



Principios de Cuidado

ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES FÍSICAS

AGING AND PHYSICAL DISABILITIES

Un programa de capacitación para encargados de cuidado, ayudantes personales, y profesionales de cuidado directo.

PROYECTO DE CURRÍCULO DE CUIDADO DIRECTO DE ARIZONA

Esta materia fue creada con fines educativos por el Proyecto de Currículo de Cuidado Directo de Arizona con la intención de servir como materia de referencia para personas que quieran aprender más del tema. Ni el Departamento de Seguridad Económica, su División de Servicios en Envejecimiento y Adultos, ni ningún otro individuo u organización asociada con el proyecto, garantiza que la información sea guía definitiva en el tema, ni tampoco garantiza que la maestría de esta materia asegure que los que de ella aprendieron aprobarán cualquier examen requerido.

Por favor nombre "*Principles of Caregiving – Arizona Direct Care Curriculum Project*" cuando use extractos de esta materia. El título *Principles of Caregiving* debe usarse solo con esta materia como lo apruebe el Direct Care Workforce Committee. El título *Principles of Caregiving* no debe usarse si se han hecho cambios al contenido.

La portada y el material gráfico fueron diseñados por Gateway Community College, un centro de formación universitaria del condado de Maricopa. Se reservan por medio del Arizona Direct Care Curriculum Project todos los derechos al logotipo y el diseño de portada para el uso exclusivo de las clases y materias de *Principles of Caregiving*.

Visite la página de Arizona Direct Care Initiative www.azdirectcare.org para más información acerca del proyecto del currículo.

PREFACIO DE LOS PRINCIPIOS DE CUIDADO

El Desarrollo de Capacitación Profesional Estandarizada de Cuidado Directo en Arizona

La necesidad de cuidado basado en casa y la comunidad es uno de los problemas más imperiosos de nuestros tiempos. Afectará a casi toda familia en América. Para poder dar frente a la demanda cada vez mayor de servicios basados en el hogar y la comunidad, Arizona debe de desarrollar una mano de obra de trabajadores de cuidado, capaces y compasivos. Estamos mejor preparados para enfrentar estos retos por medio de la capacitación de *Principles of Caregiving (Principios de Cuidado)* para trabajadores de cuidados, auxiliares personales y profesionales de apoyo directo.

El año 2004, la Gobernadora Janet Napolitano asignó un Grupo de Ciudadanos de Trabajo en la Mano de Obra de Largo Plazo (CWG por sus siglas en inglés) para desarrollar y proveer más recomendaciones para mejorar la calidad de la mano de obra de cuidado de largo plazo. En el año 2005, la CWG planteó diez recomendaciones. Una de ellas pedía la implementación de un currículo estandarizado, uniforme y universal para la capacitación de la mano de obra en cuidado directo.

El Proyecto del Currículo del Cuidado Directo es en asociación con el Arizona Department of Economic Security, el Arizona Health Care Cost Containment System, el Developmental Disabilities Planning Council (anteriormente conocido como Governor's Council on Developmental Disabilities), el Arizona Department of Health Services, y el Direct Care Workforce Committee. Se crearon los manuales de *Principios de Cuidado* para ayudar a establecer un programa de capacitación de alta calidad para profesionales en cuidado directo o apoyo directo en Arizona. Se vieron involucrados muchos individuos y agencias, proveedores representantes del cuidado en casa, colegios de la comunidad, organizaciones de apoyo y agencias estatales. Refiérase al apéndice para una lista de reconocimientos.

NOTAS A LOS ESTUDIANTES

Principios de Cuidado: Envejecimiento y Discapacidades Físicas es el Nivel 2 del módulo de la serie *Principios de Cuidado*. Se añade al módulo de los Fundamentos y contiene material avanzado para los trabajadores del cuidado directo (DCWs) que trabajan con personas ancianas o con discapacidades físicas. El módulo de los Fundamentos se debe completar primero. Cierta revisión quizás sea necesaria antes de completar este módulo.

Este módulo es independiente de los demás módulos del Nivel 2 de la serie. Ud puede completar esta parte de la capacitación sin estudiar los demás módulos.

