



**MANUAL DE**

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

UN PROYECTO DE LA FUNDACIÓN **FADE**

Edita: FADE (Fundación Ayuda Desarrollo Educación). © 2023

ISBN: 978-84-09-56346-3

Ilustraciones: [www.freepik.es](http://www.freepik.es)



# ÍNDICE

Autores .....	5
Prólogo.....	7
Presentación.....	9
<b>PRIMERA PARTE.</b>	
<b>HÁBITOS Y PAUTAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD .....</b>	<b>11</b>
<b>1 Valoración geriátrica integral. Principales</b>	
<b>síndromes geriátricos.....</b>	<b>13</b>
1.1 ¿Qué es el proceso de envejecimiento?.....	13
1.2 ¿Qué son los síndromes geriátricos?.....	16
1.3 ¿Qué es la valoración geriátrica integral? .....	17
1.4 Principales patologías geriátricas.....	19
1.5 Administración de medicación .....	23
1.6 Buenos hábitos a conseguir.....	27
1.7 Consejos de estimulación cognitiva en los mayores.....	28
1.8 Consejos para atender a mayores con deterioro cognitivo ....	31
1.9 Frases y reflexiones para compartir .....	33
<b>2 Hábitos saludables: alimentación, nutrición y deglución .....</b>	<b>35</b>
2.1 ¿Qué es el envejecimiento?.....	35
2.2 Cambios del envejecimiento relacionados con los aspectos fisiológicos.....	36
2.3 Cambios en el envejecimiento relacionados con el estado nutricional .....	37
2.4 Cambios que se pueden producir en la deglución.....	38
2.5 ¿Qué es la disfagia? .....	39
<b>3 La higiene corporal y arreglo en las personas mayores.</b>	
<b>La incontinencia y su manejo. Riesgo de caídas</b>	
<b>en el domicilio. Prevención de úlceras por presión.....</b>	<b>41</b>
3.1 La higiene corporal y arreglo .....	41
3.2 Incontinencia urinaria .....	42
3.3 Riesgo de caídas en el domicilio .....	45
3.4 Prevención de úlceras por presión.....	50
<b>4 Urgencias en el domicilio. Medidas de actuación .....</b>	<b>53</b>
4.1 Convulsión .....	53
4.2 Síncope.....	54
4.3 Hipoglucemia .....	55
4.4 Accidente cerebrovascular.....	56



4.5	Obstrucción vía aérea.....	57	
4.6	Problema respiratorio .....	57	
4.7	Traumatismo-hemorragia .....	58	
4.8	Problema cardíaco .....	59	
<b>SEGUNDA PARTE.</b>			
<b>BIENESTAR EN EL ENTORNO FAMILIAR.....</b>			61
<b>5</b>	<b>Cuidado y corresponsabilidad.....</b>	63	
5.1	Tipos de cuidado .....	64	
5.2	Perfil del cuidador .....	65	
5.3	Corresponsabilidad en el cuidado.....	67	
<b>6</b>	<b>La buena comunicación y la comunicación buena en el cuidado de personas mayores .....</b>	69	
6.1	Recordando el proceso comunicativo.....	69	
6.2	La empatía: esa gran aliada de los cuidados y también de la comunicación de calidad.....	71	
6.3	Escuchar sentimientos y necesidades: la escucha sanadora y eficaz. ....	72	
6.4	Claves prácticas para una comunicación de calidad verbal y no verbal en el cuidado de los mayores.....	78	
<b>7</b>	<b>Recursos sociales e institucionales de apoyo al cuidador.....</b>	82	
7.1	El trabajo social sanitario como base integral de la intervención sociosanitaria.....	82	
7.2	Recursos sociales .....	83	
7.3	Valoración de la discapacidad .....	84	
7.4	Solicitud/revisión de dependencia .....	85	
7.5	Atención al mayor y cuidado del cuidador. ....	86	
7.6	Grupos de ayuda mutua (GAM) .....	87	
	Bibliografía.....	89	
	Recursos online.....	91	
	Epílogo .....	92	



# AUTORES

## COORDINACIÓN:

### **M<sup>a</sup> José López Montesinos**

Profesora honoraria de la UMU, Facultad de Enfermería.

## AUTORES:

### **M<sup>a</sup> Teresa Candel**

Trabajadora Social del Centro de Salud El Palmar. Profesora Asociada de la Facultad de Trabajo Social, Universidad de Murcia.

### **M<sup>a</sup> 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.

### **M<sup>a</sup> Eugenia Gil**

Trabajadora Social del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, en el Palmar (SMS).

