

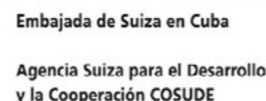
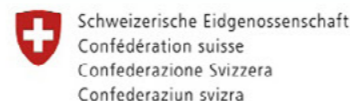


Cartilla de la persona cuidadora

Colectivo de autores

Sello Editorial Joven Club





Por un sistema de cuidados para adultos mayores dependientes



Cartilla de la persona cuidadora

Asistentes sociales a domicilio y familiares

«Avanzar hacia una sociedad del cuidado implica un cambio de paradigma que coloque en el centro del cuidado de las personas, de quienes cuidan, el autocuidado y el cuidado del planeta».

Alicia Bárcena.

ONU Mujeres y CEPAL promueven la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe

<https://www.cepal.org/es/noticias/onu-mujeres-cepal-promueven-la-construccion-sistemas-integrales-cuidados-america-latina#:~:text=Los%20principios%20que%20propone%20el,la%20Solidaridad%20en%20el%20Financiamiento>

«Nosotros estamos desafiados a innovar constantemente», expresó el jefe de Estado durante su amplia intervención que versó sobre prioridades a tener en cuenta para el trabajo del año 2022, y sobre las problemáticas que Cuba debe asumir hoy, entre las cuales mencionó ... y la no menos desafiante dinámica demográfica que ya no es cosa del futuro sino un reto del presente.

Miguel Díaz-Canel.

Miguel Díaz-Canel Bermúdez. videoconferencia con gobernadores e intendentes del país. 19/01/2022.

<http://www.cubadebate.cu/noticias/2022/01/20/diaz-canel-estamos-desafiados-a-innovar/>

Edición y corrección: Yolagny Díaz Bermúdez
Foto y diseño de cubierta: Eduardo Alfredo Triana Álvarez
Diseño de interior: Teresa Reyes Camejo
Composición computarizada: Yolagny Díaz Bermúdez

Todos los derechos reservados
© Editorial Joven Club, 2023

ISBN: 978-959-289-124-1

Editorial Joven Club
Calle 13 #456 e/ E y F, Vedado, Plaza de la Revolución
La Habana, Cuba, CP 10200



Cartilla de la persona cuidadora. Asistentes sociales a domicilio y familiares.
Una herramienta para ayudar los cuidados generales al adulto mayor dependiente.
Un aporte: Hacia un sistema de cuidados al adulto mayor dependiente.

Esta cartilla se integra al sitio WEB CuidAM, audiovisuales y las apps de evaluación SharExam.EPS/FotAM y libro digital de autoayuda «Cuidándonos». Éstas son herramientas que incluimos y ofrecemos en el desarrollo de los cursos, y algunas tienen enlaces en INTERNET. Los contenidos de esta cartilla son responsabilidad de los autores y se modificarán en la medida de las necesidades que sean identificadas en los territorios durante los cursos impartidos en las escuelas de personas cuidadoras donde se tendrán un lugar a partir de la identificación de nuevas necesidades de aprendizaje.

IMPRESIÓN

Proyecto: «Fortalecimiento de las capacidades locales en la prevención de la discapacidad del adulto mayor en áreas rurales». (FORTAM).

PORTADA

Proyecto: «Fortalecimiento de las capacidades locales en la prevención de la discapacidad del adulto mayor en áreas rurales». (FORTAM).

AGRADECIMIENTOS

- A mediCuba-Suiza por el financiamiento y apoyo técnico en el proyecto de colaboración internacional «Fortalecimiento de las capacidades locales en la prevención de la discapacidad del adulto mayor en áreas rurales». (FORTAM) Mención especial a Manuel Vanegas y Beatrice Mazenauer.
- A COSUDE por el financiamiento en el proyecto de colaboración internacional FORTAM.
- A la Asociación de Amistad Italia-Cuba por el apoyo con donativo puntual al proyecto de investigación institucional «Intervención socio sanitaria intersectorial en instituciones sociales que atienden adultos mayores frágiles y en estado de necesidad en el territorio de Colón» (CEGER-AMAM) orientado al apoyo de las instituciones sociales de atención al adulto mayor.
- A la Comunidad Europea por el financiamiento al proyecto Programa Integral de Envejecimiento Saludable Plaza (PIES_Plaza) y sus sinergias en el tema de las tecnologías de la información y las comunicaciones con el proyecto FortAM.
- Al Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), de Cuba, por brindar los procedimientos y bases legales para desarrollar, dentro del sistema de cuidados, esta Cartilla de la persona cuidadora como aporte tangible del proyecto FortAM.

Los autores ceden los derechos de autor a los Joven Club de Computación y Electrónica para que lo pueda difundir a través de sus servicios de información por sus instituciones en Cuba.

AUTORES

- MsC. Eduardo Alfredo Triana Alvarez. *
- MsC. Teresa Reyes Camejo. **
- Lic. Edelma Pérez Reyes. ***

* Psicólogo, profesor auxiliar, Máster en Longevidad Satisfactoria y en Nuevas Tecnologías para la Educación. Director del proyecto FortAM.

** Médica, profesora auxiliar, Especialista de primer grado en Medicina General Integral, Máster en Longevidad Satisfactoria y en Contaminación Ambiental.

*** Psicóloga, Trabajadora Social, Directora Municipal de Trabajo y Seguridad Social de Colón.

COAUTORES

- Lic. Yisel Hernández Tamayo. ****
- Lic. Leonela M. Paneque Rosales. ****
- Lic. Irsia Herrera Valdés. *****

**** Licenciada(s) en Enfermería del hogar de ancianos “Gilberto Espiñeiras” de Colón.

***** Licenciada en Enfermería del hogar de ancianos Evangélico “Daddy John” de Colón.

ASESORA MEDICUBA SUIZA

Dr. iur. Beatrice Mazenauer. Miembro de la junta ejecutiva mediCuba-Suiza

EDITORIA

MSc. Yolagny Díaz Bermúdez. Directora de la revista Tino y del Sello Editorial Joven Club.

PREÁMBULO

La dependencia es una condición de la persona que interfiere en su capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria instrumentadas o básicas. Es más frecuente en el grupo de las personas mayores y demanda los cuidados de otras personas: familiares o no. Tiene repercusiones negativas para el individuo, la familia, la comunidad y para la sociedad en general, tanto en el ámbito económico como en el de las relaciones interpersonales. Donde la relación entre la persona necesitada de cuidados y la persona cuidadora cobra especial interés, así como en el entorno donde se desarrollan los cuidados.

La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 *, declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2020, es una iniciativa mundial y es la principal estrategia para lograr y apoyar acciones para construir una sociedad para todas las edades. Pretende añadir vida a los años. Es centrada en la persona sin dejar de tener en cuenta su pasado, su presente y sus expectativas futuras. Por lo tanto, incluye a la persona necesitada de cuidados como a la persona cuidadora.

La Cartilla de la persona cuidadora. Asistentes sociales a domicilio y familiares, es un producto que educa y capacita ofreciendo conocimientos generales sobre competencias necesarias y soporte hacia un sistema de cuidados al adulto mayor dependiente y para la persona que cuida.

Está organizada por acápite: 1) A modo de Introducción, 2) Hacia un sistema de cuidados en adultos mayores dependientes, 3) Envejecimiento saludable, la evaluación funcional y la dependencia, 4) Del asistente social a domicilio como persona cuidadora, 5) ¿Qué hacer con la evaluación funcional? 6) Necesidades de la persona enferma dependiente, 7) Cambios en la estructura de la casa, 8) Cuidados personales, 9) Sobrecarga de la persona cuidadora, 10) Elementos de salud mental, 11) Promoción de la autonomía personal, 12) Recomendaciones para los cuidadores y la autoayuda, 13) Apoyo de Tecnologías.

* <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>

El acápite 1) es una introducción para dar a conocer de cómo deben ser las características de las personas que brindan cuidados a personas dependientes, siendo o no familiar de la misma. El acápite 2) se centra en el contexto actual de las actividades de cuidados y los factores que intervienen para perseguir el logro de un Sistema Integral de Cuidados. El acápite 3) tiene como objetivo mostrar conceptos importantes como el de envejecimiento saludable y la relación de la funcionalidad para lograr realizar las actividades de la vida diaria con la mejor independencia posible.

El acápite 4) muestra: concepto, objetivos, principales funciones, características de la persona cuidadora, cómo se clasifica el servicio que brinda, factores que influyen en su bienestar y la importancia de la comunicación. El acápite 5) transmite la forma tradicional y la forma innovadora con el uso de las TIC para apoyar la pesquisa del estado funcional de los adultos mayores según el sistema nacional de salud, en Cuba, favoreciendo también la autopesquisa; y recomienda alternativas de soluciones en el nivel primario de atención de salud a través del programa del médico y la enfermera de la familia que favorecen la calidad de la atención en el ámbito comunitario de este sector poblacional. Desde el acápite 6) al 8) se hace hincapié en las necesidades de la persona enferma dependiente, las condiciones de la vivienda, los cuidados personales.

Con relación al acápite 9) se visualiza la importancia de determinar la carga del cuidador y forma de prevenirla. Mientras que en el acápite 10) se abordan elementos de salud mental resaltando la depresión como alteración del estado emocional y la demencia como alteración del estado cognitivo, y que ambas, como parte de los grandes síndromes geriátricos, afectan al individuo, a la familia y a la sociedad. Para el acápite 11) la promoción de la autonomía personal da una pauta integradora y optimista para mejorar la calidad de vida de las personas dependientes además de ofrecer soporte para las personas cuidadoras. El acápite 12) da a conocer los llamados grupos de autoayuda y cómo son importantes para el intercambio y el acompañamiento, y se brinda una propuesta de relajación para las personas cuidadoras que les permitirá aliviar las tensiones para así mantener una mejor condición de su salud al desarrollar su actividad de cuidados. Y el acápite 13) da a conocer que el apoyo de tecnologías ofrece ventajas y desventajas para la persona cuidadora y para el adulto mayor dependiente, y también sugiere tipos de tecnologías que pueden ser utilizada por el adulto mayor.

TABLA DE CONTENIDO

MODO DE INTRODUCCIÓN	10
HACIA UN SISTEMA DE CUIDADOS EN ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES	12
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE, LA EVALUACIÓN FUNCIONAL Y LA DEPENDENCIA	15
DEL ASISTENTE SOCIAL A DOMICILIO	17
¿QUÉ HACER CON LA EVALUACIÓN FUNCIONAL?	22
NECESIDADES DE LA PERSONA ENFERMA DEPENDIENTE	32
CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DE LA CASA	35
CUIDADOS PERSONALES	39
SOBRECARGA DE LA PERSONA CUIDADORA	49
ELEMENTOS DE SALUD MENTAL	54
PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL	64
RECOMENDACIONES PARA LOS CUIDADORES Y LA AUTOAYUDA	71
APOYO DE TECNOLOGÍAS	76
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	86

MODO DE INTRODUCCIÓN

Tabla de contenidos

Ser persona cuidadora requiere sensibilidad y una relación muy estrecha con la persona que hay que cuidar, ya que hay que compartir con ella aspectos muy íntimos relacionados con su propio cuerpo y con sus costumbres más arraigadas. Requiere también, buenas dosis de paciencia y una fortaleza emocional para asumir con entereza esa situación. Pero, además, ser persona cuidadora requiere conocimientos y habilidades específicas. Y no es fácil estar preparado para ello, por más que sepamos que antes o después, existen muchas posibilidades de que tengamos que ocuparnos del cuidado de alguno de nuestros seres queridos, padre o madre, esposo o esposa, algún tío o tía sin hijos, quizás, por qué no, de alguno de nuestros hijos, hermanos. Cuando llega ese momento, a veces de manera sorpresiva, otras veces como una situación que se va consolidando poco a poco, casi de forma imperceptible, nos podemos encontrar desbordados ante una situación que nos exige unos conocimientos y habilidades para la que nadie nos ha preparado. Porque ser persona cuidadora de una persona en situación de dependencia no solo nos exige saber cómo cuidar su cuerpo, sino que también nos enfrenta a decisiones sobre la organización de la casa; u otras de índole jurídico o social. De alguna manera, requiere saber un poco de medicina, de leyes, de psicología, de tecnología, de cuestiones sociales... Y ¿quién puede saber de todas esas cosas? Contaremos, por supuesto, con el apoyo de muchos profesionales. Pero, en determinados momentos, nos tendremos que enfrentar en soledad a actuaciones y a decisiones que serán nuestras y solo nuestras.

Cuando una persona enferma y como consecuencia de ello se encuentra en situación de dependencia y necesita cuidados continuados, de alguna manera, enferma todo el núcleo familiar. En la mayoría de las ocasiones nos vemos envueltos en esa situación de la noche a la mañana, sin tiempo para prepararnos ni organizarnos, llegando a pensar que no vamos a poder ni saber sobrellevarla. Nos encontramos en un momento de gran vulnerabilidad familiar y necesariamente alguien deberá coger las riendas para organizar esa etapa de la vida de nuestra familia. Esto no quiere decir que la persona que organice sea la que lleve toda la carga que supone cuidar, pero sí la que coordine el momento para reunirnos y, juntos, poder compartir esa tarea.

Al principio sentiremos que es como una carga, pero con toda seguridad, posteriormente se convertirá en el disfrute de «haber podido cuidar» a un ser querido.

La función de la persona cuidadora debe incluir el autocuidado. Para ello es muy importante que disponga de un espacio de tiempo propio todos los días. Vivir esta experiencia casi siempre nos enseña a cuidarnos, descubriendo lo importante que es esto, no solo para poder cuidar a otros, sino para poder vivir. Los miedos que van a aparecer en la persona cuidadora son múltiples y variados, ya que se enfrenta a una situación quizá desconocida para él o ella, con la responsabilidad de sentir que de él o ella depende el bienestar del enfermo. Además, surge la inseguridad de saber si será capaz de cuidarlo, la duda de si lo hará bien, la preocupación de si va a reconocer los síntomas en la evolución de la enfermedad y sabiendo que, además de presenciar el deterioro progresivo del enfermo, se va a enfrentar, en muchos casos, a su muerte. Todos estos miedos son «humanos» y es normal que aparezcan, así como otros momentos difíciles, de alteración y enfados por ambas partes, enfermos y persona cuidadoras. Lo que estos nunca deben hacer es maltratarse por ello. Deben saber que cuentan con el apoyo total de los profesionales sanitarios y sociales, y que unos y otros van a aportar los recursos suficientes para formar un equipo y ayudarles a afrontar todo el proceso. El enfermo se cansa de su lucha y puede que lo manifieste enfrentándose a la persona cuidadora; ésta también está cansada, el camino a veces se hace difícil y muestra su enfado al enfermo, pero no debe culpabilizarse.

Se debe reconducir la situación pensando no en lo que los separa sino en lo que los une, en las similitudes que conducen al acercamiento al enfermo, que se encuentra en situación de dependencia y que requiere cuidados continuados, y la persona cuidadora:

- los dos son vulnerables y tienen miedo,
- los dos necesitan de una comunicación emocional y pueden «perder los nervios» en un momento dado,
- los dos necesitan llantos y risas,
- los dos necesitan despedirse y encontrar la paz.

Tal vez esta etapa sea necesaria para darnos cuenta de las pocas cosas que son imprescindibles, tanto para vivir como para morir «en paz».

DEPENDIENTES

«Los cuidados son actividades que regeneran diaria y generacionalmente el bienestar físico y emocional de las personas. Incluye las tareas cotidianas de gestión y sostenimiento de la vida, como: el mantenimiento de los espacios y bienes domésticos, el cuidado de los cuerpos, la educación/formación de las personas, el mantenimiento de las relaciones sociales o el apoyo psicológico a los miembros de la familia» (ONU Mujeres y CEPAL, 2020). Hace por tanto referencia a un amplio conjunto de aspectos que abarcan: los cuidados en salud, el cuidado de los hogares, el cuidado a las personas dependientes y a las personas que cuidan o el propio autocuidado.

«Un Sistema Integral de Cuidados puede definirse como el conjunto de políticas encaminadas a concretar una nueva organización social de los cuidados con la finalidad de cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, así como reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados -que hoy realizan mayoritariamente las mujeres, desde una perspectiva de derechos humanos, de género, interseccional e intercultural. Dichas políticas han de implementarse en base a la articulación interinstitucional desde un enfoque centrado en las personas, donde el Estado sea el garante del acceso al derecho al cuidado, sobre la base de un modelo de corresponsabilidad social, con la sociedad civil, el sector privado y las familias y de género.» (ONU Mujeres/CEPAL, 2022)

La implementación del Sistema implica una gestión intersectorial para el desarrollo gradual de sus componentes -servicios, regulaciones, formación, gestión de la información y el conocimiento, y comunicación para la promoción del cambio cultural- que atienda a la diversidad cultural y territorial. La explicitación de los aspectos que estructuran un sistema de cuidados -desde su propia definición en adelante- no constituye un mero ejercicio teórico. Por el contrario, las opciones que se hagan en torno a la definición, principios y componentes que integran el sistema va a pautar la orientación que ha de tomar la política de cuidados y a condicionar el tipo de implementación que se haga de la misma. Por tanto, es importante que se expliciten estas opciones, que serán fruto del conjunto de decisiones políticas que al respecto tomen las autoridades en función de los procesos de cada país. Si bien es deseable que los países den pasos más significativos hacia la implementación de Sistemas de Cuidados, en

muchos de ellos existen servicios, programas y/o políticas en marcha con características propias.

Transformar esas acciones de forma tal que permita avanzar en la consolidación de sistemas supone un ejercicio de diseño, rediseño y articulación de política pública que implica, por ejemplo, en el caso de las personas mayores y con discapacidad, avanzar hacia un modelo sociosanitario.

La construcción de Sistemas Integrales de Cuidados es un proceso de largo recorrido que requiere de múltiples voluntades políticas, articulación de diversos actores y niveles de gestión. Sin embargo, debe ser entendido como un proceso gradual donde lo importante es iniciar el camino y hacerlo progresar con el tiempo. A modo de síntesis, se incluyen a continuación algunas recomendaciones finales que pueden orientar el proceso: (ONU Mujeres/CEPAL, 2022)

1. Es fundamental a nivel local realizar acciones de sensibilización sobre el derecho al cuidado y la corresponsabilidad social y de género, movilizándose además de la sociedad en su conjunto en torno a la necesidad de contar con un Sistema Nacional de Cuidados a los actores locales de los sectores directamente involucrados en las políticas de cuidados, sociedad civil, personas académicas, empresas y personas trabajadoras del sector.
2. A través de un adecuado manejo de las expectativas avanzar en diagnósticos de necesidades y posibles soluciones a los déficits de cuidados que tiene un territorio específico, teniendo en cuenta sus características y los diferentes puntos de partida.
3. Generar espacios de articulación institucional entre actores locales con una coordinación política fuerte y representación de alto nivel que permita realizar acuerdos programáticos e implementarlos. La complejidad de esta estructura institucional será consecuencia de los niveles de descentralización y escala de cada territorio.
4. Promover entre los actores institucionales involucrados una visión común compartida de lo que supone un Sistema de Cuidados.
5. Realizar un análisis profundo en base a cada uno de los componentes del Sistema que permita establecer de acuerdo con las competencias de los diferentes ámbitos locales de gobierno, los recursos económicos y la escala de dimensión territorial, metas programáticas realizables y que sean plasmadas en la elaboración de los Planes Locales de Cuidados.

6. Generar instrumentos para potenciar/empoderar a las organizaciones de la sociedad civil mediante la transferencia de recursos y de capacidad de iniciativa para resolver déficits de cuidados a nivel comunitario.
7. Promover acuerdos con el sector académico a nivel territorial que potencien la generación de conocimiento sobre los cuidados, constituyéndose en un factor que coadyuve a colocar el tema en la agenda pública.
8. Establecer un diálogo con el nivel nacional permanente que abone la construcción de un Sistema Integral de Cuidados, que sea sensible al territorio y que a su vez ese anclaje a nivel nacional le dé sustentabilidad a todas las acciones o políticas locales de cuidados que se desarrollen.

La persona cuidadora tiene que conocer las capacidades, los intereses, las necesidades de la persona pues los requerimientos serán diferentes.

En el caso de los servicios de salud los sistemas de cuidados a largo plazo comprenden a los familiares, amigos y voluntarios, a los equipos de persona cuidadoras remunerados y no remunerados, tanto los servicios basados en la comunidad y la atención institucional (OMS 2015). Los expertos en envejecimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) instan a los países a fortalecer sus sistemas de salud para poder responder a un cambio demográfico sin precedentes en la historia de la humanidad. La OPS declaró que el número de personas de 60 años o más que requieren atención a largo plazo se triplicará en las Américas en las próximas tres décadas, de alrededor de 8 millones a entre 27 millones y 30 millones para 2050. «Los servicios deben adaptarse a las necesidades de las personas mayores, quienes requieren un manejo mucho más eficaz, que no solo mejore su supervivencia, sino que maximice su capacidad funcional y reduzca los años de dependencia de otros». (OPS, 2019)

La tendencia es el resultado de que las personas en toda la Región viven más tiempo. «El aumento en la expectativa de vida es una de las grandes ganancias de las últimas décadas», afirmó la directora de la OPS, Carissa F. Etienne. Sin embargo, agregó, «para muchos esto viene acompañado por enfermedades crónicas y discapacidad que, en muchos casos, afectan la capacidad de las personas de ser autosuficientes», explicó. La situación aumentará significativamente la demanda de atención y cuidados, que debería basarse en enfoques integrados que ayuden a los adultos mayores a mantener sus capacidades funcionales que contribuya a un envejecimiento saludable (OPS, 2019).