Dependiendo de las necesidades de su empleador y los clientes a quienes servirá, usted tal vez no necesite todo el conocimiento y las destrezas presentadas en los Fundamentos, pero se les anima a estudiar todo el programa. El currículo de los *Principios de Cuidado* está diseñado para proveer una introducción completa al cuidado y apoyo directo, y usted quedará preparado para trabajar con una variedad de clientes y empleadores.

Principios de Cuidado Incluye los siguientes módulos:

- Nivel 1: Fundamentos
- Nivel 2: Envejecimiento y Discapacidades Físicas
- Nivel 2: Discapacidades del Desarrollo
- Nivel 2: Enfermedad Alzheimer y Otras Demencias

Competencias para los Trabajadores de Cuidado Directo en Arizona

Las competencias son la base para la capacitación y las pruebas de cualquier personal que brinda servicios de trabajador doméstico o auxiliar doméstico, servicios de cuidado personal o servicios de cuidado auxiliar para un programa con fondos estatales en Arizona. Los libros de Principios de Cuidado abordan todas las competencias y ayudan a prepararse para las pruebas de DCW de Arizona. Para una lista de competencias, vea el Apéndice de este módulo, o refiérase a la página de Arizona Direct Care Initiative www.azdirectcare.org, haga clic en Competencias.

Objetivos de Aprendizaje

Cada capítulo de los Fundamentos de Cuidado comienza con una página de introducción donde se encuentra la lista de los objetivos de aprendizaje y los términos claves para ese capítulo en particular. Algunas secciones también tienen lista de destrezas; son procesos que usted debe practicar y demostrar a su instructor. Los siguientes símbolos se usan para identificar ciertos componentes:



Ejercicios y actividades.



Procedimientos que usted necesita practicar y demostrar.

PRINCIPIOS DE CUIDADO: ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES FÍSICAS

TABLA DEL CONTENIDO

Capítulo 1 — Sistemas del Cuerpo: Función, Cambios al Envejecer, Condiciones e Implicaciones del Cuidado	1-1
A. Definiciones.....	1-4
B. Corazón, Sistema Circulatorio y Pulmones.....	1-5
C. Sistema Nervioso y Cerebral.....	1-8
D. Piel, Cabello y Uñas.....	1-9
E. Huesos, Coyunturas y Músculos.....	1-11
F. Estómago, Intestinos e Hígado.....	1-14
G. Riñones y Vejiga.....	1-16
H. Sistema Inmunológico.....	1-18
I. Vista, Oído, Gusto y Olfato.....	1-19
J. Diabetes.....	1-21
Capítulo 2 – Discapacidades y Condiciones Físicas: El Cerebro y el Sistema Nervioso	2-1
A. Principios Básicos.....	2-4
B. Discapacidades y Condiciones Físicas.....	2-4
Capítulo 3 — Trastornos Psicológicos/Emocionales	3-1
A. Impacto Emocional de Enfermedad Crónica o Discapacidad.....	3-3
B. Impacto Emocional al Envejecer.....	3-4
C. Angustia.....	3-5
D. Depresión.....	3-6
E. Adicción y Adultos Mayores.....	3-8
F. Recursos.....	3-9
Capítulo 4 – Cuidado Personal	4-1
A. Principios Básicos.....	4-4
B. Cuidado de la Piel.....	4-7
C. El Baño, Vestirse, y Aspecto Personal.....	4-10
D. La Eliminación.....	4-23
E. Aparatos de Ayuda para el Baño.....	4-31
F. Asistencia Alimenticia.....	4-33

Capítulo 5 – Transferencias y Posicionar	5-1
A. Principios de la mecánica corporal para la seguridad de la espalda	5-4
B. Transferencias.....	5-5
C. Ambulación (caminar).....	5-14
D. Reposicionar (volver a posicionar).....	5-16
E. Aparatos de Asistencia.....	5-22
Capítulo 6 – Sexualidad y Discapacidad	6-1
A. Principios Básicos	6-3
B. Sexualidad y El Envejecer	6-4
C. Sexualidad y Discapacidades.....	6-4
Capítulo 7 – Planeando Actividades	7-1
A. Principios para Planear Actividades.....	7-3
B. Asuntos Culturales y Religiosos	7-4
C. Actividades Específicas para Varias Discapacidades y Habilidades Funcionales.....	7-5
D. Ejercicios para Planear Actividades	7-6
E. Recursos	7-7
Capítulo 8 – Cuidado Específico para la Demencia	8-1
A. Perspectiva General de la Demencia	8-3
B. Enfermedad Alzheimer	8-5
C. Estrategias de Comunicación	8-7
D. Conductas Desafiantes.....	8-9
E. La Demencia y La Sexualidad	8-11
F. Ayuda con Actividades de la Vida Cotidiana.....	8-11
G. Planeando Actividades.....	8-13
H. Técnicas para Manejar el Dolor	8-14
I. Inquietudes de Seguridad	8-15
Capítulo 9 – Pena y Problemas en la Etapa Final de la Vida	9-1
A. La Pena y el Proceso de la Separación	9-4
B. El Proceso de Morir.....	9-6
C. Problemas Emocionales.....	9-7
D. Estrategias para Sobrellevar	9-8
E. Asuntos Culturales y Religiosos	9-8
F. Directriz Anticipada.....	9-9
G. Hospicio.....	9-10
H. Actividad Durante la Pena	9-11
I. Recursos	9-12