### **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).

### **Encarna Martínez Saorín**

Responsable del Servicio de Atención al usuario. Técnico Especialista no sanitario en el Hospital Lorenzo Guirao, de Cieza (Vega Alta del Segura, Murcia).



### **Óscar Segura Alba**

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

### **M<sup>a</sup> 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.



# 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<sup>a</sup> José López Montesinos**  
Presidenta de FADE



M<sup>a</sup> 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<sup>a</sup> 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 biopsicosocial<sup>1</sup>: 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.

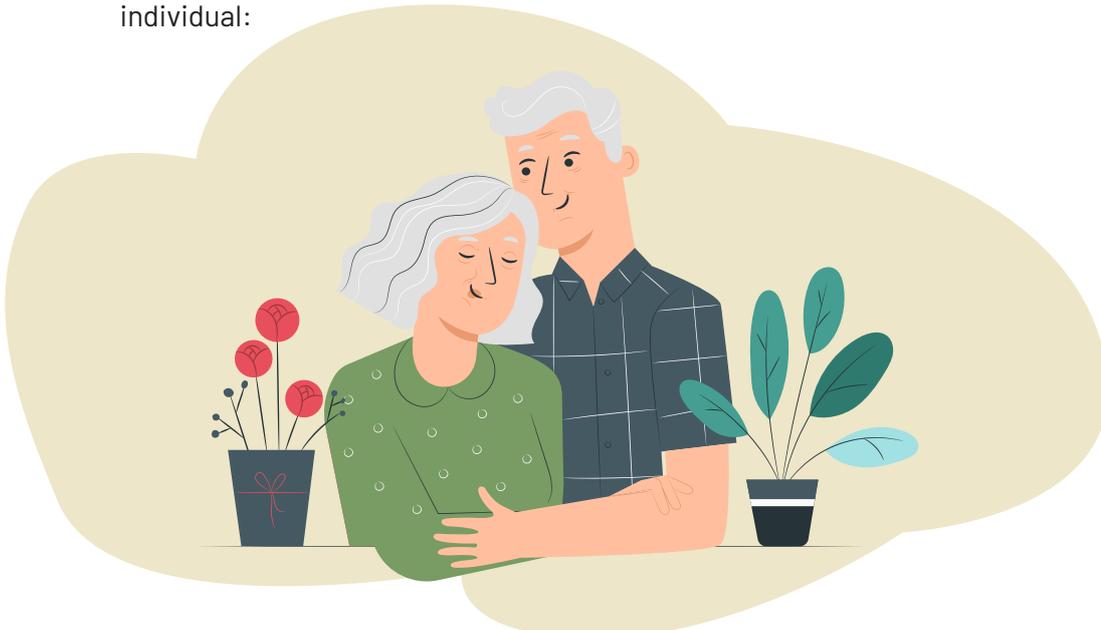
// El proceso de envejecimiento son los cambios graduales que se van produciendo en la persona, a nivel psicológico, físico y social, incluido un deterioro de sus capacidades, tanto físicas como cognitivas y mentales.//

<sup>1</sup> **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.

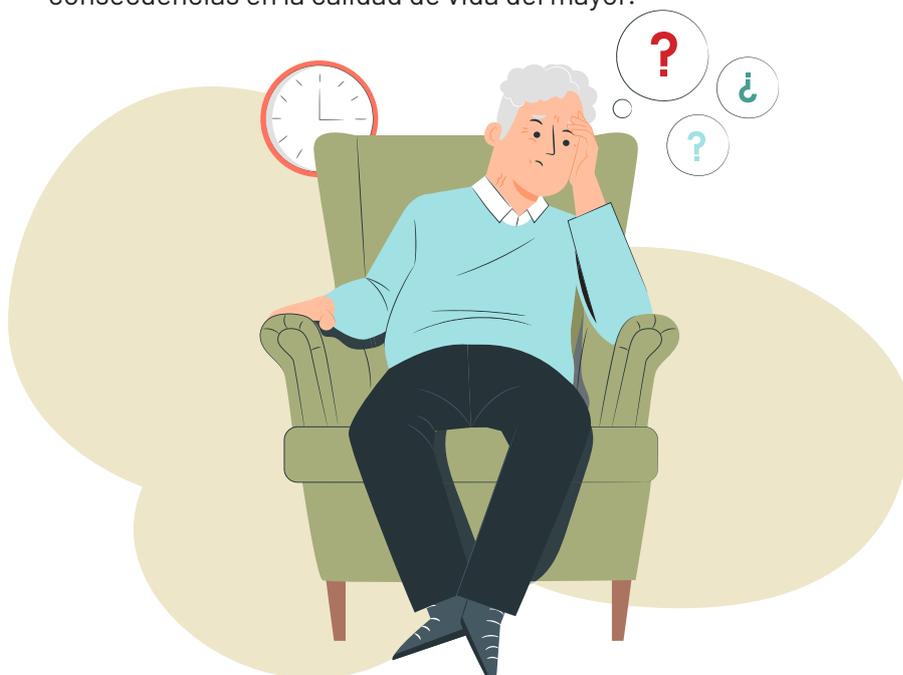


## ¿QUÉ ES EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE?

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, disfagia<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> **Disfagia:** Dificultad para tragar