Los sistemas de cuidado son actividades llevadas a cabo por otros, para que las personas que han tenido una pérdida de la capacidad funcional o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de vida lo más autónomo posible conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana (OMS 2015). Con el objetivo de favorecer la capacidad funcional y lograr el envejecimiento saludable las Naciones Unidas ha declarado el decenio hasta el 2030 «Década del envejecimiento saludable».

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE, LA EVALUACIÓN FUNCIONAL Y LA DEPENDENCIA [**Tabla de contenido**](#)

El marco de envejecimiento saludable ha creado una estructura para la investigación a través de la Década del «Envejecimiento Saludable de las Naciones Unidas (2021-2030), así como para la acción destinada a abordar la misión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de «no dejar a nadie atrás» (GNUDS, S/F). Se insta a los investigadores, los gobiernos y la sociedad civil a que, a lo largo de la década, elaboren estrategias que permitan detectar y abordar las desigualdades y fomentar el envejecimiento saludable». (Keating NC, Rodríguez L, De Francisco A, 2021)

Este programa requiere el esfuerzo coordinado de los investigadores en gerontología y geriatría para afrontar la amplia variedad de problemas sociales y de salud que se producen en el envejecimiento, incluidos los que afectan la capacidad funcional, la participación social y las necesidades de las personas mayores en el contexto de los sistemas de atención social y de salud (Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Sánchez I, 2021).

El envejecimiento saludable es dinámico. Refleja procesos que se producen a lo largo de la última parte del curso de la vida, y se ve influido por factores como las capacidades mentales y físicas, el entorno y las relaciones entre ellos. Si se da una «adaptación adecuada», el resultado es el bienestar (Keating N, McGregor A, Yeandle S, 2021) y oportunidades de que las personas mayores en todos los países y regiones sean y hagan aquello que tengan motivo para valorar (OMS,2015). El marco de envejecimiento saludable exige que realicemos un seguimiento de cómo evoluciona el estado de salud con el transcurso del tiempo y cómo pueden influir los sistemas de salud en las trayectorias de salud. Se hace necesario llenar las lagunas existentes en el conocimiento respecto del apoyo

prestado por el entorno familiar y el grado en el que las comunidades disponen de recursos suficientes para facilitar la vida a las personas mayores. El fortalecimiento de la investigación sobre el envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe nos aproximará, ciertamente, al objetivo de no dejar a ninguna persona mayor atrás.

Las personas mayores son un grupo extremadamente heterogéneo. Si bien el aumento en la proporción de personas mayores se vincula a una mayor carga de enfermedad, al interior del grupo de personas mayores conviven individuos con condiciones de salud muy diversas (OMS, 2015). En esta línea, la funcionalidad o capacidad funcional, definida por la OMS como el resultado entre la interacción de la persona (con su capacidad intrínseca física y mental) y las características medioambientales, se convierte en el principal indicador del estado de salud de las personas mayores (OMS, 2015).

Al comprender que la funcionalidad no radica en la capacidad física de la persona para desempeñar una determinada actividad o movimiento, sino en su vinculación con la comunidad a partir de la participación cotidiana, entonces la medición de esta se centra en las actividades de la vida diaria. En general, estas se han medido a través la identificación de problemas para realizar actividades de la vida diaria básicas (AVDB) como comer, vestirse y bañarse, entre otras (Anexo 1 y 2) y de actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI), que se realizan en el hogar y la comunidad (Anexo 3) (American Occupational Therapy Association, 2020). Estas últimas incluyen una mayor cantidad de tareas subyacentes y requieren de un funcionamiento cognitivo y físico más complejo (American Occupational Therapy Association, 2020).

Dado el orden jerárquico en la adquisición de la autovalencia en la infancia, pasando primero por las AVDB para luego las AVDI, en la vejez el proceso es jerárquicamente inverso, es decir, primero se pierde la capacidad funcional de desempeñar las AVDI y por último las AVDB. De ahí que las AVDI han sido consideradas en la literatura científica como las predictoras de salud y funcionalidad en personas mayores, puesto que la pérdida en el desempeño autovalente de estas hace alusión a una pérdida en la funcionalidad (Edjolo A, Proust-Lima C, Delva F, Dartigues JF, Pérès K., 2016). En consecuencia, desde la perspectiva sociosanitaria, los instrumentos y las herramientas de evaluación que evalúan la capacidad funcional a partir de las AVDI han tomado especial protagonismo en los procesos de aplicación de la valoración geriátrica integral. Respecto a éstos, la Escala de Lawton y Brody (Lawton MP, Hernández K, Neumann V, 2016) es reconocida internacionalmente como el patrón de oro

en la valoración de las AVDI, a pesar de sus críticas por tener sesgos de género, cultura y nivel socioeconómico (Hernández K, Neumann V, 2016) (González-González C, Cafagna G, Hernández Ruiz MDC, Ibarrarán P, Stampini M, 2021). (Anexo 3)

Considerando la realidad actual y futura del envejecimiento y el consecuente aumento esperado de problemas de funcionalidad, los países de la Región requieren priorizar el tema de la medición de la capacidad funcional en sus poblaciones. Ante esta necesidad de cambio, es necesario enfocarse en primer lugar, se requiere contar con herramientas que permitan una detección precoz de la pérdida de capacidad funcional y capacidad predictiva de la dependencia (Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M y Villalobos Dintrans P, 2022). Esto es, avanzar en instrumentos que privilegien la capacidad proactiva más que reactiva del sistema sociosanitario en la línea de continuidad de cuidados y, desde ahí, la necesidad de focalizar la medición de AVDI como un primer signo de alerta para brindar intervenciones que busquen recuperar y prevenir la pérdida de funcionalidad oportunamente en el marco del Envejecimiento Saludable y la Década del Envejecimiento Saludable, recientemente lanzadas por la OMS y las Naciones Unidas (Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M y Villalobos Dintrans P, 2022).

¿Qué es el Envejecimiento Saludable? No es la ausencia de enfermedades, el Envejecimiento Saludable es el proceso de fomentar y mantener la **capacidad funcional** que permite el **bienestar** en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante. Por eso es tan importante.

La **capacidad funcional** se compone de las **capacidades físicas y mentales** de la persona, de su entorno y de las interacciones entre la persona y su **entorno en actividades importantes para la persona**.

DEL ASISTENTE SOCIAL A DOMICILIO

Tabla de contenido

Concepto

Consiste en atenciones y cuidados básicos de carácter personal, doméstico y social, que se dispensa en el domicilio del beneficiario y que procura además otros apoyos complementarios.

El Asistente Social a Domicilio (ASD) es una persona con conocimientos básicos para asumir los cuidados en el hogar de personas cuya capacidad funcional le impidan un normal desempeño de sus Actividades de la Vida Diaria (AVD), que cumple determinados requisitos para ejercer la actividad y al que se le garantizan también los derechos laborales contenidos en la legislación vigente.

Objetivos

- Lograr que la persona se mantenga en el seno de su hogar logrando la satisfacción de sus principales necesidades biológicas, psicológicas y comunicativas.
- Mantener al máximo posible la calidad de vida de la persona que se atiende.
- Lograr una mejor ejecución de las AVD de la persona afectada buscando recuperar su independencia, si es posible.

Principales funciones

- Apoyo o mantenimiento de hábitos higiénicos y su capacidad funcional.
- Elaboración de alimentos.
- Mantenimiento de la higiene del hogar.
- Movilización y desplazamiento de la persona.
- Administración de medicamentos orales, previa prescripción médica.
- Acompañamiento dentro o fuera del domicilio.
- Realización de gestiones que el beneficiario no puede hacer por sí mismo.
- Promueve acceso a los servicios sociales, visitas, consultas médicas, entre otras.

¿Cómo se clasifica el servicio?

De acuerdo con el nivel de necesidad de los servicios, se establecen dos categorías:

Categoría I: Comprende a las personas con un elevado nivel de dependencia funcional para la realización de acti-

vidades normales y recurrentes de la vida cotidiana, lo cual requiere asistencia constante y para todas las actividades, que puede cubrir un período de no menos de 4 y hasta 8 horas de trabajo.

Categoría II: Comprende a las personas cuyo nivel de capacidad funcional le permite una realización parcial de las actividades normales y recurrentes de la vida cotidiana, por lo cual la asistencia requerida no necesita un apoyo completo no constante para estas actividades, las cuales podrían cubrirse en un período de no menos de 3 y hasta 4 horas de trabajo.

El servicio de asistente social a domicilio está destinado principalmente a los adultos mayores que viven solos y que no cuentan con familiares obligados en condiciones de prestarles ayuda y requieren del cuidado de otras personas para las actividades cotidianas dentro y fuera del hogar, es solo una de las líneas de atención que se definen por constituir el adulto mayor una figura dentro de las prioridades de atención del trabajo social. Las situaciones de vulnerabilidad que puedan presentar tienen un enfoque multisectorial para su transformación en las evaluaciones de los grupos de prevención a nivel de comunidades. Donde se analizan la confluencia o no de las diferentes problemáticas:

- Dependientes.
- Viviendo solo.
- Necesidades básicas no cubiertas.
- Necesidad de atención especializada.
- Víctimas de maltrato.
- Desatendidos familiarmente.
- Conducta deambulantes.
- Alcohólicos.

El bienestar de la persona cuidadora depende de:

- La salud de la persona cuidadora.

- La ayuda que recibe de otros familiares.
- La ayuda que recibe de otras instituciones.
- Apoyo emocional, agradecimiento y reconocimiento de otros familiares.
- La información que tiene sobre cómo cuidar y resolver problemas de cuidado.
- Capacidad para actuar frente a comportamientos difíciles (agitación, enfados, depresión, etc.).
- Su forma de enfrentarse a la situación de cuidado y superar situaciones difíciles.

Importancia de la comunicación en el cuidado del adulto mayor

Existen una serie de factores que pueden entorpecer o limitar la comunicación con una persona anciana, algunos de ellos son:

1. Los déficits en la audición y visión frecuentes en estas personas.
2. La poca atención a los ancianos por la dedicación de la familia a múltiples tareas cotidianas.
3. La diferencia intergeneracional de gustos e intereses.
4. La presencia de trastornos de conducta en el anciano como agresividad, irritabilidad, etc. que provocan el alejamiento de los familiares y la persona cuidadora.
5. La presencia de trastornos depresivos que provocan rechazo al contacto con las personas o aislamiento.
6. Las dificultades que pueden tener los ancianos en la comprensión o en la fluidez del lenguaje debido a alguna afección del Sistema Nervioso.
7. La sensación del anciano de que se burlan de él o de que dice las cosas mal provoca que no se comunique con los demás

Con una comunicación adecuada se puede lograr un mejor manejo de los hábitos de vida del anciano y un cuidado con mayor calidad. Mantener una comunicación adecuada significa llevar a cabo las siguientes orientaciones:

1. Escuchar pacientemente al anciano.

2. Utilizar palabras y gestos que le brinden seguridad y confianza.
3. Utilizar música suave y agradable con melodías favoritas del anciano.
4. Mostrar fotografías de familiares y amigos, así como revistas, láminas atractivas que faciliten la expresión del anciano.
5. Facilitar la relación del anciano con los niños y con animales domésticos.
6. Utilizar el lenguaje extraverbal: sonreír, contacto físico, miradas, etc.
7. No juzgar al anciano, no criticarlo.
8. Aceptar la respuesta NO del anciano.
9. Utilizar expresiones como: por favor, gracias.
10. Hablar con serenidad, sin herir.
11. No apresurarlo o interrumpirlo antes de que haya terminado de hablar respetando sus puntos de vista.
12. Conversar con él mientras se satisfacen sus necesidades.

¿QUÉ HACER CON LA EVALUACIÓN FUNCIONAL?

Tabla de contenido

Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) (Anexos 4 y 4a) Creada por el CITED

Y ahora también se ofrece como herramienta de autoevaluación App SharExam (dentro del paquete tecnológico FortAM/EPS en apoyo a la APS*) en sus diferentes versiones digitales creadas por el Proyecto FortAM** y JCCE***.

* Atención Primaria de Salud.

**Fortalecimiento de capacidades locales en la prevención de la discapacidad del adulto mayor sobre todo en áreas rurales.

***Joven Club de Computación y Electrónica.

Oferta de soluciones por servicios de Salud (MINSAP, Proyecto FortAM/Programa Nacional de Atención al Adulto Mayor/DMS Colón) que incluye Resolución 355 de 2018 del MINSAP y aporte de conocimientos mediante App Cuidándonos, Sitio Web CuidAM y Cartilla de la persona cuidadora, productos digitales e impresos, resultado de sinergias de trabajo entre proyecto PIES_PLAZA y proyecto FortAM unidos a JCCE.

Y soluciones según requisitos establecidos por Asistencia Social de la Dirección municipal de Trabajo y Seguridad Social (DMTSS) Ley 105 de la Seguridad Social y Resolución 12 de junio 2018 del MTSS*.

*Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

DMTSS Colón Teléfono de la Recepción:

45 31 2518

Instrucciones: Defina el ítem por la respuesta del paciente, al que no coopera utilice la opinión del cuidador responsable. Ante la duda entre ítems, marque el inferior.

- Policlínico «Francisco Figueroa» (Área de Salud Oeste) CMF Desde el 1 hasta el 30 Teléfono Pizarra: 45 31 2732 y Extensión del Dpto. Trabajo Social: 138
- Policlínico «Carlos J. Finlay» (Área de Salud Este)CMF Desde el 31 hasta el 62 Teléfono Pizarra: 45 31 2442 y Extensión del Dpto. Trabajo Social: 133

I Continencia

5- Perfectamente continente.

4- Ha perdido ocasionalmente el control de la micción.

3- Incontinencia urinaria, con limitaciones en su vida diaria.

2- Incontinencia urinaria impide realizar su vida diaria o le obliga al sondaje

1- Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de autonomía.

- Desde puntaje de 3 al 1. Evaluación por Médico y Enfermera de la Familia y remisión a: Clínico, Geriatra u otro especialista, si fuera necesario. Los mismos podrán entregar certificado diagnóstico médico y se inscribirán como persona incontinente (en condición de: postrada o encamada o que deambula) en el CMF y en departamento de Trabajo Social de su policlínico dándole así el derecho a recursos para la higiene (jabón, lona sanitaria, tela antiséptica, culeros desechables, cuando sea posible su entrega por MINCIN, MINSAP o el Gobierno), así como favorecer el control de su condición de salud mediante el seguimiento.
- Podrá acceder a una prestación monetaria emergente tramitada por el trabajador social (DMTSS) si se evalúa que no posee solvencia económica para el pago de este beneficio (módulo para pacientes encamados o postrados).
- **Nota:** La persona incontinente puede presentar una o doble incontinencia (-una del esfínter vesical □urinaria- o -una del esfínter anal fecal-, o doble, de ambos esfínteres).
- También desde el sector de la Salud se aportarán conocimientos generales a través de App Cuidándonos, Sitio Web CuidAM y Cartilla de la persona cuidadora, todos son resultados de sinergias de trabajo entre proyectos: PIES_PLAZA y FortAM unido a JCCE (todos esos productos se distribuirán a través de los servicios de Salud, de la DMTSS y de la Mochila de los JCCE).
- Al Trabajador Social de la DMTSS se le solicitará algún otro recurso material que necesite y el servicio de Asistente Social a Domicilio (ASD=Persona Cuidadora). Le será/n otorgado/s si reúne los requisitos.

II Movilidad

- 5- Se moviliza sin limitaciones, tanto fuera como dentro del hogar.
- 4- Alguna limitación en la movilidad en particular con el transporte público.
- 3- Dificultades en la movilidad que limitan satisfacer su vida diaria.
- 2- Depende para moverse de la ayuda de otra persona.
- 1- Se encuentra totalmente confinado a la cama o al sillón.

- Desde puntaje de 3 al 1 Evaluación por Médico y Enfermera de la Familia y remisión a: Clínico, Geriatra, Fisiatra, Podólogo u otro especialista si fuera necesario. Los médicos podrán entregar: Receta médica o Certificado médico para comprar la ayuda técnica que necesite (Calzado ortopédico, prótesis de miembro, Bastón de un punto de apoyo o más, Muleta o bastón con apoyo de antebrazo, Andador, Silla de ruedas, Cama Fowler, Colchón antiescara y otros: incluye espejuelos, lupa, cuñas, patos, cojín de Kelly, etc.). Su seguimiento se realizará según el grupo de dispensarización que corresponda en la APS.
- Al Trabajador Social de la DMTSS se le solicitará algún otro recurso monetario que necesite para el transporte, mejorar la iluminación, eliminar barreras arquitectónicas o para adquirir alguna ayuda técnica, así como solicitud de servicio de ASD (persona cuidadora), la tramitación del servicio de atención a la familia (SAF) y de mensajería de los principales servicios de la comunidad. Le será/n otorgado/s si reúne los requisitos.

III Equilibrio

- 5- No refiere trastorno del equilibrio.
- 4- Refiere trastorno del equilibrio, pero no afecta su vida diaria.
- 3- Trastorno del equilibrio, con caídas y limitación de la autonomía.
- 2- Trastornos del equilibrio lo hacen dependiente de ayuda en su vida diaria.
- 1- La falta de equilibrio lo mantienen totalmente incapacitado.

- Desde puntaje de 3 al 1 Evaluación por Médico y Enfermera de la Familia y remisión a: Clínico, Geriatra, Fisiatra, Podólogo u otro especialista si fuera necesario. Los médicos podrán entregar: Receta médica o Certifi-

cado médico para comprar la ayuda técnica que necesite (Calzado ortopédico, prótesis de miembro, Bastón de un punto de apoyo o más, Muleta o bastón con apoyo de antebrazo, Andador, Silla de ruedas y otros: Incluye espejuelos, lupa y otros, así como necesidad de tratamiento para enfermedades del oído o prótesis auditiva). Su seguimiento se realizará según el grupo de dispensarización que corresponda.

- Al Trabajador Social de la DMTSS se le solicitará algún otro recurso monetario que necesite para el transporte, mejorar la iluminación, eliminar barreras arquitectónicas o para adquirir alguna ayuda técnica, así como solicitud de servicio de ASD (persona cuidadora, la tramitación del servicio de atención a la familia (SAF) y de mensajería de los principales servicios de la comunidad, que le será/n otorgado/s si reúne los requisitos.

IV Visión

5- Tiene visión normal (aunque para ello usa lentes).

4- Refiere dificultad para ver, pero esto no limita en su vida cotidiana.

3- Dificultad para ver, que limita sus actividades cotidianas.

2- Problemas de la visión, lo obligan a depender de otras personas.

1- Ciego o totalmente incapacitado por la falta de visión.

- Desde puntaje de 3 al 1. Evaluación por Médico y Enfermera de la Familia y remisión al Oftalmólogo, Clínico, Geriatra, u otro especialista si fuera necesario. Los médicos podrán entregar: Receta médica o Certificado médico tratamiento farmacológico o para la ayuda técnica que necesite (Espejuelos, Lentes de contacto, Lentes intraoculares, bastón para ciego, otros) y orientar la utilización de lupa. Su seguimiento se realizará según el grupo de dispensarización que corresponda.
- Al Trabajador Social de la DMTSS se le solicitará algún otro recurso monetario que necesite para el transporte, mejorar la iluminación, eliminar barreras arquitectónicas o para adquirir alguna ayuda técnica, así como solicitud de servicio de ASD (persona cuidadora), la tramitación del servicio de atención a la familia (SAF) y de mensajería de los principales servicios de la comunidad. Y le será/n otorgado/s si reúne los requisitos.

V Audición

- 5- Tiene audición normal (aunque para ello use prótesis auditiva.)
- 4- Refiere dificultad para oír, pero esto no repercute en su vida diaria.
- 3- Evidente dificultad para oír, con repercusión en su vida diaria.
- 2- Severos problemas de audición, que le limitan la comunicación.
- 1- Sordo o aislado por la falta de audición.

- Desde puntaje de 4 al 1 Evaluación por Médico y Enfermera de la Familia y remisión a: Otorrinolaringólogo (ORL), Clínico, Geriatra u otro especialista si fuera necesario. Los médicos podrán entregar: Receta médica o Certificado médico para tratamiento farmacológico o para ayuda técnica que necesite (Lavado de oído, Tratamiento de enfermedad aguda o crónica del oído, Prótesis auditiva, además: Disminuir la distancia al hablarle y hacerlo cerca del oído que mejor escuche, enseñarles el lenguaje de señas o a leer los labios, ofrecerle lápiz y papel para facilitar la comunicación). Su seguimiento se realizará según el grupo de dispensarización que corresponda.
- Al Trabajador Social de la DMTSS se le solicitará algún otro recurso monetario que necesite para el transporte, eliminar barreras en la comunicación o para que pueda adquirir alguna ayuda técnica, en este caso: la prótesis auditiva, así como solicitud de servicio de ASD (persona cuidadora), la tramitación del servicio de atención a la familia (SAF) y de mensajería de los principales servicios de la comunidad; y le será/n otorgado/s si reúne los requisitos.

VI Uso de Medicamentos

- 5- Sin medicamentos, (no incluyen vitaminas ni productos naturales).
- 4- Usa menos de tres de forma habitual.
- 3- Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicados por varios médicos.
- 2- Usa más de 6 medicamentos.
- 1- Se automedica o no lleva control de los medicamentos que toma.