PRINCIPIOS DE CUIDADO: ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES FÍSICAS

CAPÍTULO 1 – SISTEMAS DEL CUERPO: FUNCIÓN, CAMBIOS AL ENVEJECER, CONDICIONES E IMPLICACIONES DE CUIDADO

CONTENIDO

- A. Definiciones
- B. Corazón, Sistema Circulatorio y Pulmones
- C. Cerebro y Sistema Nervioso
- D. Piel, Cabello y Uñas
- E. Huesos, Coyunturas y Músculos
- F. Estómago, Intestinos e Hígado
- G. Riñones y Vejiga
- H. Sistema Inmunológico
- I. Vista, Oído, Gusto y Olfato
- J. Diabetes

OBJECTIVOS

1. Explique la diferencia entre enfermedades agudas y crónicas.
2. Identifique los sistemas mayores del cuerpo y sus funciones.
3. Describa el efecto de los años en el cuerpo.
4. Identifique y describa los mayores trastornos crónicos y las intervenciones terapéuticas que se usan.
5. Describa la significancia de la diabetes y las implicaciones del cuidado.

TÉRMINOS CLAVE

Agudo	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD por sus siglas en inglés)
Amputación	
Apoplejía	Envejecimiento
Asma	Estreñimiento
Artritis	Hiperglucemia
Ataque	Hipoglucemia
Contractura	Incontinencia
Crónico	Infección en la Traque Urinaria (UTI por sus siglas en inglés)
Demencia	Intervenciones Terapéuticas
Diabetes	Osteoporosis
Diastólica (presión de la sangre)	Parálisis
Discapacitación	Presión de la Sangre (BP por sus siglas en inglés)
	Sistólica (presión de la sangre)

A. DEFINICIONES

- **Envejecimiento:** Envejecer es el proceso de hacernos viejos. Afecta al cuerpo y al cerebro de la persona. Los factores involucrados con el proceso de envejecer son determinados genéticamente y se ven afectados por las condiciones médicas y el estilo de vida de la persona.
- **Discapacidad:** La condición que limita la capacidad de la persona para funcionar en una o más de las actividades mayores de la vida. Esto puede incluir la comunicación, caminar, cuidarse uno solo (tal como alimentarse y vestirse uno solo). La discapacidad es más probable que sea una condición de por vida, resultando en la necesidad de ayuda.
- **Intervención terapéutica:** Las intervenciones terapéuticas son estrategias de cuidado y tratamientos. Se brindan basándose en el diagnóstico de la persona y las necesidades se atienden en el plan de cuidado /apoyo.
- **Enfermedad aguda:** Las enfermedades agudas progresan rápidamente, duran cierto tiempo, y luego se alivia la persona.
- **Enfermedad crónica:** Trastornos a largo plazo que requieren de cuidado a largo plazo. Según el Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos, una enfermedad crónica dura tres meses o más.

La importancia de reportar un cambio en la condición

Es esencial que los trabajadores de cuidado reconozcan y reporten un cambio en la condición de sus clientes, especialmente si es de repente. Un cambio en la condición quiere decir que es algo que está sucediendo y no es usual en la persona. Muy seguido estos cambios de condición acarrear resultados serios, posiblemente la hospitalización o hasta la muerte, si pasan desapercibidos y no se actúa rápidamente. Los trabajadores de cuidado deben de estar al tanto de las políticas de la agencia en cuanto a reportar. En general, llame a su supervisor o al 911 cuando ocurran cambios. Ellos ayudarán a determinar el siguiente curso de acción a seguir.