- Caídas.
- Polifarmacia (abuso de ingestión de medicamentos).
- Sarcopenia<sup>3</sup>.
- 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

<sup>3</sup> **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.





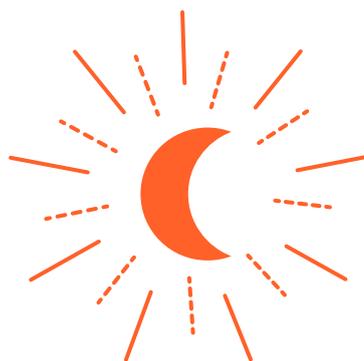
## PROBLEMAS DEL HABLA

- 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

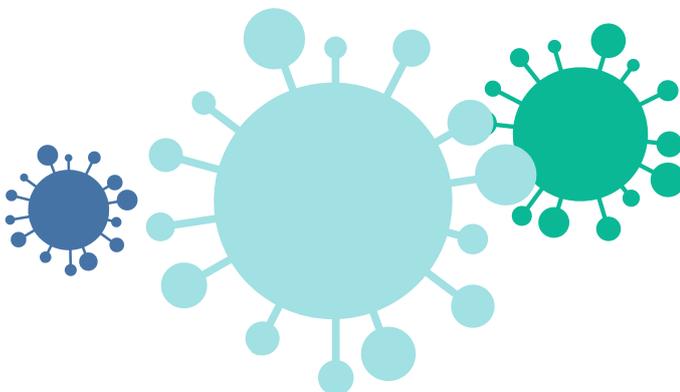
Con la edad se pierde rapidez en la capacidad de reacción psicomotora (de memoria). El leve declive de memoria del anciano se debe a ligeras alteraciones del cerebro causadas por enfermedades asociadas al envejecimiento, no por el envejecimiento en sí mismo.

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

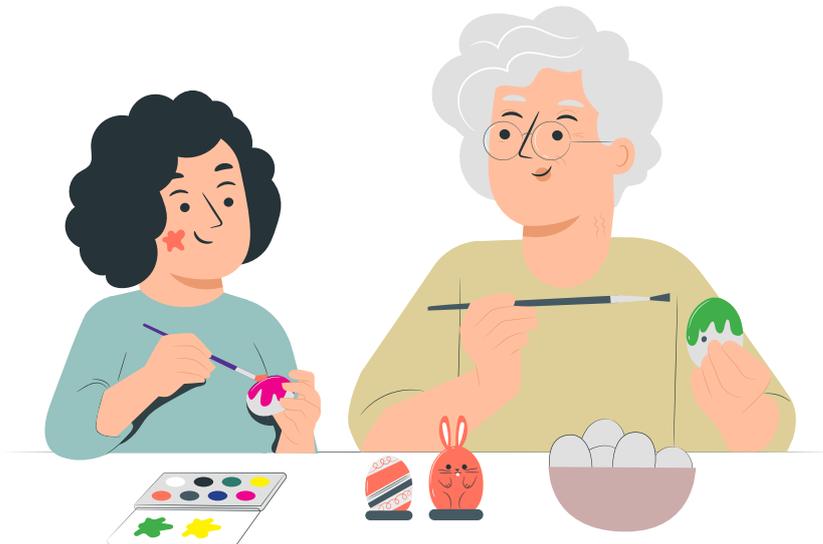
- Tomar baños/duchas templados con agua a temperatura corporal.
- Habitación con temperatura, luz, ventilación agradable/suave.
- Ropa holgada y suave al tacto (fresca/cálida según época año).
- Temperatura ideal del dormitorio: 18 a 22 grados.
- Evite despertadores y relojes.
- No vaya a dormir si no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