- Desde puntaje de 3 al 1 Evaluación por Médico y Enfermera de la Familia y remisión a: Geriatra de conjunto con el/los especialista/s que sea/n necesario/s. Orientación y organización del uso de sus medicamentos, según las necesidades por el estado de salud biológico y psicológico, fundamentalmente por su médico de familia en el CMF o en conjunto con Geriatra en el policlínico. Las personas podrán usar ayuda técnica que necesite como ejemplo: dispensador de medicamento en diversos formatos -como producto físico (de cualquier y material, con gusto estético o práctico en su formato)- o -en formato digital a través de App destinadas para este fin y que logren la optimización del uso de las alarmas de la telefonía móvil- y que alcancen ser productos con diseño para todos, es decir, inclusivos. Su seguimiento se realizará según el grupo de dispensarización que corresponda y podrá acudir al departamento de Trabajo Social de su policlínico si le fuera necesario obtener medicamentos exentos de pago por única vez o de forma temporal.
- Al Trabajador Social de la DMTSS se le solicitará alguna prestación monetaria o algún otro recurso material que necesite que apoye al cumplimiento del tratamiento indicado. Podrá solicitar también servicio de ASD (persona cuidadora), la tramitación del servicio de atención a la familia (SAF) y de mensajería de los principales servicios de la comunidad. Las diferentes solicitudes se analizan y se les otorga si reúne los requisitos, según corresponda.

VII Sueño

- 5- No refiere trastornos del sueño.
- 4- Trastornos ocasionales del sueño, no tiene necesidad de somníferos.
- 3- Debe usar somníferos para lograr un sueño que lo satisfaga.
- 2- Pese al uso de psicofármacos mantiene trastornos del sueño.
- 1- Trastornos severos del sueño que le impiden realizar su vida diaria

- Desde puntaje de 3 al 1 Evaluación por Médico y Enfermera de la Familia y remisión a: Geriatra, Psicólogo, Psiquiatra de conjunto con el especialista que sea necesario. Los médicos orientarán, prescribirán u organizarán el uso de los medicamentos, según las necesidades para lograr un sueño satisfactorio. Podrán Indicar medicina verde o alternativa, así como bebidas calientes: como las infusiones y la leche, para lograr el sueño. Podrá usar como ayuda técnica: el dispensador de medicamento en cualquier formato (anteriormente explicado en la descripción de solución del ítem VI) si presenta olvidos para recordar los horarios, por ejemplo. Su seguimiento se realizará según el grupo de dispensarización que corresponda y podrá acudir al departamento de Trabajo Social de su policlínico si necesitara obtener medicamentos exentos de pago por única vez o de forma temporal.
- Al Trabajador Social de la DMTSS se le solicitará alguna prestación monetaria o algún otro recurso material que necesite y servicio de ASD (persona cuidadora); y se le otorgará si reúne los requisitos.

VIII Estado Emocional

- 5- Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo.
 - 4- Trastornos emocionales que supera sin la ayuda profesional.
 - 3- Trastornos emocionales le obligan al uso de tratamiento.
 - 2- Mantienen trastornos emocionales que lo limitan, aún con tratamiento.
 - 1- Los trastornos emocionales lo incapacitan, intento o idea suicida. (Es una urgencia psiquiátrica)
- Desde puntaje de 3 al 1 Evaluación por Médico y Enfermera de la Familia y remisión a: Geriatra, Psicólogo, Psiquiatra de conjunto con el especialista que sea necesario. Los médicos orientarán, prescribirán u organizarán el uso de los medicamentos, según las necesidades para lograr el equilibrio del estado emocional. Podrán indicar medicina natural y tradicional (MNT) o alternativa u otras actividades (ejercicios aeróbicos o terapéuticos, universidad del adulto mayor (UAM), incorporación a proyectos de socialización, realización de trabajos socialmente útiles, entre otros) a favor del bienestar. Podrá usar ayuda técnica como, por ejemplo: el dispensador de medicamento en cualquier formato (anteriormente explicado en la descripción de solución del ítem VI) si presenta olvidos para recordar los horarios. Su seguimiento se realizará según el grupo de dispen-

sarización que corresponda y podrá acudir al departamento de Trabajo Social de su policlínico si necesitara obtener medicamentos exentos de pago por única vez o de forma temporal.

- Al Trabajador Social de la DMTSS se le solicitará alguna prestación monetaria o algún otro recurso material que necesite y servicio de ASD y se le otorgará si reúne los requisitos.

IX Memoria

5- Buena memoria. Niega trastornos de la misma.

4- Refiere problemas de memoria, pero estos no limitan su vida diaria.

3- Trastornos de memoria, que lo limitan para actividades de su vida diaria.

2- Trastornos de la memoria que lo obligan a ser dependientes una parte del tiempo.

1- La pérdida de memoria lo mantiene incapacitado y dependiente total.

- Desde puntaje de 4 al 1 Evaluación por Médico y Enfermera de la Familia y remisión a la Consulta de Memoria o a: Geriatra, Clínico, Psicólogo, Psiquiatra, Neurólogo, Fisiatra, Endocrinólogo, Epidemiólogo de conjunto con otros especialistas que sean necesarios.
- Puntaje del 4 al 2: Orientación y tratamiento fundamentalmente por su médico de familia en el CMF y Geriatra que trabajarán con soporte de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario, según corresponda. El tratamiento farmacológico y por MNT, y otras alternativas se utilizarán debidamente según las necesidades del adulto mayor. La rehabilitación cognitiva (mejorar o mantener la memoria) será el objetivo primario, sin dejar de atender otros síntomas que se puedan manifestar. Dicha rehabilitación cognitiva se realizará en forma de Talleres de Memoria (comunitarios o institucionales) o como Rehabilitación cognitiva a través de computadora (con el software GRADIOR de la Fundación INTRAS de España) en la casa de abuelos para discapacidad cognitiva (CEGER) o en el área de salud que se decida.

X Apoyo Familiar

5- Cuenta con todo el apoyo familiar que demandan sus necesidades.

4- Existe apoyo familiar, pero puede tener limitaciones en ocasiones.

- 3- Apoyo familiar restringido a cuando el anciano tiene situación de crisis.
- 2- Apoyo familiar inseguro incluso en momentos de crisis para el anciano.
- 1- Ausencia o abandono familiar total.

XI Apoyo Social

- 5- Apoyo total e irrestricto por parte de los vecinos y amigos.
- 4- Cuenta con apoyo de vecinos y amigos, pero este es limitado.
- 3- Apoyo de vecinos y amigos se restringe a momentos de crisis.
- 2- Apoyo de vecinos y amigos inseguro aún en momentos de crisis.
- 1- Aislado. Ausencia total de apoyo por parte de vecinos y amigos.

XII Situación económica

- 5- Cubre todas sus necesidades económicas con ingresos propios.
- 4- Cubre todas sus necesidades, pero lo logra con ayuda de otros.
- 3- Cubre solo sus necesidades básicas, aún con la ayuda de otros.
- 2- Tiene dificultades para cubrir todas sus necesidades básicas.
- 1- Depende económicamente de la asistencia social.

Común para los grupos X, XI y XII

Desde puntaje de 4 al 1 Evaluación por Médico y Enfermera de la Familia y remisión a: Trabajador Social, Geriatra, Psicólogo, Psiquiatra, de conjunto con otros especialistas que sean necesarios.

Puntaje del 3 al 1 Orientación fundamentalmente por su médico de familia en el CMF de conjunto con el Trabajador Social y el Psicólogo, de su Grupo Básico de Trabajo del área de salud a la que pertenece, sobre su posible incorporación a grupos sociales de la comunidad (Ejemplos: Grupos de autoayuda, Círculos de Abuelos, Grupos de Orientación y Recreación, incorporación a Proyectos de Socialización liderados por adultos mayores y otras personas de la comunidad con motivación por el tema del envejecimiento, Universidad del Adulto Mayor y otros) u otros servicios como: Servicios de Respiro o Incorporación a una institución social.

El médico de familia de su CMF le entregará resumen de historia clínica y se remitirá al departamento de Trabajo Social de su policlínico para su inscripción y apertura de expediente social y poder solicitar servicios de instituciones sociales con régimen seminterno (Casa de abuelos) o con régimen interno (Hogar de ancianos); se orientará consulta de Geriátrica para su evaluación integral. Además, se necesita de la valoración por Psicología y por Psiquiatría para determinar si está apto el adulto mayor apto para vivir en colectividad en caso de solicitud de ingreso en hogar de ancianos. La valoración por otros especialistas se realizará según sea necesario.

El Trabajador Social de su área de salud, una vez inscrita la persona adulta mayor que solicita por escrito servicio de alguna institución social, conformará el expediente: para solicitar a la Dirección Municipal de Salud la incorporación del adulto mayor a la Casa de Abuelos o para solicitar a la Dirección Provincial de Salud la incorporación al Hogar de Ancianos, según corresponda.

Al Trabajador Social de la DMTSS se le solicitará la tramitación de prestación monetaria si necesitara ayuda el adulto mayor para efectuar el pago del servicio por su incorporación a instituciones sociales o algún otro recurso material que necesite y servicio de ASD (persona cuidadora). Y se le otorgará si reúne los requisitos.

También se ofrecerán oportunidades de empleo para mejorar la solvencia económica a los adultos mayores que lo soliciten y siempre que exista la necesidad de recursos humanos y que el adulto mayor pueda responder por la actividad laboral a realizar. Y se le otorgará el o los recursos si cumple con los requisitos.

Nota: Es válido conocer de forma general que se priorizan a los adultos mayores solos (1 solo, 2 solos, 3 solos.... o aquel que convive con un menor o un discapacitado o paciente psiquiátrico o un alcohólico), o que tenga edad de 80 años y más con algún tipo de alteración que atente contra su salud.

Recordar: Que el envejecimiento es un tema que necesita del accionar de todos los sectores de la sociedad en alguna medida. Por lo tanto, la intersectorialidad en el medio local ha mostrado aportar beneficios a las personas adultas mayores.

XIII Estado Funcional Global

- 5- Es totalmente independiente y activo en su vida diaria.
- 4- Es independiente, pero necesita de ayuda no diaria para alguna AIVD.
- 3- Tiene limitaciones que exigen ayuda diaria, pero puede pasar un día solo.
- 2- Tiene limitaciones que impiden que permanezca más de 8 horas sólo.

1- Está totalmente incapacitado y exige custodia permanente.

- Desde puntaje de 3 al 1 Evaluación por Médico y Enfermera de la Familia y remisión al Geriatra, Psicólogo, Psiquiatra, de conjunto con otros especialistas que sean necesarios.
- Puntaje 2 y 1 El médico de familia en el CMF le entregará certificado diagnóstico al adulto mayor o a su representante de su estado funcional en relación al nivel de dependencia para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD) (AVDB: Básicas y AVDI: Instrumentadas) como encamado o postrado y si presenta deterioro cognitivo se evaluará según lo descrito en el ítem IX. Y se remitirá al departamento de Trabajo Social de su policlínico para su inscripción como persona postrada. Además, podrá solicitar los servicios de Asistente Social a Domicilio (ASD=Persona Cuidadora) y se confeccionará informe social y se le orientará dirigir la solicitud al: Al Trabajador Social de la DMTSS al que se le solicitará el servicio de ASD (persona cuidadora), y se le comunicará si procede o no en función de reunir los requisitos.
- Puede acceder a los servicios de mensajerías organizados en los territorios el que será otorgado si reúne los requisitos.
- Se tramitará por el trabajador social de DMT Y SS los servicios (ASD y SAF) y prestaciones (monetarias y en especie) que le correspondan según la evaluación requerida.
- La evaluación integral por los distintos factores del grupo de prevención y atención social a nivel de consejo popular amplia las ofertas de soluciones, dentro de las que destacan:
 1. La incorporación a proyectos, grupos y otros con distintos fines (deportivos, culturales, artesanales etc.)
 2. La tramitación de otros servicios y prestaciones (subsídios para la reparación de sus viviendas, asesoría legal y otras).

NECESIDADES DE LA PERSONA ENFERMA DEPENDIENTE

Tabla de contenido

Higiene: Es muy importante que la persona enferma que requiere cuidados o las que se encuentran en situación de dependencia mantengan una correcta higiene personal. Muchos problemas y molestias pueden derivarse de la falta de higiene. Por eso es necesario procurar un lavado diario. Mejor si se puede realizar en el baño. Siempre con la persona a cuidar sentada, y mejor en ducha que en bañera, como ya hemos aconsejado. Solo si

no es posible trasladar a la persona al baño, el lavado corporal deberá realizarse en la cama. Tras el lavado, es muy importante secar todo el cuerpo con esmero, intentando no frotar, sino con pequeños toques y aprovechar para llevar a cabo una buena hidratación de la piel, utilizando cremas adecuadas.

Es imprescindible una buena higiene diaria, que debe incluir lavado corporal, secado, hidratación y cuidados de la piel, limpieza de la boca y cambio de ropa, que siempre debe ser cómoda y de algodón. Si el enfermo mantiene el control de esfínteres, pero tiene dificultad para ir al baño, es conveniente tener siempre a mano un -pato- o una botella para la orina y disponer también de una cuña o silla de baño para las deposiciones. Si presenta incontinencia de esfínteres, lo aconsejable es utilizar pañales o culeros desechables que cambiaremos a menudo, lona sanitaria y recursos para el aseo (jabón, detergentes, desinfectantes). Se sugiere consultar al profesional sanitario ante cualquier necesidad para evaluar si tiene derecho a que el sistema sanitario se los proporcione de manera gratuita.

¿QUÉ HACER CON LA EVALUACIÓN FUNCIONAL?

[Tabla de contenido](#)

Más adelante se incluyen instrucciones concretas para realizar las tareas propias del aseo a la persona dependiente además de lo que aprendió en el proceso de formación.

Movilización: Cuando una persona necesita ayuda de otros para moverse y ello le obliga a estar constantemente en una misma posición, es necesario movilizarla varias veces al día. Es imprescindible cambiar de posición con frecuencia a una persona que debe pasar muchas horas encamada y no puede moverse sola. No hacerlo puede ser causa de graves problemas, como la aparición de úlceras por presión o escaras como se les nombra. Además de cambiarle de posición, es muy útil enseñarle algunos ejercicios fáciles para que mueva, en la medida de sus posibilidades, tanto las de extremidades superiores como las inferiores. Si puede caminar, aunque sea con ayuda de otra persona o con andador, le estimularemos para que lo haga; lo apropiado es que camine poco rato y que repita el paseo muchas veces al día. En todo caso, el ejercicio dependerá de la situación en la que se encuentre; si es terminal solo se deben realizar cambios posturales en la cama para que se encuentre mejor. Poner cojines entre las rodillas evita el roce entre ellas, que puede ser causa de molestias. De la misma manera, una almohada en la espalda nos puede servir para ponerlo de lado y mantenerlo en esa posición.

Alimentación e Hidratación: Si una persona puede permanecer sentada, lo ideal sería que hiciera las comidas principales en la mesa, con la familia. Es conveniente ofrecerle pocas cantidades y a menudo, y darle cosas que le apetezcan. Las comidas han de estar bien presentadas. Frutas, verduras y proteínas deben formar parte de su dieta. Siempre que sea posible, la persona debe hacer las comidas principales en la mesa y con la familia. No es conveniente forzarle a comer ni criticarle o amenazarle con el empeoramiento de su estado si no come. Cuando nos encontremos con una persona enferma a la que le cueste comer, nunca deberemos decir cosas como «¡Cómo te vas a curar si no comes!», «Si no comes cada día estarás peor». Tampoco deberemos ser continuamente repetitivos con «¡Come, come!». No es conveniente forzarle a comer ni criticarle por no comer, está en su derecho. De hacerlo, solo conseguiremos aumentar su malestar y crear tensiones innecesarias. Así mismo, si se produce una significativa pérdida de peso y el consecuente cambio de talla en la ropa, deberemos darle la menor importancia posible, sin dejar de preocuparnos. En todo caso, si el apetito es escaso conviene consultar con el profesional sanitario la posibilidad de ofrecerle un preparado de proteínas en forma de batido o compota y que se presenta en distintos sabores: vainilla, fresa, chocolate, café, caramelo... (según posibilidades). Otro aspecto de extraordinaria importancia es que la persona esté en todo momento bien hidratada. El cuerpo está formado por un ochenta por ciento de agua aproximadamente que se distribuye entre el interior de las células (un sesenta y tres por ciento), los tejidos (un treinta por ciento) y la sangre (un siete por ciento, unos cuatro litros). Si no aportamos líquido suficiente puede producirse una hipotensión, disminución de la tensión arterial, por falta del mismo en el torrente circulatorio. Si además se añade la edad avanzada, que las venas y arterias están endurecidas y con poca elasticidad, la situación se complica, de ahí que la hidratación sea de extraordinaria importancia. Las gelatinas son útiles para favorecer la necesaria hidratación de aquellas personas que no toman suficientes líquidos (agua, jugos, infusiones...) en la cantidad aconsejable (litro y medio diario) y suelen ser fáciles de dar y bien aceptadas por la mayoría de las personas. Se debe beber un litro y medio de líquidos al día para evitar los síntomas derivados de la deshidratación: insuficiencia renal aguda, somnolencia, cansancio, dolor de cabeza... (siempre que su condición de salud biológica lo permita). Para ello se aconseja que se tome cada pastilla con medio vaso de agua. Aparte se recomiendan dos vasos de agua o jugos por la mañana y otros dos por la tarde, antes de la cena, para evitar levantarse por la noche. No hay que olvidar que los líquidos son más difíciles de tragar que los alimentos blandos y, por tanto, en personas con dificultades, podría ser causa de atragantamiento. Con estas medidas tam-

bién se mantendrá una correcta hidratación de la piel, evitando las úlceras por presión (escaras) y descamaciones.

CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DE LA CASA

Tabla de contenido

La casa, es el espacio físico en el que se va a desarrollar la vida de la persona en situación de dependencia, es un factor de gran importancia para su calidad de vida y para facilitar la tarea de la persona cuidadora. Una buena organización del espacio puede ayudar a que los cuidados se realicen con menor esfuerzo, con menor riesgo y, en definitiva, en mejores condiciones tanto para quien los recibe como para quien los proporciona.

Otro aspecto de suma importancia en relación con el cuidado del adulto mayor dependiente radica en la adecuación del hogar para las exigencias de su condición actual. Es por ello que nuestra prioridad será establecer un entorno adecuado donde la adaptación del entorno debe partir de tres aspectos fundamentales: comodidad, seguridad y movilidad. Es importante no pasar por alto que estas adaptaciones en el hogar respetarán las necesidades y motivaciones individuales del adulto mayor.

Las modificaciones en las distintas habitaciones de la casa deben hacerse de acuerdo con la situación de cada adulto mayor y las características de su entorno, ya que éstas pueden variar considerablemente en cada caso y siempre tener la conformidad de la persona en proceso de cuidados. No obstante, en general:

- Simplificaremos el ambiente al máximo para proteger al adulto mayor.
- Muebles solo los necesarios, se deben eliminar muebles inestables, evitar tapetes sueltos y pisos encerados, muy lisos o resbalosos.
- El desplazamiento libre del adulto mayor en las diferentes habitaciones de la casa le proporcionará movilidad y evitará accidentes.
- Evitar la presencia de mascotas o animales domésticos y así prevenir las caídas con posibles consecuencias.

En lo sucesivo algunas sugerencias para la modificación de la casa.

La entrada

En cuanto a la entrada es pertinente pensar en:

- Que siempre que sea posible que esté habilitada para usuarios en silla de ruedas (deberá contar con rampas y puertas anchas de más de 90 cm).
- Pasillos largos y escaleras con pasamanos en ambos lados. De ser posible evitar las escaleras.
- Buena iluminación y una instalación eléctrica perfectamente distribuida (los interruptores situados de tal modo que el espacio oscuro pueda iluminarse antes de entrar).
- Los pisos lisos, nivelados y en buen estado para transitar sin dificultad (no deben contar con superficies resbaladizas: las superficies más seguras son las baldosas sin esmaltar, las de vinilo y las de madera sin pulir).

La sala

Debe estar provista de:

- Mínimo, un sillón cómodo poco profundo, de poca altura para que los pies no queden colgando; con asientos y respaldos firmes, así como apoya-brazos largos.
- Siempre que sea necesario y posible usar colores contrastantes y cálidos con el fin de diferenciar los objetos dentro del espacio.

El comedor

En el comedor, será necesario contar con:

- Sillas livianas, seguras y estables.
- No debe haber bordes filosos ni salientes puntiagudas en que se pueda atorar la ropa o que incluso sean capaces de lastimar a la persona.
- La altura ideal de la mesa oscila entre los 70 y 80 centímetros, las patas deben ser rectas y sin sobresalir de la tabla. Las mesas deben constar de cuatro patas y no de una sola central.

El dormitorio

En el caso del dormitorio será de gran utilidad:

- Decorar con objetos del agrado del adulto mayor en cuestión: fotos, libros, pinturas, objetos personales, etc.
- Timbre al alcance de la cama para que lo puedan accionar con facilidad en caso de ser necesario o botón de alarma para solicitar ayuda o auxilio.
- La cama debe ser cómoda, de fácil entrada y salida, sin dificultades para ser tendida y alejada de la pared.
- De preferencia deben usarse camas articuladas y de baja estatura por fines de comodidad.