B. CORAZON, SISTEMA CIRCULATORIO Y PULMONES

Función

El *corazón* es el órgano clave en el sistema circulatorio (también llamado sistema cardiovascular). El corazón es una bomba hueca, muscular. Su función principal es el forzar la sangre por todo el cuerpo.



El *sistema circulatorio* consiste de vasos sanguíneos (arterias y venas) las cuales llevan la sangre del corazón, y al corazón. La sangre lleva oxígeno y nutrientes a todas las células y los órganos vitales del cuerpo y recoge los productos de desechos.

Los *pulmones* son de los órganos más grandes en el cuerpo. Nos permiten respirar aire limpio, deshacernos del aire impuro y hasta hablar. Al respirar, el aire entra a los pulmones por la tráquea. El diafragma se aprieta y se aplasta, creando una succión que jala aire hacia adentro de los pulmones. Los pulmones forman parte del *sistema respiratorio*. Al resollar (aspirar), el aire lleva oxígeno a los pulmones. Al espirar, el cuerpo elimina el carbono de dióxido (desecho).

Cambios al envejecer

- El corazón ya no bombea eficientemente (se comienza a cansar la bomba).
- Disminuye el flujo de la sangre a todas partes del cuerpo.
- Los pulmones no cambian el oxígeno y el monóxido de carbono tan eficientemente.
- No se lleva la misma cantidad de oxígeno a todas las partes del cuerpo.
- Disminuye la eficiencia a los órganos del cuerpo.

Implicaciones para el cuidado

- Al ayudar a una persona a caminar, después de que esta ha estado acostada o sentada, espere a que la persona primero descanse por un minuto antes de comenzar a caminar. Esto le da tiempo a la sangre a llegar al cerebro, disminuye el mareo y evita las caídas.
- Permítale más tiempo para las actividades de *la vida cotidiana* (ADLs por sus siglas en inglés), incluyendo caminar, bañarse y vestirse. No apure al cliente.

Trastornos del corazón, del sistema circulatorio y de los pulmones

- **Alta presión de la sangre (hipertensión – HBP, HTN por sus siglas en inglés)**

La alta presión de la sangre afecta casi al 30% de los adultos en los Estados Unidos, aun así, la mayoría no tiene síntomas. Cuando la alta presión de la sangre no es controlada, puede causar una apoplejía, ataque al corazón, o que fallen el corazón o los riñones. De la única manera que podemos saber si la presión de la sangre de la persona está a un nivel normal es tomándola regularmente.



Capítulo 1 – Sistema del Cuerpo: Función, Cambios con la Edad, Condiciones de Cuidado e Implicaciones /Repercusiones

Guías para la alta presión

- La meta del BP debe de ser de menos de 140/90.
- Si la persona tiene problemas de los riñones, o diabetes, la meta del BP debe de ser no menos de 130/80.

Si la presión de la sangre de su cliente está fuera de estas guías consistentemente, animelo a que se comunique con el médico.

- **Enfermedad Cardiovascular**

Esta enfermedad tiene que ver con el corazón y /o los vasos sanguíneos (arterias y venas), específicamente las arterias coronarias. Se pegan depósitos de Grasas (placas) en las paredes internas de los vasos, causando un trastorno llamado *aterosclerosis*. Las placas pueden totalmente obstruir el flujo de sanguíneo. Esto puede causar dolor (*angina*) y muerte al musculo afectado del corazón (*infarto de miocardio*).

- **Angina**

Angina es dolor en el pecho por falta de sangre y oxígeno en el musculo del corazón. Esto se debe generalmente a las placas que obstruyen una arteria coronaria. A algunas personas les pueden hacer cirugía de bypass. Otras no son buenos candidatos para cirugía. Sus médicos les pueden recetar medicinas para expandir los vasos sanguíneos...

Nitroglicerina (NTG por sus siglas en inglés) es una medicina que se usa para el tratamiento de angina. Cuando la persona siente dolor de pecho (también puede ser que baje por el brazo, o a la quijada) él o ella debe de descansar y tomar NTG si tiene receta. La dosis usual es una pastilla bajo la lengua y espere 5 minutos. Si el dolor persiste, la persona puede repetir esta secuencia hasta dos veces más.