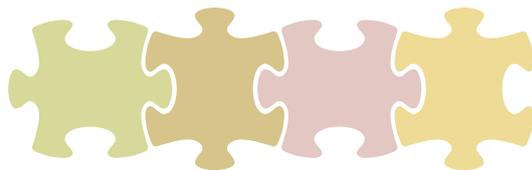


## JUEGOS COMPARTIDOS Y COOPERATIVOS

- 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

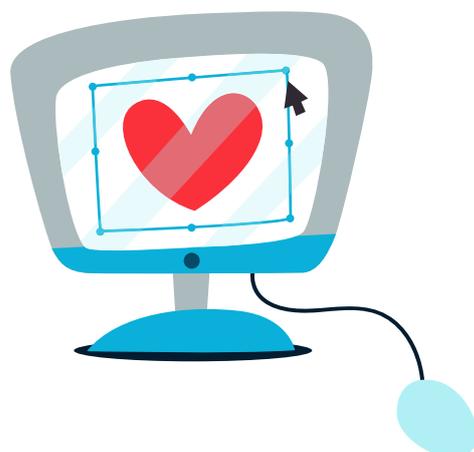
- **Juegos de mesa y pasatiempos:** beneficios para la salud física, mental y afectiva; estimulan la mente para pensar.
- **Juegos de mesa tradicionales:** cartas, dominó, bingo.
- **Pasatiempos:** sudoku, sopa de letras, crucigramas, laberintos, buscar diferencias.
- **Refranes:** Fomentan la atención, 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.
- Premie 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:

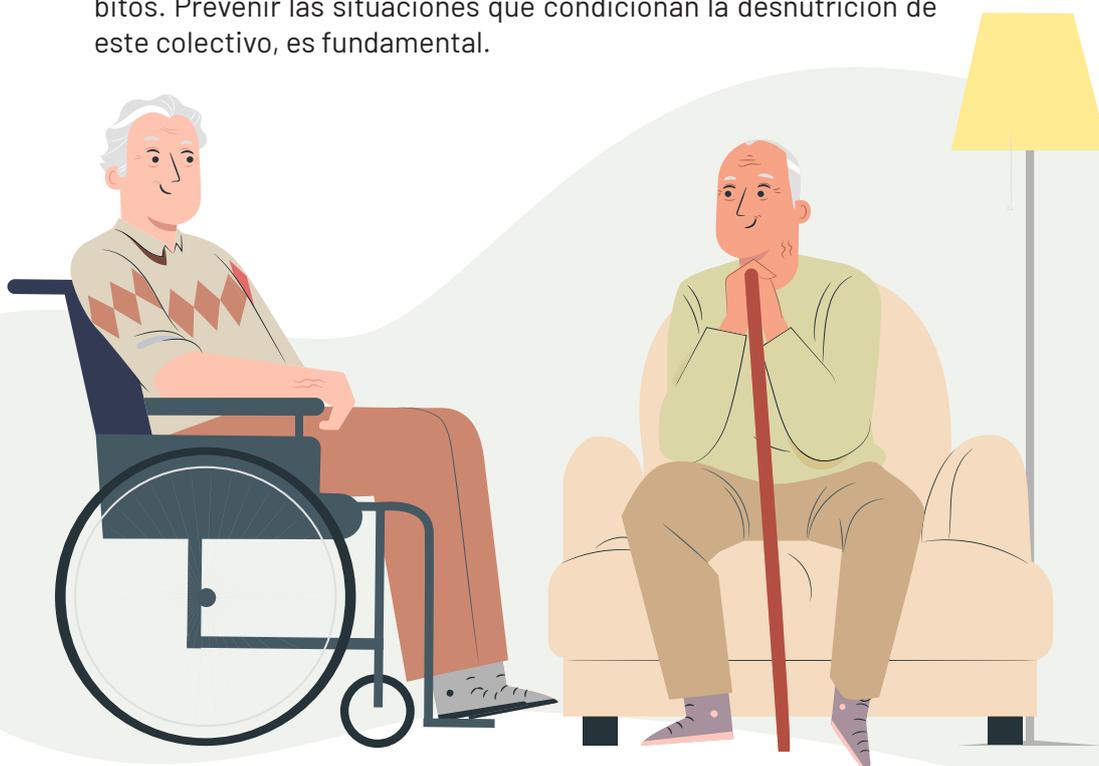


**Sana:** Persona con edad avanzada que goza de salud, independencia y calidad de vida.

**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 sarcopenia<sup>1</sup>, en la que están implicadas tanto la pérdida de fibras musculares, como de neuronas alfa-motoras<sup>2</sup>, y como consecuencia una disminución de la fuerza y de la tolerancia al ejercicio, provocando debilidad, astenia<sup>3</sup> 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 basal<sup>4</sup>.
- 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 anorexia<sup>5</sup>.
- 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 deglución<sup>6</sup>.