El cuarto de baño

A medida que el deterioro avanza, el adulto mayor puede presentar torpeza y confusión en el camino al baño; a veces es posible que se presente la necesidad de ayuda pero le da vergüenza pedirla; en otras ocasiones puede suceder que no encuentra el baño a tiempo, de modo que él no sabe qué hacer; puede aparecer dificultad para usar el equipo, como la ducha, el lavamanos, y le cueste trabajo llevar a cabo todos los mecanismos de rutina que son necesarios en el cuarto de baño, como bañarse, lavarse, y el debido uso del retrete.

Las siguientes medidas pueden ser de utilidad según sean las necesidades particulares de cada adulto mayor:

- Cerciórese de que el adulto mayor use ropa fácil de quitar, por ejemplo, pantalones con elástico en la cintura en vez de botones, broches o cremalleras. Preferentemente juegos de dos piezas como la ropa deportiva. O una sola pieza que el velcro (cinta textil adhesiva doble formada: una por ganchos y otra por bucles) ayude a cerrarla. Para la persona postrada: pieza única para vestir y se puede colocar en el cuerpo en dirección anteroposterior. Así será más fácil el cambio de ropa para la persona que necesita ser cuidada y para la persona cuidadora.
- La puerta del baño se debe poder abrir desde y hacia afuera pues en caso de caída en el baño de la persona el proceso de abrir la puerta para ayudarla podrá traer consecuencias no deseadas.
- La puerta del baño contará con un ancho de 90 centímetros como mínimo para posibilitar la entrada de sillas de ruedas. Asimismo, el espacio para moverse básicamente dentro del baño con la silla de ruedas debe ser de

1.50 metros por 1.50 metros.

- Colocar barras de apoyo (asideros) donde se requieran, por ejemplo, en la ducha o en el inodoro si es que al adulto mayor se le dificulta sentarse o pararse de un asiento demasiado bajo y se incrementa 50 cm la altura del inodoro con una ayuda técnica.
- Quitarle la tapa del asiento al inodoro.
- Vigilar que haya buena iluminación y ventilación.
- Se debe contar con un timbre para emergencias o botón de alarma o estar cerca que podamos oír cualquier llamado en ese preciso momento.
- Finalmente, si contamos con todas estas adaptaciones en el hogar contribuiremos a que el adulto mayor se desenvuelva de manera plena y satisfactoria lo mismo para él como para la persona cuidadora.

Consejos y recomendaciones generales sobre la organización de la casa

1. Compruebe si tiene derecho a alguna ayuda o subvención para adaptación de la vivienda, en el caso de que tenga que llevar a cabo obras para favorecer la accesibilidad de alguna persona enferma o en situación de dependencia. Puede informarse en los organismos de vivienda del Gobierno, a los Delegados del Gobierno, así como en los servicios de asistencia social de su pueblo o barrio. Se aconseja verificar los documentos legales.
2. Elimine obstáculos por donde transite el enfermo o persona en situación de dependencia, incluidas las alfombras. Tenga cuidado con los suelos mojados (recién fregados, salida de la ducha...), deslizantes o resbaladizos por cualquier motivo (excesivamente pulidos...).
3. Si tiene problema para que la persona entre con la silla de ruedas en una determinada habitación, porque no da giro suficiente, puede utilizar para ello una silla de oficina o silla adaptada con rueditas colocadas.
4. Sustituya la bañera por la ducha y si es posible ponga suelo antideslizante en lugar de plato o bañera. Ello facilitará mucho los cuidados para la higiene y evitará accidentes y lesiones.
5. Coloque pasamanos en las escaleras.

6. Si es obligatorio que la persona tenga que estar mucho tiempo encamada, debe hacerlo en una habitación con luz natural y buena ventilación.
7. La ropa personal y de cama debe ser de algodón. Procure que la ropa de abrigo en la cama no tenga excesivo peso.
8. Tenga a mano, en lugar bien visible, el teléfono para contactar con los profesionales sanitarios y los servicios sociales en caso de necesidad.
9. Utilice una libreta para anotar de manera sistemática todas las dudas que vayan surgiendo sobre los cuidados o atenciones a la persona en situación de dependencia, para comentarlas con el profesional sanitario o de los servicios sociales sin que se le olvide algo.
10. Anote en lugar visible el nombre de los medicamentos, los momentos y la forma en que el enfermo deba tomarlos. Utilice un pastillero para organizar mejor esta administración.

CUIDADOS PERSONALES

Tabla de contenido

Los cuidados personales para el adulto mayor son muy importantes para su desarrollo cotidiano, es por ello que debemos someter regularmente al adulto mayor a un chequeo médico y nunca permitir que asista a consulta solo; revisar y vigilar qué tipo de medicinas toma y dárselas personalmente; analizar en forma detallada lo que le está sucediendo día tras día para informarle a su médico tratante; buscar signos de fiebre, enfriamiento o infección. Así mismo debemos:

- Motivarlo a que haga una rutina sencilla de ejercicios diariamente, si se encuentra en condiciones médicas para hacerlo.
- Si el caso lo amerita, podemos poner una señal que ubique el baño, para que el adulto mayor lo pueda encontrar; llevarlo al baño en un horario establecido, cada dos o tres horas; si el adulto mayor no orina cuando esté en el baño, podemos darle agua o abrir la llave del lavabo para que lo asocie con el deseo de orinar.
- Si es el caso ponerle calzones y pañales desechables y proteger la piel del adulto mayor con vaselina y talco.

- Reducir el número de prendas de vestir; buscar ropa que sea lavable y que no requiera planchado.
- Revisar la temperatura de los alimentos para el adulto mayor; en caso de asistir a restaurantes, escoger aquellos de servicio rápido, donde haya tranquilidad y gran variedad de alimentos, explicarle al mesero la enfermedad de su familiar si se cree necesario, esto facilita mucho las cosas.
- Si el adulto mayor ya no come debe apoyársele en la alimentación con biberón o por sonda; esto queda a decisión de la familia o persona cuidadora y desde luego con asesoría profesional.

Aseo personal

El cuidado personal relacionado con el maquillaje para las mujeres, cepillado del cabello, la higiene bucal, el cuidado de las uñas y la acción de afeitarse, en algunos casos requerirá de la ayuda de la persona cuidadora, ya que el adulto mayor quizá carece de las habilidades motoras o de memoria para hacerlas por sí mismo, o tenga confusión en cuanto a los pasos a seguir. Por ello:

- Mantendremos el baño ordenado y con el menor número de objetos posible.
- Colocaremos los artículos en secuencia, por ejemplo: junto al espejo el peine, sobre el lavabo el cepillo de dientes, la pasta dental y el vaso, etcétera.
- Así mismo, en algunos casos colocaremos instrucciones sencillas junto al espejo del baño que describan los pasos a seguir, ya sea por escrito o con dibujos, donde se represente una persona peinándose o afeitándose, o con una foto de alguien cepillándose los dientes.

Problemas al vestirse y desvestirse

Es probable que el adulto mayor haya perdido o esté perdiendo gradualmente habilidades motoras y de coordinación, olvide la manera de vestirse y desvestirse y pierda paulatinamente su autoestima. En ocasiones también insiste siempre en ponerse la misma ropa o se la pone al revés por ello:

- Verificaremos con ayuda del médico, que el adulto mayor no padece un estado depresivo.
- Nos cercioraremos de que su ropa sea la adecuada según el clima, a veces los adultos mayores se ponen ropa

ligera en invierno y se abrigan cuando hace calor; es por eso que deben ser muy vigilados cuando esto suceda.

- Si hace falta le mostraremos la ropa y cómo vestirse; podemos recurrir a la mímica.
- Podemos mostrarle su ropa en orden y secuencia.
- Comprarle ropa holgada y zapatos de cordones un medio número mayor de los que usa.
- De preferencia utilizaremos broches adhesivos en ropa y zapatos; la ropa deportiva y los conjuntos de dos piezas facilitan las maniobras, como se mencionó con anterioridad.
- Le permitiremos que usen joyería de fantasía no valiosa, con la finalidad de no exponerlo a riesgos en la calle.
- Si la persona insiste en ponerse siempre lo mismo, compraremos dos juegos de ropa o bien por la noche se lavará la ropa usada.
- Si se desviste en lugares o en momentos inapropiados, tal vez tiene calor o necesita ir al baño o está cansado y quiere ir a la cama.
- Póngale perfume y maquillaje discreto si es mujer, o rasúrelo con frecuencia si es hombre.

Renuencia a bañarse

El adulto mayor puede dejar de bañarse porque ha perdido el interés por su higiene personal o porque se han incrementado sus miedos o fobias al agua y a las actividades relacionadas con el baño diario. También puede deberse a la vergüenza que siente el adulto mayor al ser asistido o vigilado, o al temor a meterse y salirse de la tina debido a la dificultad para recordar cuándo se bañó la última vez, a la apatía, a la depresión o al miedo a caerse. Por ello recomendamos:

- Poner en orden secuencial los objetos necesarios para bañarse: jabón, gel de baño, esponja para enjabonarse, toalla para secarse, ropa limpia, etcétera.
- Regular la temperatura del agua y el chorro de la regadera o ducha, o el nivel de la tina o cubo.
- Colocar barras de apoyo (asideros) y tapetes de hule antideslizante o en su defecto: una frazada para pisos o toalla en el piso de la tina o de la regadera o ducha, pues tenemos que asegurarnos de que el piso no sea resba-

loso.

- Colocar una silla dentro de la tina o de la ducha si se le dificulta al adulto mayor moverse o crear una estructura de hormigón recubierta por azulejos o pulir bien la superficie que después permita una adecuada higienización. Instalar, de preferencia y si los recursos lo permiten, una regadera flexible de mano; esto facilita mucho ya sea bañar al adulto mayor o que lo haga él mismo cómodamente sentado.
- Colgar el jabón y la esponja de un cordón de la regadera de la ducha para facilitar su uso.

El cuidado del pelo

El pelo necesita que se cepille diariamente para que esté sano. Esta operación cumple tres funciones principales: estimula la circulación sanguínea del cuero cabelludo, distribuye el aceite a lo largo de la fibra del pelo y ayuda a asearlo, la mayoría de las personas emplea un cepillo para esto. El cabello largo es un problema para los pacientes cuando no pueden ir a la peluquería o barbería durante un tiempo prolongado. Para evitar que se enrede tienen que peinarse al menos una vez al día. La limpieza y aseo del pelo, tanto en los hombres como en las mujeres se relaciona estrechamente con el sentido de bienestar. A menudo, cuando los pacientes comienzan a sentirse mejor, el arreglarse el pelo es un estímulo para la moral y los sentimientos positivos sobre su apariencia. No está prohibido teñirse el cabello si la persona lo desea, si su salud se lo permite y si económicamente puede efectuar el pago del servicio.

Hábitos intestinales

Las horas de la defecación y la cantidad de heces expulsadas son aspectos tan individuales como la frecuencia de la defecación. Algunas personas defecan normalmente una vez al día. Otras defecan de 3 a 4 veces por semana. Los patrones que suelen seguir los individuos dependen enormemente de la educación temprana y de la conveniencia. La mayoría de las personas desarrollan hábitos de defecación después del desayuno, cuando los reflejos gastrocólico y duodenocólico producen los movimientos de masa (contenido sólido) en el intestino grueso. La cantidad de heces depende de la cantidad de alimento ingerido, en particular de la cantidad de masa y de líquido que haya en la dieta. El estreñimiento se refiere al paso de heces pequeñas, secas y duras o a la ausencia de heces durante un cierto tiempo. Es importante definir el estreñimiento en relación con el patrón de eliminación regular

de la persona.

Causas del estreñimiento

- Hábitos intestinales irregulares.
- Abuso de laxantes.
- Aumento del estrés psicológico.
- Dieta inapropiada.
- Medicaciones.
- Ejercicio insuficiente.
- Procesos de enfermedad.

Consejos para combatir el estreñimiento

- Establecer una hora fija durante 15 minutos diariamente.
- Aumento de la ingesta de líquidos.
- Aumento de la ingesta de fibra (salvado de trigo, cereal, frutas, verduras).
- Aumento del ejercicio físico en lo posible.

Ocasionalmente el paciente geriátrico puede necesitar laxantes para compensar la flacidez de su musculatura abdominal y rectal, lo que ralentiza la expulsión de las heces. Esta dificultad para mantener un buen control muscular, se ve favorecida por la falta de actividad propia de los ancianos. Se deben utilizar los laxantes sólo cuando se hayan demostrado inoperantes otras medidas alternativas, como por ejemplo aumentar la ingesta de líquidos y la fibra. Los laxantes los debe ordenar el médico. Nunca se debe administrar laxantes a un paciente con dolor abdominal que no tenga valoración profesional del personal sanitario.

Es importante una evaluación por especialista en nutrición para contribuir a la correcta selección de los alimentos.

Alimentación en el adulto mayor

En la cuestión alimenticia la recomendación es que si el adulto mayor tiene una dieta sugerida por el médico la sigamos puntualmente. Por lo tanto, la labor de la persona cuidadora consistirá en una serie de acciones que favorezcan al adulto mayor el apego a la dieta. Por ejemplo:

- Arreglar la mesa en forma atractiva para quienes puedan acudir a ella.
- Usar manteles, platos y vasos de plástico de colores vivos (fáciles de distinguir) para evitar que se rompan y el adulto mayor no se lastime.
- Verificar la temperatura adecuada de los alimentos para que no estén demasiado calientes o muy fríos.
- Preparar platillos que sean del gusto del paciente. Los olores de la comida pueden avivar el interés por comer.
- Servir un guisado a la vez y en cantidades pequeñas. De preferencia bocadillos que el adulto mayor pueda comer solo; es importante mantener su autosuficiencia el mayor tiempo posible.
- No darle de comer en la boca mientras pueda hacerlo por sí mismo.
- Recordarle el uso de cubiertos cuando tome los alimentos con las manos.
- Tener paciencia ante los incidentes en la mesa y pedir que su familia también la tenga.
- La alimentación de la persona que se cuida en la cama debe ser más cuidadosa.

Algunos puntos a destacar al ingerir los alimentos, son:

1. Tomar 8 raciones (vasos) o más de agua o equivalentes de líquidos (sopas, jugos). Es decir, 1,5 litros. Tome en cuenta la ingesta diaria de líquidos suficientes. Es importante mantener una toma constante de agua en el día, y sobre todo en aquellas personas que tienen más de 85 años de edad, problemas de memoria, dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria básica, algún grado de dependencia funcional, Alzheimer, cuatro o más enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, bronquitis, infección de vías urinarias, etc.), toma más de cuatro medicamentos, fiebre, bajas oportunidades de ingestión de líquidos y/o dificultades en la comunicación.

2. Procure que coma 6 raciones o más del grupo de cereales y derivados: pan, cereales, arroz, pasta, tortillas y frijoles. En caso de tener problemas de masticación, se puede preparar papillas o purés. Si los platos de pasta y arroz resultan un poco secos, se les puede acompañar con caldos, lo que ayuda a aumentar la toma de agua.
3. Dos raciones o más del grupo de verduras y hortalizas. De las 2 raciones diarias, al menos una de ellas en crudo, en forma de ensalada. Los vegetales serán preferentemente cocidos o en forma de purés, cremas o sopas. El caldo donde se cocinan las verduras debe de agregarse a la preparación de sopas, para aprovechar los nutrientes que se quedaron allí. Cuando existen problemas de masticación, también puede ser interesante el consumo de jugos de varios vegetales.
4. Tres raciones o más del grupo de frutas. Muchas veces son rechazadas por su dureza. Para evitarlo, se recomienda consumirlas en forma de jugos, purés, asadas o fruta fresca en trozos. Deben lavarse bien y consumirse maduras y peladas. Las frutas en almíbar y las mermeladas deben consumirse moderadamente ya que aportan gran cantidad de azúcares simples, aunque pueden ser de utilidad en el caso de personas con inapetencia.
5. Tres raciones o más del grupo de lácteos: Leche, yogur, queso, etc. Los lácteos son imprescindibles para asegurar un aporte adecuado de calcio, pero además son fáciles de masticar y conservar y con un elevado contenido en agua y proteínas. Los yogures son, en general, mejor tolerados que la leche y ayudan a superar la deficiencia en lactasa gracias al proceso de fermentación. Los quesos que se recomiendan son los frescos debido a su consistencia y bajo aporte de grasas. Los postres lácteos dulces (flanes, natillas, etc), deberán consumirse de forma moderada por el aporte de azúcares simples y grasas.
6. Dos raciones del grupo de alimentos proteicos: carne, pollo, pescado, frijoles, huevos. Las carnes deben ser preferentemente sin grasa y consumirse unas 3 ó 4 veces por semana, siendo menor el consumo de carnes rojas y los embutidos. Los platillos que facilitan su masticación son las albóndigas o la carne picada. El cocido o hervido de la carne consigue ablandarla por lo que es más fácil de comer. Los pescados también se consumirán 3 ó 4 veces a la semana. Es un tipo de alimento muy bien aceptado por las personas mayores, ya que tiene una buena digestibilidad y es muy fácil de masticar. Con respecto a los huevos no se deben superar las 3-4 unidades a la semana. La preparación culinaria más adecuada es en forma de tortilla, cuya textura y digestión es excelente y además su elaboración permite la incorporación de todo tipo de alimentos como verduras, carnes picadas,

pescado, patatas, etc., que enriquecen el aporte de nutrientes.

7. Aceites Preferir los aceites de cártamo, oliva, maíz o girasol.

8. Condimentos: Se utilizarán al gusto de la persona, excepto la sal, cuyo uso deberá consultarse con el médico.

Nutrición en el adulto mayor

Es muy importante tomar en cuenta la nutrición del adulto mayor, ya que ésta interactúa con el envejecimiento en varias formas:

1. La nutrición y formas de estilo de vida contribuyen a acelerar o disminuir la pérdida de tejidos y funciones del cuerpo.
2. Una mala alimentación es uno de los factores que determinan la presencia de enfermedades crónicas degenerativas las cuales son frecuentes al incrementarse la edad.
3. La mayoría de las personas comen menos a medida que la edad avanza debido a una reducción tanto en su dieta como en su apetito. La pérdida importante del hambre debe ser evaluada por un médico o nutriólogo.
4. Es importante distinguir entre la persona mayor sana y la persona mayor enferma. En la sana, la alimentación equilibrada debe ser suficiente para prevenir la falta de sustancias nutritivas, mientras que la persona enferma puede tener una mayor necesidad de alimento el cual no se evalúa adecuadamente debido a la pérdida del apetito que acompaña a la enfermedad.

Por todo esto, es necesario llevar a cabo una alimentación saludable, comiendo la cantidad y calidad de alimentos que nuestro cuerpo necesita, ya que una adecuada nutrición influye directamente en la salud, y, por lo tanto, en la calidad de vida. Una alimentación se considera sana cuando es: Variada + Equilibrada + Agradable + Repartida.

Dificultades a la hora de comer

Como ya hemos mencionado, con el paso del tiempo, la alimentación en el adulto mayor puede convertirse en un problema debido a la disminución del rendimiento físico, así como también a la pérdida paulatina de ciertas habilidades. Por ello es necesario que se tomen ciertas precauciones a la hora de comer. A continuación, se presentan

algunos de los casos más típicos con los que podría enfrentarse la persona cuidadora:

Falta de piezas dentales o placas dentales mal adaptadas

1. Fomentar la higiene bucal y la revisión por parte del dentista (estomatólogo) para procurar la limpieza dental, la atención a las caries, inflamación de encías y el ajuste de placas dentales.
2. Proporcionar preparaciones fraccionadas y trituradas.
3. No apresurar las comidas, procurar una masticación adecuada.
4. Evitar alimentos duros o fibrosos (ejemplo carne en trozos grandes, tacos dorados, tostadas, etc.)
5. Preparar alimentos con carne molida o deshebrada, o alimentos de consistencia suave bien cocidos.

Problemas en la fuerza, control y movilidad de los brazos

1. Adaptación en los platos (de preferencia usar platos hondos), vasos y cubiertos que faciliten la alimentación.
2. Es importante adaptarse a la velocidad de alimentación de las personas mayores.
3. La consistencia del alimento variará de acuerdo a la capacidad de deglución del adulto mayor.
4. Es de suma importancia establecer un espacio propio en la mesa para la persona, esto se logra utilizando mantelitos.

Alteraciones en la visión

1. Presentar los alimentos en forma atractiva en cuanto el color y variedad de los alimentos.
2. Proporcionar espacio suficiente para el acomodo del adulto mayor en la mesa, que esté bien iluminado y decorado en forma agradable.
3. Servir las preparaciones en utensilios de colores.

Incontinencias fecal y urinaria

La incontinencia fecal se refiere a la pérdida de la capacidad voluntaria para controlar las descargas fecales y ga-

seosas a través del esfínter anal. La incontinencia puede ocurrir en momentos específicos, como después de las comidas o irregularmente. La incontinencia fecal se asocia con funcionamiento deteriorado del esfínter, traumas de la médula espinal, o tumores.

A muchos pacientes incontinentes se les puede ayudar a recuperar el control intestinal con un programa planificado de reeducación intestinal, estableciendo un horario regular siempre que sea posible.