Nota: Si usted le ayuda a alguien a tomarse una pastilla de NTG, siempre ponga la pastilla en la tapadera del recipiente. No la ponga en la palma de su mano. La pastilla se puede derretir con el sudor de su mano, posiblemente pasándole a usted la dosis y los efectos secundarios de la pastilla (un dolor de cabeza severo y punzante). También, la persona debe de procurar un suministro nuevo de tabletas NTG por lo menos anualmente, porque la luz destruye las pastillas. Guarde la medicina en un lugar oscuro y fresco. No la ponga en el marco de la ventana o en la luz directa.

- **Ataque de corazón (infarto miocardio, MI)**

El musculo del corazón muere si no recibe la sangre y el oxígeno necesario. La cantidad del daño causado al musculo determina los efectos de largo plazo y el nivel de recuperación después de un ataque del corazón. Dieta apropiada, ejercicio y cambios en el estilo de vida le pueden ayudar a la persona a recuperar fuerza y aprender cómo evitar ataques en el futuro.

- **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)**

La enfermedad pulmonar obstructiva es un deterioro progresivo crónico en la función de los pulmones. Es más difícil resollar. Los pulmones se dañan y se obstruye el flujo de

Capítulo 1 – Sistema del Cuerpo: Función, Cambios con la Edad, Condiciones de Cuidado e Implicaciones /Repercusiones

aire. Incluidos en las diagnosis de COPD están la bronquitis, asma, y el enfisema. El enfisema es el tipo más común de COPD.

Enfisema

- La causa mas común es el fumar.
- El resollar es difícil por la inflamación de las vías de aire, sacos de aire dañados (alveolos) en los pulmones, mucosidad excesiva y ansiedad.
- El tratamiento incluye medicinas, dejar de fumar, mantenerse lo más activo posible y terapia con oxígeno.

Asma

La persona puede tener alergias e infecciones y ser muy sensible a ciertas cosas tales como el aire helado, ejercicio, polvo, humo, etc. Al ser expuesto a una de estas cosas, las vías de aire de la persona pueden inflamarse y el flujo de aire es difícil. A esto se le refiere como un estallido, *ataque de asma*. Atención médica inmediata/medicinas (incluyendo el uso de inhalantes) son indicadas, puesto que el cliente puede dejar de respirar y hasta puede morir.

Equipo de Oxígeno

Los pacientes con COPD avanzado pueden usar suplemento de oxígeno. Algunas precauciones al usar equipo de oxígeno incluyen:

- Mantenga las sondas lejos de cualquier fuente de calor, incluyendo cigarrros y calentón portátil.
- Guarde los tanques de oxígeno en posición recta, pero asegúrelos para que no los tumben o se caigan.
- Al viajar, asegúrese que los tanques de oxígeno están seguros en el carro (use un lasito elástico y amarre el tanque detrás del asiento del pasajero).

C. SISTEMA NERVIOSO Y CEREBRAL

Función

El *cerebro* manda señales eléctricas por todo el cuerpo. El cerebro está dividido en varias secciones y cada sección controla diferentes partes o funciones del cuerpo. El cerebro controla:



- Lo que usted piensa y siente.
- Como usted aprende y recuerda.
- La manera en que usted mueve su cuerpo.
- Todas las funciones de los órganos.
- Las cosas de las que usted se da menos cuenta, tales como el latir del corazón, respirar, digestión de los alimentos, etc.

El *sistema nervioso* es la interconexión que manda mensajes de un lado a otro a diferentes partes del cuerpo. Imagine los nervios como alambritos por los cuales pasan las señales, la vía entre el cerebro y otros órganos.

Cambios al envejecer

- Pérdida de células del cerebro.
- Tarda más para aprender.
- Tarda más el cerebro en “buscar y sacar” información.
- Cambia el patrón del sueño, incrementando las veces que despierta durante la noche.
- Los nervios reaccionan más lentamente, menos sensibilidad a temperaturas extremas.
- Disminuye la sensibilidad al dolor, puede lastimarse sin detectarlo.

Nota: Lo intelectual, el juicio, la comprensión y la retención no cambian usualmente con la edad.