// 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 craneales<sup>7</sup> 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 disfagia<sup>8</sup>.

## 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 carraspeo 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 B<sub>12</sub>, 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 Henderson<sup>1</sup> (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.

<sup>1</sup> 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 espiración 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 fecal<sup>2</sup>, 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 perineal<sup>3</sup>. 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 PÉLVICO<sup>4</sup> 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/ variar 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 cognitiva<sup>5</sup> 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).

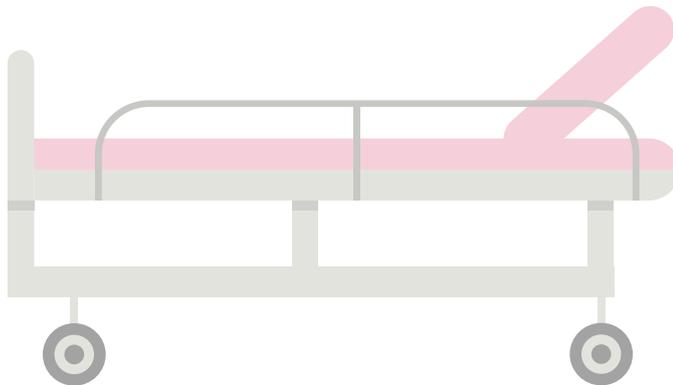
### **HIGIENE QUE DEBE REALIZARSE EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN:**

- 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.

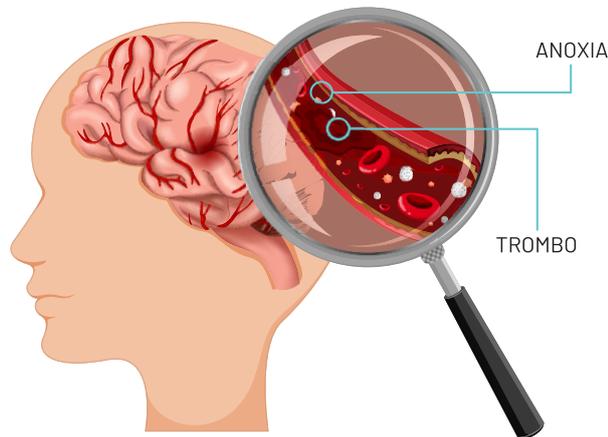
### ACTUACIÓN

- 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\_

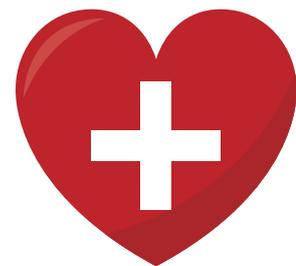
Definido en general como problema relacionado con el corazón, arterias coronarias, y patologías que afecten al normal funcionamiento del órgano cardíaco.

## 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<sup>a</sup> Jose Galiana Gómez de Cádiz**  
**M<sup>a</sup> 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.





# 6 LA BUENA COMUNICACIÓN Y LA COMUNICACIÓN BUENA EN EL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES.

Encarna Martínez Saorín  
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 Paniagua<sup>1</sup>, «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. //

## 6.1 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.

## 6.2 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.

### 6.3 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)<sup>2</sup> 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)<sup>3</sup> 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](http://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 tiritas*, 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.//



## 6.4 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)<sup>4</sup>, 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