- Cuidado meticuloso de la piel para reducir el riesgo de úlceras por decúbito y excoriaciones.
- Lavado de la zona perianal con agua templada y jabón cuando sea necesario y tras secado escrupuloso, aplicación de pomadas de óxido de zinc.
- Prevenir el estreñimiento y la formación de fecalomas mediante la administración de fibra en la dieta.
- A menos que esté contraindicado, procurar que beba de 1.000 a 1.500 ml (1 litro o 1,5 litros) de líquidos al día.
- Aumentar el grado de actividad, en la medida de lo posible.
- Revisar los medicamentos que toma y consultar por si alguno de ellos es la causa.
- Sugerir el uso de culeros y pañales desechables y en su defecto utilizar culeros y pañales de tela antiséptica o sábanas y pañales de tela de algodón.

La incontinencia urinaria es la incapacidad temporal o permanente de los músculos del esfínter externo para controlar el flujo de orina desde la vejiga. Causas: edad avanzada, hipertrofia prostática, múltiples partos con debilitamiento del suelo pélvico, lesiones de la médula espinal, etc.

Programa de Educación Vesical

- Establecer un horario de evacuación regular. Por ej. cada una o dos horas, haya o no sensación de urgencia.
- Es esencial una ingesta líquida diaria suficiente (al menos 1 500 ml).
- Para evitar la nicturia restringir la ingesta de líquidos antes de acostarse. Pero no olvidarlo en el horario de la comida o de la cena.

- Aumentar la actividad física para mejorar el tono muscular y la circulación sanguínea, ayudando así al paciente a controlar la evacuación.
- Asegurarse de que el orinal o silla sanitaria esté a su alcance.
- Estimular los ejercicios perineales, para aumentar el tono de los músculos concernientes a la micción, en particular de los músculos perineales y abdominales.
- Las contracciones periódicas de los músculos perineales y el paro intencionado y la vuelta a orinar pueden ayudar al paciente a lograr el control de la evacuación (Ejercicios de Kegel). (Tantas veces como pueda)
- Como medida de protección, aplicar cobertores protectores para mantener las sábanas secas y proporcionar también fundas impermeables para el colchón.
- Se debe cambiar a los pacientes siempre que estén mojados para mantener la piel seca.
- Limpiar y secar la piel al mismo tiempo de cambiar las sábanas para prevenir la caída de la piel.
- En los pacientes encamados cuya incontinencia no se pueda controlar, será necesario la aplicación de pañales para incontinencia y, en algunos casos, la de una sonda vesical o de un colector de orina en los hombres.

SOBRECARGA DE LA PERSONA CUIDADORA

Tabla de contenido

Debe ser principio en la persona cuidadora disponer de información suficiente para realizar el proceso de cuidados de manera óptima donde la formación en cuidados y la autoayuda tiene un valor especial en contribuir a evitar la percepción de sobrecarga. La insuficiente formación y acceso a información sobre el proceso de cuidados es desencadenante causa de la sobrecarga y otras consecuencias que se relacionan con el proceso de cuidados. Querer, poder y saber deben ser tres elementos claves para que el cuidado sea bueno. Tener en cuenta que hay que tener otra persona preparada para apoyar al cuidador principal o sustituirlo en caso de necesidad, es muy importante.

¿Qué es la sobrecarga?

Según varios estudios el ejercer la función de cuidador por largo tiempo trae consecuencias perjudiciales en va-

rios aspectos de su vida, que se conoce como “carga o sobrecarga” conocido también como síndrome de Burnout. Esta sobrecarga es la “percepción que el cuidador tiene acerca del impacto que conlleva la función de cuidador en diferentes esferas de su vida como son en el ámbito físico, mental y socioeconómico” (Roca A, 2022) (Alltag et al., 2019). Esta sobrecarga puede ser objetiva o subjetiva. La sobrecarga objetiva se refiere a las actividades objetivas que realiza la persona cuidadora: la carga física, el tiempo de dedicación y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados. En cambio, la sobrecarga subjetiva es la respuesta emocional que presenta el cuidador al ejercer esta función. (Arroyo Priego E, 2018)

¿Cómo saber si existe sobrecarga en la persona cuidadora?

La sobrecarga en personas cuidadoras se identifica con diversos métodos y pruebas, pero es muy común el empleo en habla hispana de la “La escala de sobrecarga del Cuidador de Zarit”, la cual según sus resultados clasifica a la persona cuidadora en: sobrecarga, sobrecarga intensa o sin carga. (Anexo 5) (Mariezcurrana-Fernández A, 2022)

Algunos factores de riesgo de sobrecarga

Entre algunos factores de riesgo de sobrecarga (Schulz et al., 2020) enuncia varios: ingresos bajos, educación baja, mayor edad, género femenino, más de 100 horas de cuidado al mes, tener que hacer procedimientos médicos, alto nivel de sufrimiento percibido, sensación de falta de elección para asumir el rol, mala salud, apoyo social y profesional limitado. (Etcheverry Domeño, L, 2022). Los autores por su experiencia proponen la inclusión, como factor de riesgo, a la limitada capacidad funcional; especialmente por el gran número de personas adultas mayores cuidando a otros adultos mayores dependientes.

Consecuencias en la percepción de calidad de vida y salud

Es importante señalar algunas características predominantes a tener en cuenta en las personas cuidadoras con alto grado de sobrecarga del cuidador principal. Estos se caracterizan por el predominio del sexo femenino, edad de 40 años y más, casadas, con escolaridad secundaria, con nexos familiares y presencia de síntomas depresivos. (Piñánez García MC, 2022)

Diferentes estudios apuntan a que un porcentaje significativo de personas cuidadoras experimentan un deterioro en su percepción de calidad de vida así como síntomas de ansiedad y depresión; y que esos sentimientos de

agotamiento emocional están estrechamente relacionados con el desarrollo de algunas enfermedades crónicas o síntomas somáticos como el insomnio, la fatiga, el dolor crónico o disfunciones cognitivas como problemas de memoria o de atención (Durán-Gómez et al., 2020;) (Campos-Puente et al., 2019;) (Silveira Corrêa et al., 2019) (Salinas-Rodríguez A, 2022). Se ha comprobado que cuanto mayor es la percepción de carga subjetiva en las personas cuidadoras, mayor probabilidad tienen de desarrollar estos síntomas.

Pese a que los estudios revelan que la gran mayoría de las personas cuidadoras experimentan altos niveles de sentimientos de carga, estos varían significativamente dependiendo de determinadas características del cuidador, observándose que los mayores sentimientos de carga los referían cuidadoras mujeres y particularmente aquellas con estudios superiores (Bramboeck et al., 2020). Otra de las posibles consecuencias que puede generar la sobrecarga en cuidadores, es el deseo de institucionalizar al enfermo tal y como se comprobó en el estudio realizado por Fields et al. (2019), en el cual se evidencia que diferentes indicadores de carga se relacionaron positivamente con el deseo de institucionalizar a su familiar.

Algunos factores que moderan la carga subjetiva de la persona cuidadora

Existen una serie de factores o variables que son capaces de influir en estos sentimientos de carga, actuando como variables protectoras. (Martínez-Cortés, L, 2021) (Soriano-Ursúa IG, 2022)

Los hallazgos en varias investigaciones muestran como los aspectos positivos relacionados con el cuidado satisfacción, positividad o recompensa subjetiva moderan la percepción de carga actuando como factor protector respecto al desarrollo de síntomas conductuales y psicológicos. (Martínez-Cortés L, 2021)

La religiosidad también se ha identificado que la fe actúa protegiendo a las personas cuidadoras frente a las molestias del cuidado diario y reduciendo el deseo de institucionalizar al enfermo. (Fields et al., 2019)

La resiliencia vista como los niveles altos de capacidad de adaptación de una persona frente a un estado o situación adverso, favorece que sea menos probable que experimenten sentimientos de carga y sus estrategias de afrontamiento son más adecuadas, lo que redujo su percepción de carga. (Durán-Gómez et al., 2020)

El apoyo social influye positivamente en la autopercepción de salud de las personas cuidadoras experimentando menor reactividad emocional, menos sobrecarga y mejor funcionamiento cognitivo. (Ruiz-Fernández et al., 2019)

(Durán-Gómez et al., 2020)

Intervenciones destinadas a personas cuidadoras

La estrategia de prevención con mayor reporte es la dirigida a la salud mental, especialmente las orientadas a formación en esta área, seguido de la salud social y por último la salud física. (Vilches Leiva, C, 2021) Esto se fundamenta en que las intervenciones se relacionan fundamentalmente con el proceso de la dependencia física y mental con énfasis en la inmovilidad y las demencias. Un buen ejemplo es la terapia de Búsqueda de Beneficios (BFT) donde a pesar que las acciones de ayuda a la persona cuidadora hasta el momento se han centrado en la formación. Siendo ésta una intervención destinada a las personas cuidadoras donde el equipo de Cheng et al., (2019) estudió la efectividad de la terapia de búsqueda de beneficios (reestructuración cognitiva + psicoeducación) en cuidadores de enfermos de Alzheimer, encontrando que ésta redujo los síntomas depresivos y la carga global a largo plazo de los cuidadores, además de aumentar los sentimientos de bienestar psicológico a mediano plazo, mostrando superioridad en su eficacia al compararla con otro tipo de programas únicamente psicoeducativos.

Estrategias de afrontamiento

Es muy común también ver como muchas personas cuidadoras sufren estrés debido a que están constantemente pendientes de cuidar, produciéndoles angustia, en muchas ocasiones, de gran intensidad. (Blanco Gutiérrez, 2021) La salud de las personas cuidadoras también se ve afectada mentalmente y muchos tienden a consumir muchos psicofármacos como ansiolíticos, antidepresivos, etc. Sin embargo, las estrategias para afrontar situaciones que nos plantea el cuidado de una persona no son universales. Lo ideal es pensar, con los profesionales y otras personas que han pasado por experiencias similares, cuál puede ser una herramienta útil. Las estrategias no funcionan una vez y para siempre, sino que tendremos que ir adaptándolas. No debemos olvidar que lo que funciona hoy, puede no funcionar mañana sin embargo hay sugerencias como:

¿Cuáles son las señales de alerta del síndrome del cuidador?

La presencia de algunos de estos síntomas puede ser indicio de sobrecarga:

- Cansancio persistente.

- Problemas de sueño.
- Disminución o abandono de las aficiones.
- Desinterés por vivir nuevas experiencias.
- Elevada irritabilidad.
- Dolores o molestias sin tener ningún problema de salud aparente.
- Aislamiento social.
- Consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos.
- Niveles de estrés y/o ansiedad elevados.

¿Qué podemos hacer para prevenir el síndrome del cuidador o persona cuidadora?

Es importante detectar cuanto antes las manifestaciones del síndrome del cuidador para actuar y procurar reconducir la situación. Para prevenir y paliar la sobrecarga, las personas cuidadoras han de tener en cuenta que es importante:

- Conocer bien la enfermedad y su evolución. Escuela de cuidadores y autoayuda.
- Comprender sus síntomas y los cambios de conducta que generan en la persona afectada. Ayuda profesional y autoayuda.
- Reconocer y saber gestionar las propias emociones y sentimientos.
- Pedir ayuda cuando se necesita. Red de apoyo social y familiar.
- Recuperar la propia identidad, más allá del rol de cuidador.
- Buscar espacios para uno mismo.
- Aprender a relajarse, en esta cartilla se incluye una propuesta de cómo realizarlo.
- Ser positivos e intentar aliarse con el humor y a grupos de apoyo.

Estrategias para prevenir o enfrentar el síndrome de sobrecarga del cuidador

- Aprender a pedir ayuda.... cuidar a una persona, en la mayoría de los casos, no es una tarea ligera. Conlleva cansancio físico y una importante carga emocional.
- Saca tiempo para ti.... hacer cosas que ofrecen placer.
- Práctica ejercicio.... físico y mental.
- Cuida tu vida social.... un tiempcito para amigos y familia.
- Descansa y come bien. Cuidar el sueño y la nutrición.
- Conocer la enfermedad ayuda a controlar mejor la situación....
- Reconocer y expresar los sentimientos. ...
- Aprender estrategias para manejar los síntomas asociados.
- Dedicar tiempo al autocuidado.

Consideraciones finales

El cuidado de un adulto mayor con dependencia funcional física o mental supone una tarea ardua y poco reconocida que genera una gran cantidad de carga y sufrimiento por lo que se hace necesario disponer de políticas públicas factibles y sostenibles que den soporte y protección a las familias que se encuentren en esta situación, así como desarrollar intervenciones destinadas a las personas cuidadoras y sus familias que les ayuden a paliar las consecuencias derivadas de la gran responsabilidad que recae sobre ellas. Especial atención requiere la impactante proporción de mujeres con respecto a la proporción de hombres que llevan a cabo las tareas de cuidados hoy en día, reflejo del arraigamiento de roles de género que siguen siendo fuente de desigualdad en la sociedad actual.

ELEMENTOS DE SALUD MENTAL

[Tabla de contenido](#)

¿Qué hacer ante una persona dependiente deprimida?

La depresión es un estado emocional que limita a la persona en tres dimensiones: física, psíquica, social y repercute en su calidad de vida. Es una enfermedad molesta, difícil de diagnosticar y la sociedad no está preparada para enfrentarla.

Existe un buen número de investigaciones que ponen de manifiesto que las tasas más altas de sintomatología asociada a la depresión se encuentran entre los adultos mayores, aunque muchas veces sin llegar a manifestarse como un trastorno completo de depresión.

¿Qué es la depresión? Esta enfermedad se caracteriza por tristeza, percepción de vacío, rechazo, pérdida de autoestima, sentimientos de inutilidad, alteración del apetito y sueño y la apatía. Es de señalar que en ocasiones las depresiones en los ancianos no presentan todos los síntomas como en otras personas, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento, se asocia con el proceso del envejecimiento y se le resta importancia.

¿Quiénes la padecen más? La frecuencia es mayor para las mujeres entre los 55 y 80 años, pero esta relación se invierte a partir de los 80 años, con mayor prevalencia en los hombres.

¿Qué caracteriza la depresión en los ancianos? La depresión en las personas mayores tiene como norma ser atípica y heterogénea. Es poco frecuente encontrar un síndrome depresivo completo, como en las personas más jóvenes. En ocasiones se manifiesta únicamente mediante síntomas somáticos (corporales) y se interpreta como un envejecimiento normal. Suele asociarse a enfermedades físicas intercurrentes, a déficit sensoriales, dolor crónico, al consumo de fármacos y a situaciones de soledad o pérdidas. Se observa menor presencia de síntomas psíquicos como la tristeza y mayores manifestaciones de síntomas corporales.

¿Cómo se puede presentar?

- Como indiferencia y retraimiento.
- Deterioro de los hábitos higiénicos.
- Lentitud de los movimientos.
- Tono de voz bajo.
- Facie triste o poco expresiva.

- Llanto espontáneo.
- Disminución de la concentración.
- Ideaciones pesimistas.
- Múltiples dolores o quejas.
- Alteraciones en el ritmo del sueño.

¿Cómo se manifiesta en el dependiente deprimido? El dependiente deprimido no es ajeno a esta sintomatología depresiva, incluso la prevalencia de este problema puede ser mayor. Pero ella puede aparecer no tan evidente, y enmascarada por las afecciones físicas, pudiendo pasar inadvertido para un profesional no especializado. Otro aspecto a tener en cuenta es que estos síntomas pueden aparecer aislados, y asociada a la historia biográfica del paciente y sus rasgos individuales. De ahí que, pueda confundirse el síndrome depresivo de base.

Usted debe saber que:

- La peor consecuencia de la depresión es el suicidio.
- Los adultos mayores son el grupo etario con mayor número de suicidios consumados.
- Los suicidios se realizan con más premeditación y con métodos más letales.
- La persona mayor que refiere ideas suicidas siempre debe ser atendida por su médico, aun cuando no existan otros síntomas de depresión, ya que es un paciente con riesgo para la pérdida de su funcionalidad y en muchos casos un candidato para el intento de suicidio.
- Es falsa la creencia de que aquellas personas que anuncian el suicidio no lo acometen, las estadísticas demuestran lo contrario.
- Todos estos factores son muy frecuentes en el anciano, lo que da una idea de su vulnerabilidad para los cuadros depresivos.
- Lo que Ud. debe saber del tratamiento del dependiente deprimido:

- Atender al paciente con un profesional para valorar tipo de tratamiento.
- Cumplimentar las dosis de los medicamentos indicados por el médico.
- Indicar al médico si el paciente está tomando otros medicamentos.
- Observar su conducta atentamente.

¿Qué se debe hacer?

- Individualizar el problema.
- Brindar soporte emocional.
- No culpar al paciente.
- Mantenerse atento a los cambios de comportamiento.

¿Cómo hacerlo?

BRINDAR SOPORTE EMOCIONAL: Es importante, que, ante la persona dependiente deprimida, se establezca una buena relación emocional: esto es, mantener un tono de voz suave, comprensivo, ser paciente, aprender a escuchar lo que la persona nos dice de manera lenta y con pocas palabras. Muchas veces es necesario poner nuestra mano en su hombro, decirle: «te comprendo, quizás es como tú dices, pero piensa que no estás solo, estoy aquí para cuidarte, vas a contar conmigo, otras personas te están ayudando y entre todos vamos a tratar de que cada día te sientas mejor de ánimo».

INDIVIDUALIZAR EL PROBLEMA: Es importante conocer a la persona: saber si es abierta y comunicativa, decir: que nos habla fácilmente de su estado emocional y con la cual podemos establecer fácil comunicación o es de pocas palabras y no nos expresa abiertamente lo que siente, siendo más difícil la comunicación. A esto llamamos individualizar el problema. Si la persona es del primer tipo, entonces nos será muy fácil identificarla para poder apoyarla mejor y tratar con palabras sencillas de disminuirle su angustia. Por ejemplo: Una persona con déficit motor que refiere estar deprimida por no poder caminar como antes pudiéramos decirle con voz dulce pero segura: es verdad que no lo haces como antes, pero con apoyo puedes lograrlo.

En el segundo caso será necesario trabajar en el soporte emocional, ir ganando la confianza del paciente hasta que el mismo poco a poco nos vaya expresando su estado.

NO CULPAR AL PACIENTE: Recordar que la persona no está así porque quiere sino porque está enfermo, por tanto, necesita de comprensión y paciencia.

MANTENERSE ATENTO A LOS CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO: Las expresiones del rostro pueden orientarnos acerca del estado anímico del paciente, así como sus gestos, su postura, la velocidad de su lenguaje y movimientos. Por lo que es importante prestar atención a los mismos.

¿Qué no hacer?

- Pedirle que levante el ánimo.
- Pedirle que ponga de su parte.
- Decirle que se vaya de viaje para no pensar en su problema.
- Dar esperanza donde no hay base para hacerlo.

¿Qué es la Demencia?

Es una Enfermedad del Sistema Nervioso Central que afecta los procesos mentales superiores del individuo, como la memoria, el lenguaje, el pensamiento, la conducta, etc. Es adquirida, generalmente es crónica o irreversible e invalida al que la padece para llevar a cabo una vida independiente.

¿Existen diferentes tipos de demencia?

Más del 50% de las demencias lo constituye la enfermedad de Alzheimer, pero existen otras como las Demencias Vasculares, la demencia por cuerpos de Lewys, la demencia por Parkinson, así como las llamadas demencias secundarias producidas por tumores, hidrocefalia, hipo e hipertiroidismo, traumatismos, alcoholismo, pugilística, etc., siendo estas últimas menos frecuentes. Las manifestaciones y síntomas de todas ellas son similares existiendo un cambio en el comportamiento habitual del individuo que generalmente ocurre de manera progresiva.

¿Quiénes sufren la Enfermedad de Alzheimer?

Si bien existe una forma de presentación de la enfermedad en edades más jóvenes, en la gran mayoría de los casos aparece después de los 65 años. Afecta de un 7 a un 10% de la población a partir de esta edad, duplicándose los casos a medida que ésta se incrementa. La padecen igualmente mujeres que hombres, no existiendo diferencias significativas entre raza ni nivel educacional.

¿Qué alteraciones presentan estos enfermos?

1. Pérdida de memoria para los hechos recientes.
2. Dificultades para razonar y comprender.
3. Disminución del vocabulario lo cual empobrece su expresión oral.
4. Dificultad para nombrar los objetos.
5. Dificultades para reconocer a personas conocidas.
6. Problemas para orientarse en lugares conocidos lo cual da lugar a que se extravíen.
7. Incapacidad para ubicarse en el tiempo es decir de conocer la fecha en que estamos.
8. Incapacidad para aprender cosas nuevas.
9. Dificultad para solucionar problemas de la vida cotidiana.
10. Pérdida de hábitos y habilidades.

¿Puede la persona con demencia evitar la pérdida de memoria?

Aunque al principio de la enfermedad el paciente tiene crítica de su pérdida de memoria es totalmente imposible controlarla, olvidando no sólo nombres y recados sino a medida que avanza su deterioro olvidad hechos o sucesos realizados incluso por la propia persona.

¿Cómo evoluciona la persona que sufre esta enfermedad?

La persona que padece la Enfermedad de Alzheimer puede vivir un promedio de 10 años. Esto depende de los

cuidados que reciba y de su estado de salud general, si padece o no de otras enfermedades, ya que la persona no fallece de esta afección sino de otras posibles complicaciones. La enfermedad transcurre por 3 etapas: leve, moderada y severa, cuyas características son las siguientes:

Fase	Características
1ra fase	Olvidos frecuentes Pérdida de vocabulario Pérdida de habilidades Disminución de autoestima Desorientación temporo-espacial Cambios de personalidad
2da fase	Olvido de sucesos recientes Abandono de actividades habituales Pérdida de autonomía Mayor pérdida de vocabulario Se extravían en lugares conocidos Cambios de conducta
3ra fase	No reconoce a personas conocidas No puede comunicarse verbalmente Apatía extrema Inmovilidad

¿Esta enfermedad provoca cambios en la conducta?

