa y profesional, evitando la familiaridad con el usuario.
- Llegar al trabajo en el mejor estado emocional posible.
- En caso de tener que aceptar regalos o dinero, se avisará a la empresa para proceder a su devolución.
- Procurar no llevar bolsas con contenidos comunes (por Ej. Naranjas), ya que al ser iguales para todos, puede crear confusión.
- En las tareas que exijan la utilización del dinero de usuario, anotar las compras en la hoja de caja junto con los tickets de compra. Procurar hacerlo en presencia del usuario.
- Ser discreta, exacta y detallista cuando se hagan aseos personales y otros trabajos en general, debiendo dejar todos los productos que se utilizan en su lugar.
- Respeto por la intimidad de la persona, de su familia y de su casa; no criticar nunca actitudes, aunque no se compartan.
- Mantener el equilibrio y la serenidad para hacer frente a situaciones conflictivas de manera ponderada y correcta.

Para lograr esto será necesario que las empresas exijan el cumplimiento de unos estándares de calidad y contar con un equipo de profesionales estables, serios, formados y responsables, que cuenten con una serie de cualidades para trabajar en este sector, capaces de prevenir y reaccionar ante los casos de urgencia que se puedan presentar, que cuenten con una adecuada dotación de recursos y habilidades para afrontar los servicios y aquellas actividades de la mejor forma posible.

Para concluir esta guía, una vez más me gustaría resaltar la importancia que tienen que hagamos partícipes a los propios usuarios y sus familias en este proceso de mejora continua, porque son ellos los que día a día nos exigen que mejoremos los servicios que les prestamos y sin ellos las empresas no existiríamos”.



# 10

## Bibliografía

- “**Sociedad Española de Geriatria y Gerontología**”, página Web [www.segg.es](http://www.segg.es).
- “**Activemos la mente**”, *Fundación La Caixa*.
- “**Federación Española de Parkinson**”, página Web [www.fedeparkinson.org](http://www.fedeparkinson.org)
- “**Psicopatología**”, *Lemos Giraldez, Serafín*. Editorial Síntesis.
- “**Los alimentos I**”, *Cervera P*. Rev. rol de Enfermería.
- “**Los alimentos II**”, *Cervera P*. Rev. rol de Enfermería.
- “**Nutrición y Salud pública. Métodos, base científicas y aplicaciones**”. *Serra-Majem L, Aranceta J, Mataix J*. Masson, Barcelona.
- “**Los servicios de Ayuda a Domicilio**”. Planificación y gestión de casos. Manual de formación para auxiliares. *ED ciencias de la Salud Panamericana*.
- “**Manual de Ayuda a Domicilio**” formación teórico-práctica. *Isabel Trigueros y Jasone Mondragón*. ED siglo XXI.
- “**Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer**”. *Comité de expertos en la OMS sobre alivio y tratamiento de apoyo activo en el cáncer*. OMS,1990. Ginebra.
- “**Programa de cuidados paliativos a domicilio**”. Atención primaria. *Área IV del Insalud*. Madrid, 1997.

### Otras páginas visitadas:

- [www.ce.urjc.es](http://www.ce.urjc.es) Galería de ayudas técnicas
- [www.ceapat.org](http://www.ceapat.org)
- [www.carm.es](http://www.carm.es)
- [www.princast.es](http://www.princast.es)
- [www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es)

## **Para más información sobre normativa dirigirse a las siguientes direcciones:**

- **Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero**, de servicios sociales de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social.
- **Real Decreto 42/2000, de 18 de mayo**, de la Conserjería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias, por el que se regula la ayuda a domicilio.