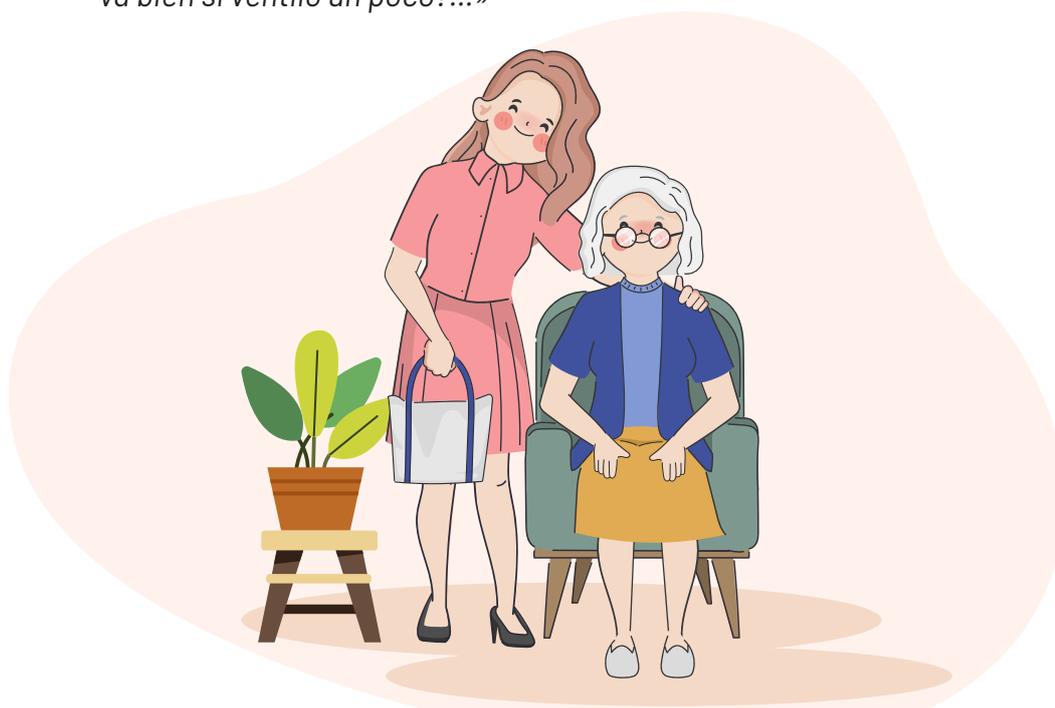
DIFICULTAD	RESPUESTA PRÁCTICA
<b>El mayor no dice la palabra precisa.</b>	Facilitar la comunicación verbal, que aún es factible. Si tiene dificultad para designar objetos o cosas, se le indica que los señale, y a continuación se nombra lo que señala.
<b>El mayor presenta dificultad para expresar sus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

# 7 RECURSOS SOCIALES E INSTITUCIONALES DE APOYO AL CUIDADOR.

M<sup>a</sup> Teresa Candel  
M<sup>a</sup> Eugenia Gil

## 7.1 EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO COMO BASE INTEGRAL DE LA INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIA

### FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD COMO RECURSO:

- **ACOGER:** Escuchar con esa escucha activa que nos pone en el lugar del otro (empatía), necesidades, sentimientos inquietudes..., mediante entrevista, comunicación verbal y no verbal.
- **ACOMPañAR:** Acompañar en el MOMENTO y en el PROCESO, es importante que el mayor y su familia se sientan acompañados en el momento de los diagnósticos, de las decisiones, del «qué haremos después», cómo seguir los procedi-





mientos que son nuevos para ellos, así como el acompañamiento al cuidador principal que será la figura de apoyo en todo este proceso.

- **DIAGNÓSTICO SOCIAL:** Después de la acogida y el acompañamiento llega el momento del diagnóstico social que guiará toda la intervención, la cual se realiza con el paciente y la familia, y en todo momento debe sentirse participe de esas decisiones.
- **COORDINAR:** Desde el departamento de Trabajo Social de los centros de salud se realiza la coordinación con los servicios de atención primaria, especializada (Hospital, salud mental, cuidados medios etc.), los servicios sociales de zona, la administración autonómica (IMAS y centros de atención), empresas privadas (como la teleasistencia, ayudas de cuidado personal...) y todo tipo de instituciones y asociaciones que puedan ser de interés en el tratamiento del paciente.
- **GESTIONAR:** Por último, después de realizar la acogida, el diagnóstico y la coordinación con diversos servicios, pasamos a la intervención social en la que también debemos tener en cuenta los apoyos con los que cuenta el paciente, ya sean familiares, económicos, cual es la situación de su vivienda, necesidades de tratamiento, etc., para comenzar a movilizar recursos y formar e informar al paciente y a su familia.

## EL DIAGNÓSTICO SOCIAL COMO BASE PARA LA INTERVENCIÓN

El trabajo social sanitario es estudio, diagnóstico e intervención, y también observación de las personas enfermas y de sus familias, relacionando su enfermedad con los desequilibrios en su núcleo familiar y ambiental.

No puede pensarse en el desarrollo del trabajo social sanitario aislado del desarrollo del resto de las disciplinas sociales y médicas, la sociología, la antropología, la medicina, la economía, la psicología, la psiquiatría, etcétera.

## 7.2 RECURSOS SOCIALES

### PRESTACIONES AUTONÓMICAS

IMAS (Instituto Murciano de Acción Social):

- Solicitud/ Revisión de la dependencia.
- Valoración de la discapacidad.
- Pensión no contributiva

// El trabajo social sanitario es estudio, diagnóstico e intervención, y también observación de las personas enfermas y de sus familias, relacionando su enfermedad con la situación en su núcleo familiar y ambiental.//



- Ayudas económicas para personas mayores o con discapacidad (ayudas en la adaptación de la vivienda, gafas, audífonos y prótesis bucodental), se convocan dos meses en el mismo año.