1. Acusan a sus familiares y a otras personas de que les roban o les cogen sus cosas.
2. Manifiestan que desean irse para otra casa.
3. Se tornan irritables y/o agresivos por cualquier motivo.
4. Repiten y preguntan lo mismo muchas veces.
5. Caminan de un lado hacia otro sin un fin determinado.
6. En ocasiones no duermen bien de noche y se levantan a realizar cualquier actividad.
7. Demandan mucha atención por parte de los familiares llamándolos constantemente.
8. A veces se quejan de que “no sirven para nada”.
9. Muestran desinterés por las actividades que antes realizaban como ver la televisión, leer, etc.
10. Pueden ver o escuchar cosas que no existen.

¿Qué hacer ante estos comportamientos?

Los cuidadores deben tener presente que estas conductas son producidas por esta enfermedad y son totalmente involuntarias siendo el individuo incapaz de controlarlas. Por tanto, debe:

1. Demostrar paciencia y tolerancia.
2. Culpar a la enfermedad y no al enfermo.
3. Brindarle apoyo ayudándolo a resolver algún problema o a buscar algún objeto extraviado.
4. No contradecir al paciente.
5. No discutir con él.
6. Utilizar trucos o “mentiras piadosas” para quitarle las ideas fijas.
7. Permitirle deambular en un lugar seguro.
8. Propiciarle una atmósfera emocional y un ambiente tranquilo.
9. Evitarle noticias desagradables.
10. Encubrir sus faltas y no señalarle sus errores ni sus olvidos.
11. Cuando la conducta es totalmente incontrolable por parte de la persona cuidadora se debe acudir a un especialista para valorar un tratamiento.

El deterioro que produce esta enfermedad incide en una pérdida de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria afectando su autonomía y sus relaciones, por lo que se torna cada vez más dependiente de los demás.

¿Qué hacer para conservar en lo posible la autonomía del enfermo?

Es importante conocer que es difícil aceptar la pérdida de capacidad y de autonomía que genera esta enfermedad y de la cual el individuo se da cuenta al inicio por lo cual frecuentemente se deprime. Sin embargo, la persona cuidadora puede llevar a cabo un aserie de medidas para preservar el mayor tiempo posible el validismo del enfermo.

1. Demostrarle que hay cosas que él puede hacer bien y por sí mismo.
2. No sobreprotegerlo ni tratarlo como un niño.
3. Brindarle ayuda, pero no hacer las cosas por él si aún puede.
4. Tener paciencia y no apresurarlo en la realización de sus actividades.
5. Ofrecerle actividades en las cuales pueda colaborar.

¿El enfermo de Alzheimer puede presentar incontinencia?

Uno de los problemas que se le presenta frecuentemente a los enfermos y que más carga provoca a los cuidadores es la incontinencia urinaria.

Cumpliendo una serie de medidas se puede retardar la aparición de este problema.

1. Identificar y tratar por un especialista alguna causa orgánica que pudiera provocarla.
2. Inducir al enfermo a que acuda al baño o llevarlo.
3. Eliminar barreras arquitectónicas en el horario nocturno que dificulte el acceso al baño.
4. Señalizar el baño para facilitar el acceso a él por parte del enfermo.
5. Eliminar la ingestión de líquidos en el horario nocturno.

En caso que el enfermo presente ya incontinencia es conveniente cumplir las medidas anteriores y, además:

1. Evitar los regaños por esta causa y menos delante de otras personas.
2. Culpar a la enfermedad y no al enfermo.

3. Usar sonda vesical sólo en caso extremo para evitar posibles infecciones.
4. Utilizar en lo posible culeros o pañales manteniendo una higiene adecuada.

¿Qué hacer si el enfermo se niega a comer, a bañarse o a realizar alguna otra actividad?

1. No imponerle o darle órdenes.
2. Persuadirlo con métodos indirectos y atractivos para él.
3. No insistir en ese momento y esperar un tiempo antes de insistir.
4. No utilizar la lógica ni discursos.
5. Establecer rutinas y horarios para las actividades.

¿Qué medidas tomar para evitar que se extravíe?

1. Poner alguna identificación en la ropa del enfermo por si sale de casa y se pierde.
2. Acompañarle siempre que salga de casa.
3. Poner cierres en las puertas que eviten que el enfermo salga.
4. No dejarlo sólo en casa.
5. Mantenerlo ocupado o entretenido en alguna actividad.

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes en estos enfermos?

Las complicaciones son frecuentes en el estadio severo de la enfermedad y se producen por el propio incremento del deterioro del paciente que lo lleva a la dependencia y a la inmovilidad. Estos son:

1. Problemas respiratorios.
2. Problemas nutricionales.
3. Problemas de eliminación intestinal y urinaria.
4. Problemas circulatorios, musculares y articulares.
5. Problemas en la piel.

¿Existe un tratamiento efectivo para esta enfermedad?

Si bien es importante atender y tratar por parte de un médico los problemas conductuales y los síntomas psiquiátricos que pueden presentar como son los delirios, las alucinaciones, la depresión, etc., no existe un tratamiento medicamentoso para la enfermedad.

Diferentes laboratorios han propuesto algunos medicamentos como son la Tacrina, la Rivastigmina, el Donepezilo, la Galantamina, algunos de los cuales provocan reacciones adversas. Si bien mejoran la función cognitiva al inicio, ninguno de éstos impide el progreso de la enfermedad por lo que hasta el momento no existe un tratamiento que la cure. En Cuba se realiza ensayo clínico fase III promovido por el Centro de Inmunología Molecular (CIM) para la evaluación de la eficacia y seguridad del fármaco neuroprotector NeuralCIM (nombre comercial de la molécula NeuroEPO) en pacientes con Alzheimer leve o moderado.

Las llamadas «terapias blandas» que se basan en la estimulación cognitiva de los procesos mentales y en particular de la memoria, permiten mejorar el estado mental del enfermo en los inicios de la enfermedad.

Actualmente el tratamiento más eficaz es la preparación y educación a la persona cuidadora, la cual debe ante todo informarse acerca de la enfermedad y buscar orientaciones acerca del manejo y cuidado del enfermo. Y sobre todas las cosas tratar al enfermo con cariño expresándole satisfacción por tener la oportunidad de cuidarlo.

Para recordar

- La Enfermedad de Alzheimer no la padecen todos los ancianos.
- Esta afección provoca pérdida de memoria y de otras funciones mentales además de cambios en la conducta.
- La fórmula más adecuada para el manejo de la enfermedad es la paciencia y el afecto.

PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

Tabla de contenido

La enfermedad o los distintos tipos de discapacidades (físicas, psíquicas o sensoriales) pueden producir situaciones de dependencia, en las cuales una persona no tiene autonomía para llevar a cabo por sí misma lo que denominamos Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria (AVDB y AVDI). Limitaciones que afectan al propio cuidado personal (higiene, alimentación, vestirse, cuidados personales...), a la vida en el hogar (limpieza de la casa, lavado y planchado de la ropa, realizar la compra y la comida...) o a sus relaciones con el entorno. El

objetivo de esta sección es dar una serie de consejos para promover esa autonomía cuando sea posible y educar a los familiares en el cuidado domiciliario de personas dependientes. Esta sección se complementa con las anteriores. Sería pretencioso dar respuesta a la gran variedad de situaciones individuales que generan dependencia o discapacidad y esto excede, con mucho, el objetivo de esta cartilla de ayuda, así que daremos una serie de indicaciones generales que sería necesario precisar en cada caso concreto. Por esto, ante la duda de si el familiar o la persona en situación de dependencia pueden desarrollar una actividad u otra con seguridad debe preguntarse al médico de atención primaria y, en el caso de que él lo estime oportuno, se podrá enviar a la persona a un servicio o unidad de Rehabilitación de los existentes en algunos centros de salud o en los hospitales generales. Sería de esperar que en un futuro próximo esa asistencia también se realice en el domicilio, especialmente en enfermos que no puedan desplazarse o cuando interese valorar la accesibilidad del domicilio. Si se llevara a cabo la necesaria coordinación de los servicios sanitarios y de los sociales en materia de apoyo domiciliario, tal y como la legislación sanitaria y social, establecen, se avanzaría mucho en la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, bien sea por discapacidad o por enfermedad, y la de sus familiares y personas que conviven con ellos y personas cuidadoras.

Recomendaciones de carácter general para promocionar la autonomía

Para promocionar la autonomía de una persona en situación de dependencia es conveniente saber que:

- La persona debe hacer todo lo que sea posible por sí misma.
- En las actividades para las que requiera ayuda de otra persona no hay que hacerle todo, sino intentar que la propia persona participe en lo posible y se deje ayudar solo en lo imprescindible.
- No hay nada más perjudicial para la evolución y la autoestima de una persona en situación de dependencia que la sobreprotección. Es decir, hacer por ella más de lo que realmente necesita.
- En la realización de todas las tareas y actividades debe tenerse en cuenta de manera prioritaria que tienen que realizarse con SEGURIDAD.
- Existen ayudas técnicas para facilitar la autonomía y evitar la necesidad de apoyo de otra persona.
- Hay que hacer todo lo posible para mantener el contacto con familiares y amigos.
- En los servicios médicos del territorio se les podrá dar respuesta y consejo para las cuestiones que precise,

ofrecen respuestas a todas estas cuestiones y contempla como prioridad la promoción de la autonomía personal. Por su parte, los profesionales sanitarios y los sociales podrán informar en cada momento del desarrollo de estos marcos de promoción de la autonomía personal y, en su caso, orientar en la forma en que la persona dependiente puede beneficiarse de los servicios y prestaciones que se vayan poniendo en marcha, siempre en función de su específica situación.

Ayudas para la movilización y transferencias a personas dependientes.

Para una adecuada salud se debe tratar de mantener la habilidad de cada persona de caminar y de mantenerse de pie y así mantenga su independencia con relación a la movilidad. Pero existen condiciones que limitan esa condición en algunas personas por diferentes causas.

Para ayudar correctamente a una persona a moverse cuando ésta no puede hacerlo de manera independiente es importante aprender sobre:

¿Cómo ayudar a realizar movilizaciones?

Estas son acciones de movimientos que se realizan sobre una misma superficie, que implican cambios de posición o de situación (ej. Cambiar de posición en la cama, corregir la postura cuando la persona está sentada, etc.)

¿Cómo ayudar a realizar transferencias?

Estas son acciones de movimientos que implican pasar de una superficie a otra, de un mueble a otro (ej. Pasar de la cama a la silla de ruedas o viceversa)

Para que esas acciones resulten más fáciles y se eviten lesiones hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Antes de realizar la movilización o transferencia se confirmará que es la adecuada y no está contraindicada.
- Debe conocer las capacidades y el grado de colaboración de la persona que vamos a movilizar o transferir...
- Tiene que existir comunicación entre la persona a movilizar y la persona cuidadora, logrando así que la acción sea coordinada. Se necesita informar a la persona de la maniobra que se va a realizar y pedir su colaboración activa. Ya que esto evitará en muchos casos que se resistan.
- Frenar la cama o la silla de ruedas antes de realizar la movilización o transferencia.
- A la hora de realizar transferencias en las que movamos el tronco de la persona con dependencia, tendremos en

cuenta que mire hacia el pecho, con el fin de flexionar el cuello y no provocar ninguna lesión.

- En los agarres debemos buscar el mayor contacto de la palma de la mano evitando hacer demasiada presión con nuestros dedos (no deben estar en garra) y hacerle daño.
- Realizar las maniobras a una velocidad adecuada, evitando realizarlas de forma brusca.
- Existen ayudas técnicas para hacer que las transferencias sean más cómodas: tablas, disco giratorio, diferentes tipos de grúa... En muchos casos, el uso de una ayuda técnica disminuye considerablemente el esfuerzo de la persona cuidadora, mejorando así la transferencia y no perjudicando la salud de la persona cuidadora ni de la persona con necesidad de cuidados.

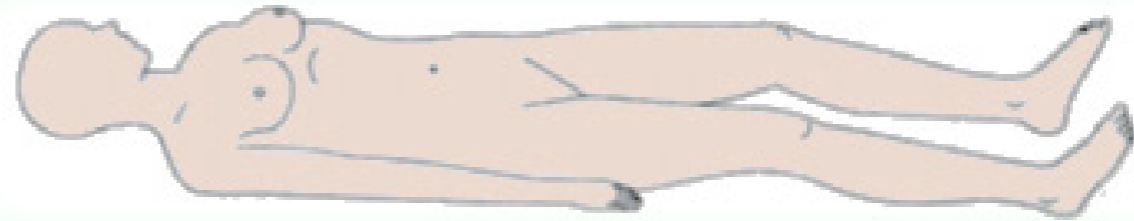
Preservar el mayor nivel de autonomía es muy importante. La persona cuidadora podrá supervisar la movilización o transferencia que realice la persona dependiente bajo su responsabilidad en relación a sus cuidados, aunque para lograrlo ocupe mayor período de tiempo. También la persona cuidadora podrá brindar ayuda parcial (porque requiere ayuda física puntual para completarla); o ayuda total o con sustitución máxima, (porque requiere de ayuda para realizar la maniobra. En función de la complejidad o esfuerzo que requiera) que puede llegar a necesitar cooperación de otra persona que se sume a los cuidados de forma puntual o permanente al mismo tiempo, en función de la complejidad o esfuerzo que requiera.

Un andador de dos ruedas, ayudará con los que tengan alteraciones del equilibrio y para personas dependientes con mayores alteraciones de la movilidad. Las personas dependientes más fuertes pueden usar un bastón y otras podrán utilizar una silla como soporte para mantenerse de pie y así se logrará que la fuerza muscular, con apoyo, la ayude a sostenerse en pie. Y de esta manera se ayudará a transferir de la cama a la silla, silla de ruedas o sillón y viceversa y el traslado hacia el cuarto de baño, siempre que las condiciones de la salud lo permitan.

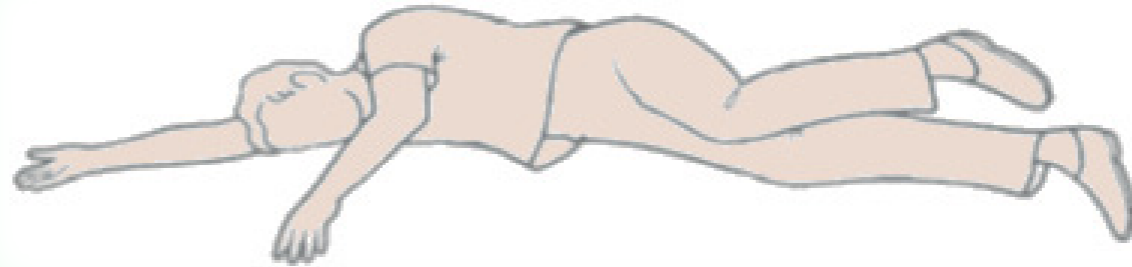
Conversar con la persona que usted cuida, crea una buena relación interpersonal que da confianza. Les gusta conversar sobre sus recuerdos del tiempo pasado y escuchar sobre nuevas noticias sobre la familia y lo que acontece en la comunidad y en la sociedad en general.

Posiciones anatómicas básicas de una persona en la cama

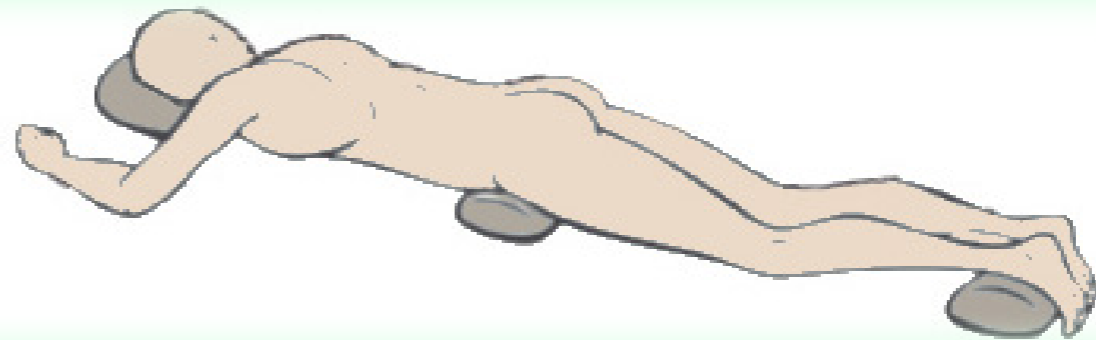
Decúbito supino (o boca arriba): acostado sobre su espalda, piernas extendidas y brazos alineados a lo largo del cuerpo.



Decúbito lateral izquierdo (o derecho): acostado sobre uno de los lados del cuerpo. Los brazos pueden quedar hacia delante o hacia arriba. El brazo del lado del apoyo del cuerpo no debe quedar aprisionado.



Decúbito prono (o boca abajo): acostado sobre su abdomen y pecho con la cabeza girada lateralmente, piernas extendidas y los brazos al



Utilice las siguientes ilustraciones para aprender a mover y transferir, a las personas dependientes con alteraciones de la movilidad, de la cama a la silla:

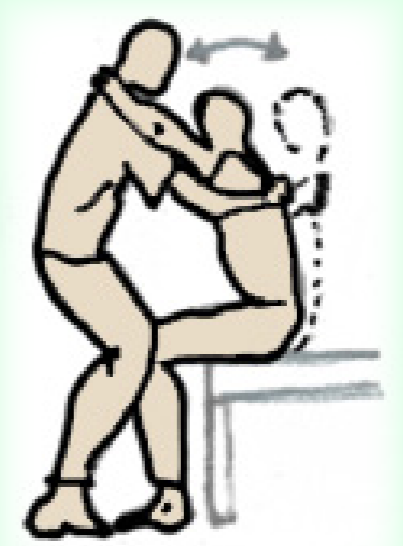
1. Coloque a la persona sobre uno de sus lados.

lado del cuerpo o extendidos hacia delante.

2. Movilice a la persona hasta el borde de la cama. Pida que flexione las piernas y que se apoye en el codo del lado sobre la superficie de la cama. Usted ayudará con un giro sobre la cadera apoyada, sujetándolo por detrás de las rodillas o muslos con una mano y por encima del hombro del codo apoyado, con la otra mano.



3. Mientras lo sujeta con una mano por un hombro del lado sin apoyo, colocará una mano en la región de la cadera para ayudarlo a levantar los glúteos y sentarlo en el borde de la cama hasta que logre colocar los pies en el piso.



4. Ubíquese frente a la persona y sosténgalo con posición de abrazo por debajo de sus axilas mientras ella realiza la misma acción alrededor de su cuello. Trate de que la misma mantenga los pies sobre el piso. Y usted podrá colocar una de sus piernas entre las rodillas de la persona que cuida.

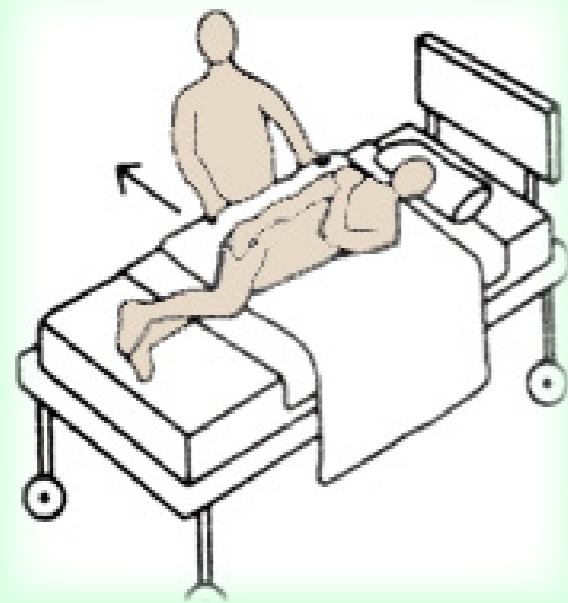


5. Ayude a la persona a levantar los glúteos y cámbiela hacia la silla fija o silla de ruedas u otro. Los brazos se mantendrán colocados en la posición de abrazo y su pierna entre las rodillas de la persona que cuida.

6. El traslado de la persona de la cama a la silla debe realizarse de forma coordinada con los brazos.

Una sábana doblada en dos colocada a lo ancho de la cama ayuda a mover a la persona dependiente cuando su estado es muy débil.

La persona cuidadora agarrará la sábana por uno de sus extremos que sobresale por uno de los lados de la cama. Tirará de la sábana para acercar hacia ella a la persona



dependiente acostada. Le flexionará la pierna contraria al lado del cuerpo que quedará apoyado en la cama. Le colocará los brazos sobre el pecho. Y levantará la sábana para que gentilmente la persona necesitada de sus cuidados esté acostada de lado. Luego le pondrá una almohada o una frazada enrollada a lo largo de la región de la columna vertebral (en su espalda). No debe olvidar ponerle una almohada también debajo de la rodilla flexionada.