Implicaciones para el cuidado

- Reduzca el estrés de aprender cosas nuevas, mantenga el medio ambiente calmado y rutinario.
- Presente nuevas cosas visual y verbalmente.
- Notifique al supervisor si a su cliente de repente le cambia la memoria.
- Anime actividades mentales tranquilas, o un bocadillo liviano, durante los ratos que no puede dormir en las noches.
- Vigile que no tenga cortadas en los pies o entre los dedos, moretones, quemadas o lesiones que no se hayan notado por el hecho de que haya disminuido la sensación de dolor.

Trastornos del cerebro y del sistema nervioso

Para condiciones que tienen que ver con el cerebro y el sistema nervioso vea el Capítulo 2, Discapacidades y Trastornos Físicos: El cerebro y el Sistema Nervioso, en el manual de este curso.

D. PIEL, CABELLO Y UÑAS

Función

La *piel* es el órgano más grande del cuerpo. Esta protege la regulación de la temperatura del cuerpo y la sensación de los tejidos debajo y otras partes del cuerpo.



Protección

Nuestra piel es un escudo que nos protege de:

- impacto mecánico como la presión.
- impacto de temperatura, tal como el calor o el frío.
- impacto del medio ambiente, tales como químicas, los rayos ultravioleta del sol, los microbios y la pérdida de agua.

Regulación

La piel controla y ajusta la temperatura de nuestro cuerpo. La producción del sudor, el cual se evapora en la superficie de la piel, ayuda a refrescarnos.

El Sentido del Tacto

El sentido del tacto es uno de los sentidos más importantes de nuestro cuerpo. Sin él, no podríamos sentir el tacto tierno de un ser amado, el calor de una taza de té caliente, o el viento en nuestro rostro. Este sentido es posible por medio de células y terminales nerviosas en la piel las cuales mandan señales al cerebro.

El Cabello sirve como insulación del frío y el calor. Extiende la habilidad sensorial de la piel y protege contra los rayos peligrosos ultravioleta del sol.

Uñas (uñas de las manos y los pies) protegen la punta de los dedos de las manos y los pies. También son extensión de los dedos, ayudan a levantar objetos pequeños sujetándolos firmemente.

Cambios al envejecer

- La piel es más reseca, tiene menos elasticidad y es más frágil. Se forma moretón y se corta más fácil.
- Disminuye la capa de grasa (disminuye el relleno natural).
- Salen canas y las mujeres tienen más bello en la cara (tal vez necesite recorte).
- Las uñas endurecen y se hacen más quebradizas.

Implicaciones para el cuidado

- **La meta es el mantener la piel sana y libre de cualquier agrietamiento.**
- Use jabones con base de lanolina en vez de jabones anti-bacteria, jabones desodorantes o productos con base de alcohol.
- Inspeccione seguido la piel de la persona buscando señas de grietas.
- Use loción para ayudar a mantener la piel de la persona suave y libre de resequedad y escamosa.

Capítulo 1 – Sistema del Cuerpo: Función, Cambios con la Edad, Condiciones de Cuidado e Implicaciones /Repercusiones

- Cambie la posición de la persona en la cama o la silla por lo menos cada dos horas para aliviar la presión.
- Lime las uñas, **no las corte**.

Sugerencia: Para aliviar la resequead extrema de las manos y/o los pies, úntese vaselina y cúbralas/os con guantes o calcetines antes de acostarse a dormir.

Para más información en cuanto al cuidado de la piel, refiérase al Capítulo 4, Cuidado Personal, de este manual del curso.

Trastornos de la piel, el cabello y las uñas

- **Edema**

Acumulación excesiva de líquido en una parte del cuerpo, usualmente las piernas, lo cual resulta en hinchazón. En casos extremos, este líquido puede escapar por los poros del cliente, causando agrietamiento de la piel. Esto puede ser causado por problemas del corazón y la circulación. Si empeora la hinchazón, la persona puede necesitar cuidado médico. El cuidado incluye una diete baja en sal y elevando las partes afectadas del cuerpo, si es posible.