Servicios y prestaciones del SERVICIO MURCIANO DE SALUD:

- Red de centros de atención primaria y especializada.
- Ayudas ortoprotésicas.

## PRESTACIONES ESTATALES

Prestaciones Seguridad Social:

- Jubilación.
- Invalidez permanente, parcial total o gran invalidez.
- Prestación por hijo a cargo.
- Ingreso mínimo vital.

## 7.3 VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

La OMS define a la Discapacidad como: «Cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano».

Con la **tramitación de discapacidad** se inician los trámites para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad o se **revisa el grado de discapacidad** reconocido, bien porque exista un agravamiento, bien porque haya finalizado el plazo de validez de la resolución inicial.

### ¿CÓMO SE RECONOCE EL GRADO DE DISCAPACIDAD?

A partir de mayo de 2023 se aplica el nuevo baremo establecido para valorar y calificar el grado de discapacidad establecido en la Ley 6/2022, de 31 de marzo, de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto 1/2013, de 29 de noviembre, para la aplicación de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

### ¿QUÉ SUPONE TENER RECONOCIDO UN GRADO DE DISCAPACIDAD?

La posibilidad de acceder a determinados recursos o prestaciones de la Administración Regional.

// La OMS define la discapacidad como cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.//



## ¿QUÉ GRADO DE DISCAPACIDAD MÍNIMO DEBO TENER RECONOCIDO PARA ACCEDER A PRESTACIONES O RECURSOS?

Igual o superior al 33%.

### 7.4 SOLICITUD/REVISIÓN DE 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.

#### EL CATÁLOGO DE SERVICIOS DEL SISTEMA ES EL SIGUIENTE:

- Servicio de prevención de situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a Domicilio.





- Atención de las necesidades del hogar:
  - > Cuidados personales.
  - > Servicio de Centro de Día y de Noche
  - > Servicio de Atención Residencial

## LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS QUE CONTEMPLA LA LEY SON LAS SIGUIENTES:

- Prestación económica vinculada al servicio.
- Prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- Prestación económica de asistencia personal

## GRADOS DE DEPENDENCIA

- **Grado I. Dependencia moderada:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Grado II. Dependencia severa:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- **Grado III. Gran dependencia:** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

## 7.5 ATENCIÓN AL MAYOR Y CUIDADO DEL CUIDADOR\_

Como ya se ha visto, el cuidador o cuidadores son las personas o instituciones que se hacen cargo de otros que sufren algún nivel de dependencia. Pueden ser padres, hermanos, hijos/hijas, familiares.

El papel esencial del cuidador, es el autocuidado. Sobre ellos recae a veces la carga de toda la casa y la del cuidado de sus familiares. El estrés y la presión a veces pueden desbordarlo. Es clave que, si la persona se ve desbordada no tenga problema en pedir o solicitar ayuda.



La tarea del cuidador hace que la transformación en su vida se vea especialmente afectada, siendo el pilar en el que descansa a partir de ahora su bienestar.

Es importante señalar que inmersos en esa vorágine del cuidado, las citas, los traslados, las decisiones a tomar, documentación que preparar, etc., nos hace sentir que «no tenemos tiempo para nosotros», pero debemos plantearnos que si no nos cuidamos no podemos cuidar, incluso hay momentos de agotamiento que pensamos «y... de mí quién se ocupa» o «no puedo más, me supera esta situación». Ante esto, tenemos que estar atentos y no caer en el síndrome del cuidador quemado y no sentirnos culpables.

Cómo evitar los síntomas del cuidador quemado:

- Evitar el aislamiento y la soledad.
- Buscar actividades y gratificaciones.
- Mantener un tiempo de ocio.
- Expresando las emociones, aceptándolas y pidiendo ayuda profesional, si es necesario.
- Participando en Grupos de Ayuda Mutua.

// El papel esencial del cuidador es el autocuidado. Sobre ellos recae a veces la carga de toda la casa y la del cuidado de sus familiares.//

## 7.6 GRUPOS DE AYUDA MUTUA (GAM)

Son grupos con miembros que se reúnen de forma voluntaria y libre, movidos por la necesidad de dar respuesta o encontrar una solución a un problema/enfermedad compartida por todos ellos, para afrontar y superar una misma situación conflictiva, o lograr cambios personales y/o sociales.

### LOS BENEFICIOS DE PERTENECER A UN GAM (GRUPO DE AYUDA MUTUA) SON:

- Apoyo en la ayuda de situaciones previamente problemáticas.
- Mayor satisfacción de su situación de su situación de salud.
- Mejoran el nivel de autoestima.