Las siguientes figuras muestran cómo posicionar a la persona, necesitada de cuidados en la cama. El uso de almohadas y frazadas dobladas, ayudan a proporcionar soporte a la espalda y a las extremidades, le aportan comodidad, previenen los puntos de apoyo (unido a los cambios posturales a intervalos de 4 horas -pues diferentes estudios demuestran que ese tiempo es efectivo para prevenir las úlceras por presión y no crear complicaciones a la persona con estado crítico de salud- al realizarlos con menor intervalo de tiempo). (Monzón Ferrer, A. 2020)

2020)



Tu propia persona es el mayor instrumento del cuidado que realizas, debes por tanto cuidarlo y mantenerlo en buena forma donde se incorporan acciones de autoayuda de manera individual o en grupos. Para comenzar se ofrece el siguiente decálogo de consejos y recomendaciones:

1. Hacer una lista de personas que me puedan cuidar y de las que pueda recibir energía, distracción, cariño, apoyo, humor... (no hace falta un gran número).
2. Dedicar dos períodos de diez minutos a lo largo del día a hacer respiraciones y estiramientos sencillos, sobre todo si las personas dependientes exigen esfuerzo corporal.
3. Buscar espacios de ocio a lo largo de la semana, aunque sean cortos. Puede ser beneficioso un paseo de treinta minutos, un café con familiar o amistad, ver una película, resolver un pasatiempo, etc.
4. Alternar el rol de cuidador con otros roles a lo largo de la semana. Es decir, también ejercer de persona trabajadora, hija, amiga, vecina...
5. No suprimir totalmente las vacaciones anuales. Aún en las situaciones más complejas hay que disfrutar al menos de una semana, o varios fines de semana espaciados, o de un puente. (Son ya varias las administraciones que ofrecen servicios llamados de «respiro» al cuidador/a, para atender a las personas en situación de dependencia en determinados momentos, días...).
6. Planificar de vez en cuando un viaje, aunque sea corto. El contacto con la Naturaleza puede ser muy saludable. Hay que darse de vez en cuando un respiro.
7. Cultivar la espiritualidad. A algunas personas les da fuerza su religión si es creyente, a otras puede servirles escuchar música, la lectura de un libro o contemplar una puesta de sol...Cada uno debe practicar aquello que le ayuda a conectar con su yo más profundo y le da paz y serenidad.
8. Informarse y utilizar todos los recursos que existen para la situación específica de la dependencia que se está atendiendo.
9. Acudir a un profesional y solicitar su ayuda ante situaciones de bloqueo, fatiga o falta de alternativas, que se prolonguen más de un mes.
10. Animar y colaborar en el establecimiento de grupos de autoayuda en mi entorno próximo a partir de conocimientos y tecnologías adquiridas.

¿Qué son los grupos de autoayuda?

Un grupo de autoayuda es un foro en donde los individuos que comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo. A la persona directamente afectada, le brinda la oportunidad de compartir los sentimientos, problemas, ideas e información con otros individuos que están pasando por la misma experiencia. Los ayuda a tomar conciencia de su problema, atender sus propias necesidades y comenzar a cuidarse a sí mismos. También les proporciona la satisfacción que resulta de compartir y ayudar a otros, y descubrir que no se está solo. El grupo de autoayuda para los familiares, amigos o vecinos, es una reunión de personas que cuidan a un familiar de cualquier edad que presenta alguna discapacidad, reto o enfermedad.

El propósito de este grupo es el de proporcionar apoyo a sus integrantes y de esta manera permitirles sobrellevar mejor la situación que les aqueja a través de:

- Compartir sus sentimientos y experiencias.
- Aprender más acerca de la discapacidad, reto o enfermedad y el cuidado que implica este problema o circunstancia, ofreciéndole al individuo la oportunidad de hablar sobre los problemas que le afectan o las decisiones que tiene que tomar.
- Escuchar a otros para compartir sentimientos y experiencias similares.
- Ayudar a otros, intercambiar ideas, información y brindar apoyo.
- Aprender a resolver problemas.
- Ofrecer al cuidador un descanso y una oportunidad de salir de la casa.
- Fomentar en los familiares el cuidado personal, salvaguardando así su salud y bienestar.
- Saber que no son los únicos y por lo tanto que no están solos.

Un grupo de autoayuda no puede resolver todos los problemas, ni puede reemplazar los servicios de los profesionales de la salud. Es importante recordar que un grupo de autoayuda no siempre es útil para algunas personas pues se sienten incómodas compartiendo sus sentimientos personales con los demás. También es importante saber que los grupos de autoayuda no son grupos de psicoterapia y suelen funcionar sin una orientación profesional. Hay personas que tienen la necesidad especial de recurrir a una psicoterapia individual o grupal, de pre-

ferencia con un profesional que conozca la discapacidad, reto o enfermedad de manera profunda y para lo cual se recomienda pedir ayuda de profesionales de la salud según corresponda.

Independientemente de que tú seas la persona afectada o el familiar de una persona, el grupo de autoayuda te permite:

- Ventilar frustraciones.
- Intercambiar técnicas para cuidar y resolver problemas.
- Aprender a verbalizar y a pedir ayuda.
- Aprender más sobre la discapacidad, reto o enfermedad, a partir de la experiencia personal, la espontaneidad, la intuición y el sentido común, entendido éste como la capacidad para resolver problemas.
- Descubrir los recursos personales.
- Mantener o incrementar los sentimientos de autoestima que permiten tener más control sobre la propia vida.
- El desarrollo de actitudes nuevas y más positivas.
- El poder encontrar nuevas relaciones.
- Sentirse menos desvalidos.
- Dar y recibir apoyo mutuo.
- Contar con un espacio de franqueza y confidencialidad, en donde uno puede expresarse con libertad absoluta sin ser juzgado ni criticado.
- Encontrar esperanza al ver que otros han podido con la difícil tarea de salir adelante.
- Reforzar el valor y el apoyo moral.
- Comprender mejor la propia experiencia.

Se clasifican como:

- **Abiertos:** existen mientras haya grupo. Si la asistencia se mantiene el grupo existirá.
- **Cerrados:** con límite temporal, pueden reunirse una vez a la semana durante 8-10 semanas, principalmente con fines educativos.
- **Mixtos:** en donde participan hombres y mujeres de todas las edades.
- **Específicos:** exclusivamente para hombres o mujeres, cónyuges, hijos adultos, hijos adolescentes, nietos, familiares de pacientes jóvenes, familiares de personas en etapas iniciales de la enfermedad, deudos (familiares

de alguien que ya murió o que acaba de morir) y sobrevivientes (familiares de alguien que murió hace tiempo, en el lapso de dos años), para personas recién diagnosticadas en fases iniciales de alguna enfermedad, para padres de hijos con discapacidad y para hermanos de personas con discapacidad.

La presencia de la discapacidad es un evento que afecta tanto a toda la familia y a quien la presenta, y por ello es indispensable contar con el apoyo de un grupo. La discapacidad para ambos ofrece retos que librar, por lo que la necesidad de apoyo emocional, psicológico, médico, educativo y laboral es imprescindible para superarla física y socialmente hasta lograr una plenitud emocional y social que permita compartir con los demás y lograr una comunicación y confianza óptima.

La creación de grupos de ayuda mutua o autoayuda son una estrategia muy acertada, ya que permite a los adultos mayores contar con un lugar de encuentro en donde no sólo se les enseñe a cuidar de su salud, sino también el propio grupo crea espacios para compartir su problemática en común, se fortalecen vínculos de afecto, amistades, al formar parte de este un grupo. (Godínez RMÁ, Solís CM, Cuevas GL, 2020)

«Los grupos de autoayuda son organizaciones de personas que comparten similares problemas psicológicos, físicos o existenciales. Constituyen un grupo de apoyo o autoayuda donde ayudando a los demás se ayuda a uno mismo». Los grupos de autoayuda pueden ser útiles para mejorar la motivación de una persona con algún problema en la búsqueda de una solución al mismo. En el grupo de personas que comparten un problema, algunos individuos sirven de estímulo positivo a otros, y todos se ven beneficiados por esta dinámica: tanto los que en un momento desempeñan un papel activo, didáctico, altruista, etc., con los otros, como los que reciben esa ayuda de sus compañeros. (Godínez RMÁ, Solís CM, Cuevas GL, 2020)

Pero los grupos de autoayuda pueden ejercer el efecto contrario en un momento dado, si no hay un especialista: puede suceder, por ejemplo, que se desmoralicen muchos individuos del grupo tras una recaída sufrida por uno de los individuos. Los grupos de autoayuda pueden servir para transmitir información, pero si no hay un especialista, el grupo de autoayuda puede transmitir también información que no es correcta y que puede perjudicar a los miembros del grupo.

Un especialista ha estudiado muchos años y no deja de hacerlo nunca. Los grupos de autoayuda pueden facilitar el que los individuos realicen exposición a situaciones temidas. Por último, los grupos de autoayuda pueden facilitar la disminución del malestar psicológico al compartir con otras personas las dificultades propias y tomar

conciencia de que uno no es el único que sufre este trastorno, ni es tan raro. Esto por lo general es bueno, salvo que un individuo con un trastorno ligero entre a formar parte de un grupo con un trastorno grave.

Los grupos son gratuitos y abiertos a todos aquellos interesados en participar, sean enfermos, familiares o amigos, que puedan ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los grupos se retroalimentan, la experiencia compartida ayuda a vencer temores, enseña a que cada uno se conozca y evalúe, promoviendo el autoestímulo y fortaleciendo la actividad grupal.

Crear un ámbito para compartir experiencias y sacar provecho de las que aportan los demás. Quién mejor que otro paciente, con iguales problemas, para comprenderlos, u otra persona cuidadora, con similares problemas, para comprenderlas. Promover la discusión amplia de los problemas de los enfermos y sus familiares. Educar a los pacientes y familiares acerca de la enfermedad, ya que el conocimiento ayuda a disipar dudas e incertidumbres. Mantener un canal permanente de comunicación con profesionales especializados para contar con información actualizada.

Mantener vínculos con entidades y fundaciones, a nivel nacional e internacional, destinadas ayudar a los pacientes. Dar a publicidad y promover el conocimiento acerca de las enfermedades específicas a toda la sociedad, para lograr de esta manera una actitud más comprensiva y activa. Lograr que el paciente adopte una actitud positiva y asuma un rol activo en el manejo de su enfermedad.

La autoayuda implica asumir la responsabilidad personal en el cuidado de uno/a mismo/a y en las acciones y decisiones que hacemos para responder a las situaciones de la vida. Simultáneamente o complementariamente podemos ayudarnos unos a otros de forma recíproca e igualitaria, lo que serían procesos de ayuda mutua.

En este modelo de FortAM se integra el libro impreso y la App para Android «Cuidémonos» el cual forma parte de este paquete tecnológico (en formato impreso, digital y como aplicación móvil en sistema operativo Android para móviles).

Propuesta de relajación para cuidadores

Practique la técnica de relajación que a continuación ofrecemos, durante 10 minutos diariamente y disminuirán las tensiones que le surjan en el cuidado diario.

1. Recuéstese sobre su cama, sofá, piso, o siéntese en una silla cómoda con su cabeza bien firme. Las manos sueltas sobre sus piernas o a sus lados. Cierre sus ojos.

2. Respire profundamente dos o tres veces sintiendo cómo sube y baja su abdomen. Después relájese con respiración suave y normal.
3. Comenzando por sus pies, doble sus dedos con fuerza y sienta sus pies tensos y duros, después suavemente comience a soltar hasta que los sienta relajados y suaves. Apriete los músculos de la pantorrilla (aquellos en la parte baja de la pierna) y manténgalos por un momento, después, suéltelos.
4. Siguiendo con la cadera y los muslos, apriete los músculos de sus muslos y suéltelos. Sume las áreas del estómago y nalgas, sostenga con fuerza por un momento y después suéltelas.
5. Mantenga una respiración suave (inspire por la nariz y expire el aire por la boca). A veces ayuda repetirse a sí mismo “relájate” al expulsar el aire.
6. Ahora, apriete sus puños muy fuertes, sosténgalos sintiendo como sus músculos del cuello se relajan y hale hacia abajo. Ahora apriete sus dientes y tuerza su boca. Aflójese y deje su boca abierta al mismo tiempo que su lengua encuentra un lugar para descansar detrás de sus dientes. Tuerza su nariz y ojos tan fuerte como le sea posible, mantenga y afloje. Ahora, frunza su frente y sienta todos los músculos de su cabeza apretarse y moverse hacia delante, mantenga y afloje.
7. Siga respirando normalmente y con cada respiración hacia fuera siéntase más relajado, su cuerpo se calentará y usted se sentirá pesado como si estuviera hundiéndose en una cama, piso o silla.
8. Ahora, para que su mente se beneficie de esta relajación total, piense en algún lugar muy agradable en donde le gustaría estar, pudiera ser la playa en donde usted esté tendido/a sobre la suave y agradable arena oyendo las olas. Pudiera ser su cuarto favorito con su música favorita.
9. Cuando esté listo para acabar con su relajación, comience moviendo suavemente sus dedos de los pies y vaya moviendo cada uno de los grupos de músculos.
10. Para terminar, abra sus ojos y trate de apegarse a ese sentimiento de paz y relajación que acaba de experimentar.

APOYO DE TECNOLOGÍAS

Tabla de contenido

Actualmente las necesidades y demandas de los adultos mayores y su atención asumen categorías superiores y las respuestas tradicionales resultan insuficientes, donde el proceso de informatización social hace aportes con

productos gerontotecnológicos a favor de apoyar el envejecimiento saludable. (Reyes T, 2019; Triana E A, 2019; Triana E A, 2019)

El empleo de las tecnologías actualmente está favorecido por el uso masivo de dispositivos móviles y a pesar de las brechas existentes el empleo de teléfonos móviles se multiplica cada año al convertirse en herramienta no solo de apoyo a la comunicación sino a la satisfacción de otras necesidades como es el caso de las plataformas de pago, el empleo de redes sociales, entre otros.

Es importante recordar que en todos los Joven Club de Computación y Electrónica del país está abierto el servicio de los GeroClub donde sus miembros pueden obtener información sobre servicios generales que se ofertan con cursos que contribuyen al manejo de las tecnologías, la búsqueda de información confiable y la Mochila con: materiales audiovisuales, juegos, libros, entre otros contenidos que favorecen el desarrollo integral o el entretenimiento.

Previo a comenzar a enunciar algunas ventajas que pudieran apoyar a personas cuidadoras y adultos mayores es importante tener en cuenta que para lograr disfrutar de servicios con teléfonos inteligentes y otras tecnologías se debe considerar básicamente tres elementos: (Reyes T, 2019; Triana E A, 2019; Triana E A, 2019)

- **El acceso:** La posibilidad de poder tener acceso a la tecnología y conexión si es necesario.
- **Competencia:** Saber cómo funciona, poseer las capacidades físicas y mentales necesarias, y tener los conocimientos que permitan usar la tecnología.
- **Motivación:** Que existan los servicios y/o contenidos necesarios que logren movilizar a la persona a satisfacer alguna(s) necesidad(es).

Ventajas para la persona cuidadora.

- Las TIC pueden ser muy útiles para ayudar a la persona cuidadora a realizar ciertos cuidados, en especial para acceder a información pues facilitan el acceso a información sanitaria muy valiosa para los cuidadores, sobre todo para aquellos que están emocional y/o geográficamente aislados. Además, estos cuidados, gracias a las TIC, se pueden realizar en tiempos más reducidos permitiendo así que los cuidadores puedan pasar más tiempo de ocio.
- También sirven para poder cuidar a personas que viven alejadas de sus propios cuidadores facilitando la comu-

nicación entre cuidador y paciente o persona dependiente.

- Otra ventaja del uso de las TIC es la posible reducción de las consecuencias del cuidar, como la sobrecarga y el aislamiento, ya que la persona cuidadora se sentirá algo más protegida, con más confianza y seguridad; se verá reducida su ansiedad, depresión y estrés; les aumentará la autoestima consiguiendo también un aumento y fortalecimiento del vínculo de la unidad familiar.
- Por último, gracias a avances disponibles, el cuidador podrá comunicarse con la persona mayor en la distancia, en cualquier momento y rápidamente, siendo muy útil por ejemplo con alguna urgencia como las caídas.

Ventajas para el adulto mayor

- Son varios los beneficios que tiene el uso de las TIC para las personas mayores y algunas de ellas son:
- Mejora la integración y participación social, ya que van a estar en todo momento “conectados”, siendo esto beneficioso para reducir la soledad y el aislamiento social. Al tener esta conexión, las personas mayores pueden solicitar ayuda más rápido y fácilmente produciendo en ellos una mayor seguridad. Gracias a los sistemas inteligentes como pueden ser cámaras de seguridad o alarmas, se verán reducidos los robos y asaltos que vemos en los medios de comunicación a diario.
- La introducción de las TIC puede mejorar también la concentración, la atención, el lenguaje, la creatividad, la forma de aprender y la memoria. Aumenta en general el ocio de estas personas u actividades que pueden seguir realizando desde su casa.
- Puede mejorar también las capacidades físicas y cognitivas.
- Los avances tecnológicos pueden producir un mayor control de sus enfermedades e incluso también ha aumentado la facilidad del contacto entre los profesionales sanitarios-paciente consiguiendo así un aumento de la calidad de vida.
- Su estado de ánimo y autoestima se puede ver aumentada, reduciendo así conductas como la agresividad o la ansiedad.
- Otra ventaja puede ser la posibilidad de la persona mayor en seguir viviendo en su domicilio generando en ellos más libertad.
- El ahorro energético es otro aspecto el cual las personas mayores se pueden beneficiar con los avances como la

gestión de encendido y apagado de luces, control de temperatura de la calefacción o aire acondicionado.

Desventajas para la persona mayor y la persona cuidadora

Los avances tecnológicos, también pueden tener desventajas:

- Estrés por desconocimiento al utilizar estos aparatos ya que, aunque cada vez son más los que comienzan a utilizarlos, hay muchas personas que sienten o piensan que no van a ser capaces de utilizar las TIC simplemente por su avanzada edad.
- Grado de acceso a estas tecnologías, inalcanzable debido a su poder adquisitivo medio-bajo y, además, estos productos tan “novedosos” y “modernos” tienen un alto precio que muchos no se lo puedan permitir.
- En el caso en que la persona mayor disponga de muchos de los avances mencionados, incluyendo cámaras, los sensores que siguen su rutina, etc., la persona podría sentir invadida su privacidad dentro de su propia casa, llegando en alguna ocasión a deshumanizar un poco los cuidados. Aunque anteriormente fue nombrado, como una ventaja, la reducción de los timos (engaños) presenciales, gracias al uso de cámaras, en caso contrario podrían aumentar los timos virtuales, debido a su poca experiencia en su uso lo que implica su alta vulnerabilidad.
- En referencia a los robots que serían capaces de reducir la soledad en muchas personas, un problema que podría aparecer sería la reducción de la interacción humana, y aunque la tecnología nos puede ayudar mucho en los cuidados de las personas mayores, no deberían ser utilizados para sustituir “nuestras funciones” sino como un complemento o como una ayuda más.
- Por último, el aumento del sedentarismo debido a que la persona dejaría de realizar actividades que ahora lo llevan a cabo las máquinas.

Actualmente son muchas las herramientas que están en nuestro alcance, ya no solo para mejorar la salud de la persona sino para mejorar la comunicación, teniendo siempre en cuenta que el objetivo de la utilización de estos avances es la mejora de la calidad de vida de la persona o de la salud en general. (Blanco Gutiérrez N, 2021)

¿Qué tecnologías puede utilizar un Adulto Mayor?

Todas, la edad no condiciona el empleo de las tecnologías, sino la capacidad de acceso, las competencias y la motivación. Las pruebas de usabilidad contribuyen a que los productos sean más amigables, además el respeto a la dignidad y derechos del adulto mayor hace que se respete su decisión de usarlos, o no, como ocurre en cualquier edad.

Mensajería instantánea: A través de las diferentes aplicaciones pueden sentirse más cerca de sus amigos y familiares. Mediante ellas consiguen enviar mensajes escritos, fotos y videos de momentos precisos o realizar llamadas y videollamadas.

Correo electrónico: Poder comunicarse más formalmente utilizando esta vía al ser muy importante en la vida social cotidiana.

Redes Sociales:

- **Facebook®:** pueden encontrar familiares, amigos de la infancia, adolescencia, compañeros del colegio a través de la búsqueda, publicar pensamientos, fotos o vídeos.
- **Instagram®:** pueden seguir a conocidos y también a famosos, políticos, programas de tv, cocina, deportes, etc.
- **Twitter®:** Si se consideran ser una persona que le gusta expresar sus opiniones.

Instalar y usar aplicaciones interesantes:

- **Ubicación:** uso del GPS.
- **Búsqueda de información en los buscadores.** Recreación: visitas a museos, lectura de libros y audiolibros.
- **YouTube®:** ver videos de todo tipo: tutoriales, películas, etc.
- **Juegos mentales** (estimulación cognitiva: cartas, truco, palabras cruzadas, etc.)