### LAS FUNCIONES DE LOS GAM SON:

- Facilitar e intercambiar información.
- Ofrecer soporte emocional.
- Reconstruir funciones propias de las relaciones familiares y el apoyo social.
- Recuperar y/o aumentar el bienestar bio/psico/social.
- Dar respuesta y buscar soluciones a problemas concretos.



## EJEMPLOS DE LOS GAM SON:

- Sociedad de Diabéticos de Cartagena y su Comarca (SODICAR).
- Asociación de Ayuda al enfermo renal de Murcia (ADAER).
- Asociación para la Integración de Personas con Discapacidad Intelectual (CEOM).
- Asociación de Paraplégicos y Grandes Discapacitados Físicos de la Región de Murcia. ASPAYMA.
- Federación Española de Daño cerebral adquirido. FEDACE.
- Asociación de Familiares de Niños con Cáncer Región de Murcia. AFACMUR.
- Asociación para la Integración de Personas con Discapacidad Intelectual. CEOM.
- Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de la Región de Murcia. AFAMUR.

// **¿Qué son los GAM?** Son grupos con miembros que se reúnen de forma voluntaria y libre, movidos por la necesidad de dar respuesta o encontrar una solución a un problema/enfermedad compartida por todos ellos.//





# BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Rodríguez-Rodríguez P.** *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 Geriátría y Gerontología*. 2005;40:5-15.



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

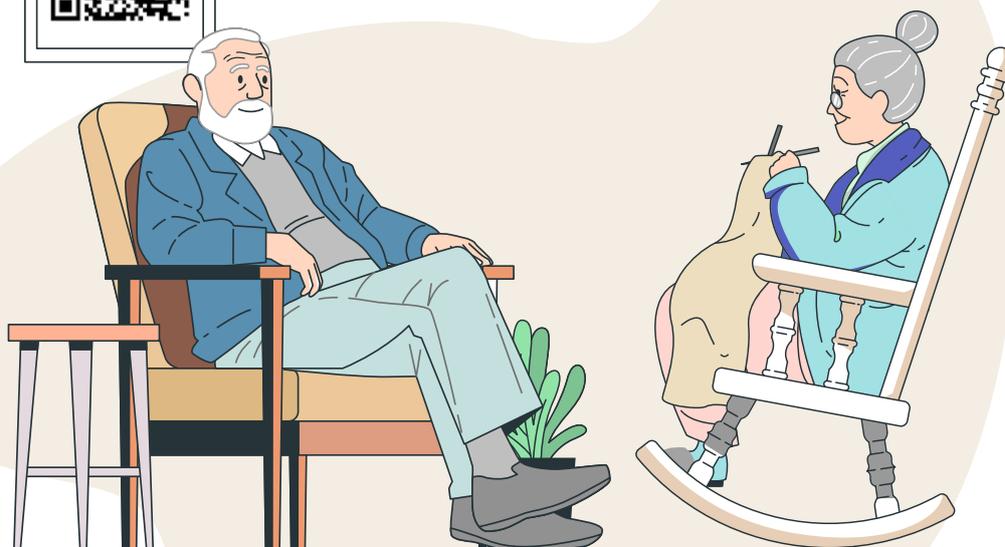
**Zabalegui Yárnoz A., Juandó Prats C., Izquierdo Mora M.D., Gual García P., González-Valentín A., Gallart Fernández-Puebla A., et al.** *Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática.* Gerokomos, 2004, vol 15, num 4, pag. 199-208. 2004.



# 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.

Por el formato de este manual, no ha sido posible incluir un capítulo dedicado a la formación práctica sobre la *Higiene postural en el manejo de la persona con necesidad de cuidado*: este contenido lo tendréis disponible en el espacio on line antes citado. En este sentido, aprovechamos este espacio para agradecer también a **Pilar Escolar Reina**, profesora (Dra. Grado en Fisioterapia, Universidad de Murcia) y a **María Pellicer Alonso** (profesora asociada, Grado en Fisioterapia, Universidad de Murcia) su colaboración para abordar estos temas, de la mano de **Elena Mesones Alcalde** y **Cristina Méndez Bermejo** (Alumnas de 4º curso de Grado en Fisioterapia, Universidad de Murcia), ponentes en el Curso "FAMILIA CUIDANDO", germen de esta guía que os presentamos.

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](mailto:fade@fundacionfade.org)

[www.fundacionfade.org](http://www.fundacionfade.org)

**COLABORAN:**



Región de Murcia  
Consejería de Política Social,  
Familias e Igualdad



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA  
REGIÓN DE MURCIA