Trámites por Internet:

- **Gestiones comerciales:** mediante app bancos ver o realizar transferencias, pagos de servicios.
- **Tele-salud:** para la atención médica/enfermería.
- **Tomar clases o cursos por Internet** de cómo realizar ejercicios físicos, cocina, manualidades, etc. (Blanco Gutiérrez N. 2021)

BIBLIOGRAFÍA

Tabla de contenido

- Alltag, S., Conrad, I., & Riedel-Heller, S. G. (2019). Caregiver burden among older informal caregivers of patients with dementia and its influence on quality of life: A systematic literature review. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(5), 477–486. <https://bit.ly/3wZwqSi>
- American Occupational Therapy Association. (2020) Occupational therapy practice framework: Domain and process—fourth edition. *Am J Occup Ther*. 2020;74 (Supplement_2):7412410010p1
- Arroyo Priego E, Arana Ruiz AI, Garrido Blanco R, Crespo Montero R, Arroyo Priego E, Arana Ruiz AI, et al. (2018). Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. *Enfermería Nefrológica*.21(3):213- 23.
- Blanco Gutiérrez N.; García Román J. C. (2021). Nuevas tecnologías aplicadas a los cuidados del adulto mayor. Trabajo final de grado en Enfermería. Facultad de Enfermería Universidad de Cantabria. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/22151>
- Bramboeck, V., Moeller, K., Marksteiner, J. y Kaufmann, L. (2020). Loneliness and Burden Perceived by Family Caregivers of Patients With Alzheimer Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 35(1), 1-8 <https://doi.org/10.1177/1533317520917788> .
- Brody EM. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179–86.
- Campos-Puente, A.M., Avargues-Navarro, M.L., Bor da-Mas, M., Sánchez-Martín, M., Aguilar-Parra, J.M. y Trigueros, R. (2019). Emotional Exhaustion in House wives and Alzheimer Patients' Caregivers: Its Effects on Chronic Diseases, Somatic Symptoms and Social Dysfunction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3250. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183250>

- Cheng, S.T., Chan, W.C. y Lam, L. (2019). Long-Term Outcomes of the Benefit-Finding Group Intervention for Alzheimer's Family Caregivers: A Cluster-Randomized Double-Blind Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(9), 984-994 <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.03.013> .
- Durán-Gómez, N., Guerrero-Martín, J., Pérez-Civantos, D., López Jurado, C.F., Palomo-López, P. y Cáceres, M.C. (2020). Understanding Resilience Factors Among Caregivers of People with Alzheimer's Disease in Spain. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 1011-1025 <https://doi.org/10.2147/PRBM.S274758> .
- Etcheverry Domeño, L., & Barros De Oliveira, A. (2022). Revisión sistemática de estrategias de afrontamiento en cuidadores principales de personas con demencia. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 6(11), 258-272. En: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1593>
- Edjolo A, Proust-Lima C, Delva F, Dartigues JF, Pérès K. (2016). Natural History of Dependency in the Elderly: A 24-Year Population-Based Study Using a Longitudinal Item Response Theory Model. *Am J Epidemiol*. 2016 Feb 15;183(4):277-85. doi:[10.1093/aje/kwv223](https://doi.org/10.1093/aje/kwv223).
- Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M y Villalobos Dintrans P. (2022) Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e34. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.34>
- Fields, N.L., Xu, L., y Miller, V.J. (2019). Caregiver Burden and Desire for Institutional Placement - The Roles of Positive Aspects of Caregiving and Religious Coping. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 34(3), 199-207 <https://doi.org/10.1177/1533317519826217>
- Godínez RMÁ, Solís CM, Cuevas GL, et al. (2020). Los grupos de autoayuda: una estrategia que favorece la satisfacción personal de los adultos mayores. *CuidArte*. 2020;9(18):6-13.
- González-González C, Cafagna G, Hernández Ruiz MDC, Ibarrarán P, Stampini M. (2021). Dependencia funcional y apoyo para personas mayores de México, 2001-2026 [Functional dependence and support for the older persons in Mexico, 2001-2026] *Dependência funcional e apoio em idosos no México, 2001-2026*. *Rev Panam Salud Publica*. 2021 Sep 1;45:e71. Spanish. doi: [10.26633/RPSP.2021.71](https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.71) PMID: 34475881; PMCID: PMC8369130
- GNUDS (Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible). (2022) No dejar a nadie atrás. Washington, DC: UNSDG; [consultado el 16 de julio del 2022]. Disponible en: <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/>

[universal-values/leave-no-one-behind](#)

- Mariezcurrena-Fernández, Aintzane, Lorea-González, Idoia, Remirez-de Ganuza, Ana, Ijalba-Pérez, Pablo, Barea-Ullate, Verónica, & Jiménez-Acosta, Azahara. (2022). Resiliencia y sobrecarga en cuidadores familiares de enfermos con demencias en Navarra. *Gerokomos*, 33(2), 88-94. Epub 24 de octubre de 2022. Recuperado en 01 de marzo de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000200005&lng=es
- Martínez-Cortés, L., Gonzalez-Moreno, J., & Cantero-García, M. (2021). Síndrome de sobrecarga en cuidadores de Alzheimer. Revisión sistemática. *Apuntes De Psicología*, 39(2), 75–85. Recuperado a partir de <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/902>
- Monzón Ferrer, A. (2020). Intervalo de tiempo óptimo en la realización de cambios posturales, independientemente de la superficie sobre la que descansa, para la prevención de úlceras por presión en el entorno asistencial. Universidad de Castilla-La Mancha. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/23401>
- Lawton MP, Hernández K, Neumann V. (2016) Análisis de instrumento para evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales Lawton y Brody. *Rev Chil Ter Ocup*. 2016;16(2):55.
- Keating NC, Rodríguez Mañas L, De Francisco A. (2021). Hacia el envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe: ¿no dejar a nadie atrás? *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e120. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.12>
- Keating N, McGregor A, Yeandle S. (2021). Sustainable care: theorizing the wellbeing of caregivers to older persons. *Int J Care Caring*. 2021;5(2): 1–13. <https://doi.org/10.1332/239788221X16208334299524>
- ONU Mujeres y CEPAL (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia Sistemas Integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. En: [es_cuidados covid.pdf](#) (unwomen.org)
- ONU Mujeres/CEPAL. (2022). Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: elementos para su implementación (LC/TS.2022/26), Santiago, 2022. En: <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/11/hacia-la-construccion-de-sistemas-integrales-de-cuidados-en-america-latina-y-el-caribe>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015 [consultado el 28 de julio del 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/hand->

[le/10665/186466/9789240694873_spa.pdf](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15474:number-of-older-adults-with-long-term-care-needs-will-triple-by-2050-paho-warns&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0)

- OPS. (2019). El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS. Washington, DC, 1 de octubre de 2019 En : https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15474:number-of-older-adults-with-long-term-care-needs-will-triple-by-2050-paho-warns&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0
- Piñáñez García MC, Re Domínguez ML, Núñez Cantero AM. Sobrecarga en cuidadores principales de Adultos Mayores: Overload in primary caregivers of Older adults. Rev. Salud Pública Parag. [Internet]. 19 de mayo de 2022 [citado 25 de febrero de 2023];6(2):10-5. Disponible en: <https://revistas.ins.gov.py/index.php/rspp/article/view/81>
- Reyes, T.; Triana, E.A.; González, R. (2019). Apoyo de Tecnologías de la Información y la Comunicación al Examen Periódico de Salud. En Libro: Ciencia e Innovación tecnológica, Vol. VII. Cap. Envejecimiento y longevidad satisfactoria. Rev. Opuntia Brava. Editorial Académica Universitaria., Las Tunas, 2019, ISBN: 978-959-7225-51-5
- Roca A. Nivel de sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores primarios informales de pacientes con adicción a drogas en una institución psiquiátrica durante la pandemia de Covid-19 en Lima - Perú. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana; 2022. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3123172>
- Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Sánchez I. (2021). Research on frailty: Where we stand and where we need to go. J Am Med Dir Assoc. 2021;22(3):520–3. doi: [10.1016/j.jamda.2021.01.061](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.01.061)
- Ruiz-Fernández, M.D., Hernández-Padilla, J.M., Ortiz-Amo, R., Fernández-Sola, C., Fernández-Medina, I.M. y Granero-Molina, J. (2019). Predictor Factors of Perceived Health in Family Caregivers of People Diagnosed with Mild or Moderate Alzheimer's Disease. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(19), 3762-3776 <https://doi.org/10.3390/ijerph16193762> .
- Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza BS, Montañez-Hernández JC. Efecto de la sobrecarga del cuidador en la asociación entre discapacidad y calidad de vida en adultos mayores. salud publica mex. 2022;64(5):507-514.
- Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2020). Family Caregiving for Older

Adults. Annual review of psychology, 71, 635–659. <https://bit.ly/37bVavK>

- Silveira Corrêa, M., Borba de Lima, D., Lima Giacobbo, B., Vedovelli, K., de Lima Argimon, K.I. y Bromberg, . (2019). Mental health in familial caregivers of Alzheimer's disease patients: are the effects of chronic stress on cognition inevitable? The International Journal on the Biology of Stress, 22(1), 83-92 <https://doi.org/10.1080/10253890.2018.1510485>
- Soriano-Ursúa IG, Castrejón-Salgado R, Ávila-Jiménez L, et al. Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con cáncer terminal. Aten Fam. 2022;29(2):85-90.
- Triana, E.; Hernández, A.; Triana, E.A. (2019) Mejora del Examen Periódico de Salud Basado en Procesos y Evaluación de tecnologías en Libro: Ciencia e innovación tecnológica. Vol. VII Capítulo: Innovación y calidad en sistemas y servicios de salud. Opuntia Brava. Editorial Académica Universitaria., Las Tunas, 2019. ISBN: ISBN 978-959-7225-51-5
- Triana, E. et al. (2019) Mejora del examen periódico de salud. Basado en procesos y evaluación de tecnologías. Editorial Académica Española, 2020. ISBN: ISBN 978-620-0-39029-5
- Vilches Leiva, C., Aracena Ávila, J. ., & Canales Canales , C. . (2021). Estrategias de prevención en cuidadores de pacientes con dependencia: Revisión exploratoria. Revista Confluencia,4(1),71-77. <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/604>

ANEXOS

Tabla de contenido

Anexo 1

ÍNDICE DE KATZ DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA. (ABVD)

BAÑO/LAVADO:

Independiente. Necesita ayuda sólo para lavarse una parte del cuerpo o lo hace solo.

Dependiente. Requiere ayuda al menos para lavarse más partes del cuerpo o para entrar y salir de la bañera.

VESTIDO:

Independiente. Se viste sin ayuda (incluye coger las cosas del armario). Excluye el atado de los cordones de los zapatos.

Dependiente. No se viste solo o lo hace de forma incompleta.

USO DEL RETRETE:

Independiente. No precisa ningún tipo de ayuda para entrar y salir del cuarto de aseo. Usa el retrete, se limpia y se viste adecuadamente. Puede usar un orinal por la noche.

Dependiente. Precisa ayuda para llegar hasta el retrete y para utilizarlo adecuadamente. Incluye el uso del orinal y de la cuña.

MOVILIZACIÓN (CAMA/SILLÓN)

Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama (puede utilizar ayudas mecánicas, como un bastón).

Dependiente. Requiere alguna ayuda para una u otra acción.

CONTINENCIA:

Independiente. Control completo de la micción y de la defecación.

Dependiente. Incontinencia total o parcial. Incluye el control total de los esfínteres mediante enemas, sonda o el empleo reglado de orinal y/o cuña.

ALIMENTACIÓN:

Independiente. Lleva la comida del plato a la boca sin ayuda.

Dependiente. Es ayudado a llevar la comida del plato a la boca. Incluye no comer y alimentación parenteral o a

través de una sonda.

Debe recogerse lo que el paciente hace realmente, no lo que es capaz de hacer.

Clasificación:

- A. Independiente en todas las actividades.
- B. Independiente en todas las actividades, salvo en una.
- C. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño y otra más.
- D. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido y otra más.
- E. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete y otra más.
- F. Independiente en todas las actividades, salvo en el baño, el vestido, el uso del retrete, en la transferencia y otra más.
- G. Dependiente en todas las actividades.

Anexo 2

Índice de Barthel La información se obtiene del cuidador principal

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0

Anexo 2 (Continuación)

Índice de Barthel La información se obtiene del cuidador principal

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)		
Resultado	Grado de dependencia	
< 20	Total	
20 a 35	Grave	
40 - 55	Moderado	
≥ 60	Leve	
100	Independiente	

Anexo 3

Escala de Lawton y Brody

Escala de actividades instrumentales de la vida diaria. (AIVD)

Escala de Lawton y Brody	
ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan.

Anexo 4

Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF)	
Instrucciones: Defina el ítem por la respuesta del paciente, al que no coopera utilice la opinión del cuidador responsable. Ante la duda entre ítems, marque el inferior.	
I Continencia	<input type="checkbox"/> 5- Perfectamente continente. <input type="checkbox"/> 4- Ha perdido ocasionalmente el control de la micción. <input type="checkbox"/> 3- Incontinencia urinaria, con limitaciones en su vida diaria. <input type="checkbox"/> 2- Incontinencia urinaria impide realizar su vida diaria o le obliga al sondaje <input type="checkbox"/> 1- Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de autonomía.
II Movilidad	<input type="checkbox"/> 5- Se moviliza sin limitaciones, tanto fuera como dentro del hogar. <input type="checkbox"/> 4- Alguna limitación en la movilidad en particular con el transporte público. <input type="checkbox"/> 3- Dificultades en la movilidad que limitan satisfacer su vida diaria. <input type="checkbox"/> 2- Depende para moverse de la ayuda de otra persona. <input type="checkbox"/> 1- Se encuentra totalmente confinado a la cama o al sillón.
III Equilibrio	<input type="checkbox"/> 5- No refiere trastorno del equilibrio. <input type="checkbox"/> 4-Refiere trastorno del equilibrio, pero no afecta su vida diaria. <input type="checkbox"/> 3- Trastorno del equilibrio, con caídas y limitación de la autonomía. <input type="checkbox"/> 2-Trastornos del equilibrio lo hacen dependiente de ayuda en su vida diaria. <input type="checkbox"/> 1- La falta de equilibrio lo mantienen totalmente incapacitado.
IV Visión	<input type="checkbox"/> 5- Tiene visión normal (aunque para ello usa lentes). <input type="checkbox"/> 4-Refiere dificultad para ver, pero esto no limita en su vida cotidiana. <input type="checkbox"/> 3-Dificultad para ver, que limita sus actividades cotidianas. <input type="checkbox"/> 2- Problemas de la visión, lo obligan a depender de otras personas. <input type="checkbox"/> 1-Ciego o totalmente incapacitado por la falta de visión.

Anexo 4 (continuación)

Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) (continuación)	
V Audición	<input type="checkbox"/> 5- Tiene audición normal (aunque para ello use prótesis auditiva.) <input type="checkbox"/> 4-Refiere dificultad para oír, pero esto no repercute en su vida diaria. <input type="checkbox"/> 3- Evidente dificultad para oír, con repercusión en su vida diaria. <input type="checkbox"/> 2- Severos problemas de audición, que le limitan la comunicación. <input type="checkbox"/> 1- Sordo o aislado por la falta de audición.
VI Uso de Medicamentos	<input type="checkbox"/> 5- Sin medicamentos, (no incluyen vitaminas ni productos naturales). <input type="checkbox"/> 4-Usa menos de tres de forma habitual. <input type="checkbox"/> 3-Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicados por varios médicos. <input type="checkbox"/> 2- Usa más de 6 medicamentos. <input type="checkbox"/> 1- Se automedica o no lleva control de los medicamentos que toma.
VII Sueño	<input type="checkbox"/> 5-No refiere trastornos del sueño. <input type="checkbox"/> 4- Trastornos ocasionales del sueño, no tiene necesidad de somníferos. <input type="checkbox"/> 3- Debe usar somníferos para lograr un sueño que lo satisfaga. <input type="checkbox"/> 2- Pese al uso de psicofármacos mantiene trastornos del sueño. <input type="checkbox"/> 1- Trastornos severos del sueño que le impiden realizar su vida diaria
VIII Estado Emocional	<input type="checkbox"/> 5- Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo. <input type="checkbox"/> 4- Trastornos emocionales que supera sin la ayuda profesional. <input type="checkbox"/> 3- Trastornos emocionales le obligan al uso de tratamiento. <input type="checkbox"/> 2- Mantienen trastornos emocionales que lo limitan, aún con tratamiento. <input type="checkbox"/> 1- Los trastornos emocionales lo incapacitan, intento o idea suicida.
IX Memoria	<input type="checkbox"/> 5- Buena memoria. Niega trastornos de la misma. <input type="checkbox"/> 4- Refiere problemas de memoria, pro estos no limitan su vida diaria. <input type="checkbox"/> 3- Trastornos de memoria, que lo limitan para actividades de su vida diaria. <input type="checkbox"/> 2- Trastornos de la memoria que lo obligan a ser dependientes una parte del tiempo. <input type="checkbox"/> 1- La pérdida de memoria lo mantiene incapacitado y dependiente total.

Escala Geriátrica de Evaluación Funcional (EGEF) (continuación)

X Apoyo Familiar	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 5- Cuenta con todo el apoyo familiar que demandan sus necesidades.<input type="checkbox"/> 4- Existe apoyo familiar, pero puede tener limitaciones en ocasiones.<input type="checkbox"/> 3- Apoyo familiar restringido a cuando el anciano tiene situación de crisis.<input type="checkbox"/> 2- Apoyo familiar inseguro incluso en momentos de crisis para el anciano.<input type="checkbox"/> 1- Ausencia o abandono familiar total.
XI Apoyo Social	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 5- Apoyo total e irrestricto por parte de los vecinos y amigos.<input type="checkbox"/> 4- Cuenta con apoyo de vecinos y amigos, pero este es limitado.<input type="checkbox"/> 3- Apoyo de vecinos y amigos se restringe a momentos de crisis.<input type="checkbox"/> 2- Apoyo de vecinos y amigos inseguro aún en momentos de crisis.<input type="checkbox"/> 1- Aislado. Ausencia total de apoyo por parte de vecinos y amigos.
XII Situación económica	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 5- Cubre todas sus necesidades económicas con ingresos propios.<input type="checkbox"/> 4- Cubre todas sus necesidades, pero lo logra con ayuda de otros.<input type="checkbox"/> 3- Cubre solo sus necesidades básicas, aún con la ayuda de otros.<input type="checkbox"/> 2- Tiene dificultades para cubrir todas sus necesidades básicas.<input type="checkbox"/> 1- Depende económicamente de la asistencia social.
Estado Funcional Global	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 5- Es totalmente independiente y activo en su vida diaria.<input type="checkbox"/> 4- Es independiente, pero necesita de ayuda no diaria para alguna AIVD.<input type="checkbox"/> 3- Tiene limitaciones que exigen ayuda diaria, pero puede pasar un día solo.<input type="checkbox"/> 2- Tiene limitaciones que impiden que permanezca más de 8 horas sólo.<input type="checkbox"/> 1- Está totalmente incapacitado y exige custodia permanente.

Anexo 4a

CRITERIOS PARA VALORACIÓN POR ESPECIALISTAS DEL GRUPO BÁSICO DE TRABAJO PARA ACCIONES PREVENTIVAS A LA DISCAPACIDAD.

Criterios básicos según EGEF para declarar un ANCIANO FRÁGIL.

- Doble incontinencia.
- Alteraciones de la movilidad y el equilibrio < de 4 según EGEF.
- Polifarmacia (Uso de medicamentos < de 3).
- Alteración de todos los items del EGEF en 4 o menos.
- Antecedentes Patológicos Personales (APP) de Síndrome Demencial con: Alteraciones del estado emocional, del sueño, de la movilidad, del uso de medicamentos, deficiente apoyo familiar, deficiente apoyo social, mala situación económica.
- Cualquier combinación de los problemas sociales (situación familiar, social y económica) menores de 4 según EGEF.
- Alteraciones del estado funcional global menores de 4 según EGEF.
- Mayor de 80 años con alguna alteración del EGEF.
- Anciano solo con alguna alteración del EGEF.
- Alteraciones de la memoria menor de 4 según EGEF.

La ESCALA no sustituye el examen clínico que se recomienda realizar como parte del Examen Periódico de Salud al Adulto Mayor, solamente lo complementa.

Anexo 5 Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Item	Pregunta a realizar	N	CN	AV	CS	S
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?					
8	¿Siente que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?					
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?					
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
18	¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?					
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?					

Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5 de izquierda a derecha 1 Nunca 2 Casi nunca 3 A veces 4 Casi siempre 5 Siempre. . Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga ligera” (47-55) y “sobrecarga intensa” (≥ 56).



<https://www.facebook.com/fortamP/>

<https://www.youtube.com/@eduardoalfredotrianaalvarez13>



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Embajada de Suiza en Cuba

Agencia Suiza para el Desarrollo
y la Cooperación COSUDE



Ministerio
de Trabajo
y Seguridad
Social

Cartilla de la persona cuidadora

La persona cuidadora o Asistente Social a Domicilio (ASD) es una persona con conocimientos básicos para asumir los cuidados en el hogar de personas cuya capacidad funcional le impidan un normal desempeño de sus Actividades de la Vida Diaria (AVD). Para desarrollar las funciones de los cuidados debe cumplir tres condiciones: querer, poder y saber. La Cartilla de la persona cuidadora al adulto mayor dependiente, es un producto que educa y capacita, ofreciendo conocimientos generales sobre competencias necesarias y soporte hacia un sistema de cuidados para ambos. Sus contenidos se orientan a la persona cuidadora y cómo debe integrarse en un sistema de cuidados a favor del envejecimiento saludable, cómo debe cuidarse en el proceso, cómo manejar las principales exigencias del cuidado haciendo lo posible por evitar la sobrecarga de la persona cuidadora, entre muchos otros aspectos. Contribuye a conocer cuando está en sobrecarga, cómo debe cuidar su salud mental y cómo las tecnologías pueden apoyar en el proceso.



Colectivo de autores

Sello Editorial Joven Club

ISBN: 978-959-289-124-1



9 789592 891241

FortAM