- **Daño causado por el sol**

En Arizona, el sol es un factor enorme en la seguridad y la salud de la piel. El daño causado por el sol puede ser extremo y causar cáncer en la piel, quemadas extremas y daño a la piel. Con nada se puede quitar el daño que causa el sol, pero a veces, la piel se puede reparar sola. El cliente puede tener un riesgo incrementado de problemas con el sol que incluyan insolación, hidratación y daño severo a la piel. Aquí hay algunas sugerencias al cliente para ayudar a mantener una piel sana:



- Use un bloqueador solar mientras anda afuera. Un bloqueador solar de SPF de 15 o más provee más protección.
- Póngase sombrero, mangas largas y gafas para el sol que bloqueen los rayos UV mientras anda afuera.
- Examine la piel con regularidad buscando verrugas que comienzan a crecer de repente, cambian de color o recién salen.
- Beba suficientes líquidos para mantenerse hidratado.
- Siéntese o camine por la sombra cuando le sea posible, o evite largos ratos de actividades afuera.

- **Ulceras por presión**

Ulceras por presión, a las que también se les llama llagas por estar en la cama, y son causadas por la presión prolongada en la piel, por ejemplo, al estar sentado o acostado en una sola posición durante largo tiempo. Refiérase al Capítulo 4, Cuidado Personal, del manual de este curso para información en cuanto a úlceras por presión.

E. HUESOS, COYUNTURAS Y MUSCULOS

Función

Los huesos proveen apoyo a nuestro cuerpo y ayudan a darle forma. Son el marco protector alrededor de nuestros órganos; las costillas protegen el corazón y los pulmones, el cráneo protege el cerebro, etc. Aunque son muy livianos, los huesos son lo suficiente fuertes para apoyar y soportar todo nuestro peso.

Las coyunturas se forman donde se juntan dos huesos. Estas hacen que se mueva el esqueleto – sin ellas, el cuerpo estaría tieso y rígido.

Los músculos también son necesarios para el movimiento. Estos son el tejido elástico y fuerte que jala y empuja nuestros huesos cuando nos movemos.

Juntos, nuestros huesos, músculos y coyunturas forman nuestro sistema musculoesquelético. Estos nos permiten llevar a cabo las actividades cotidianas permitiendo movernos libremente.

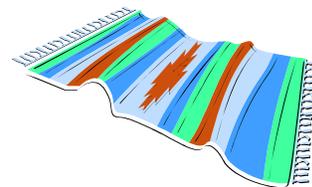


Cambios al envejecer

- Pérdida de tono muscular; las coyunturas se tornan menos flexibles.
- Los huesos se vuelven más porosos, más quebradizos e incrementa el riesgo de una fractura.
- Se encoge el cartílago entre las vértebras (discos de la espina dorsal). Esto hace que se encoja de estatura la persona y tenga una postura encorvada.
- Reflejos y coordinación más lentos, aumentando el riesgo de caerse.

Implicaciones para el cuidado

- Evite las caídas quitando las barreras y los tapetes desparramados; despeje los pasillos.
- Evite apurar a la persona mayor al caminar.
- Anímelo a que use el riel para apoyarse y/o aparatos de ayuda para apoyarse.
- Asegure que esté alzado adecuadamente, especialmente en la noche.



Trastornos de los huesos, las coyunturas y los músculos

• La Artritis

La artritis causa inflamación y deterioro de las coyunturas. Existen dos tipos principales. Artritis Osteoartritis y reumatoide.

Osteoartritis

- Degeneración de las coyunturas causando dolor y rigidez.
- La forma más común de artritis – 90% de las personas mayores de 50 años tienen algo de osteoartritis.

Capítulo 1 – Sistema del Cuerpo: Función, Cambios con la Edad, Condiciones de Cuidado e Implicaciones /Repercusiones

- Tratamiento sintomático con aspirina o drogas anti-inflamatorias (NSAIDs por sus siglas en inglés), tales como Ibuprofeno o Naproxen.

Nota: Las personas mayores que no hablan y que tienen ciertos trastornos (por ejemplo, demencia) pueden tener problemas de conducta porque no sienten alivio al dolor causado por artritis.

Artritis Reumatoide (RA por sus siglas en inglés)

- Una forma más severa pero menos común de la artritis.
 - Causa deformidad de la coyuntura.
 - Es más difícil de tratar puesto que se considera que es una enfermedad auto-inmune (el sistema inmune mata todos los tejidos del propio cuerpo).
 - También puede afectar los órganos internos tales como el corazón, los pulmones y los músculos.
- **Osteoporosis**
La pérdida de calcio en los huesos los torna porosos y quebradizos. Esto causa que aumente el riesgo de fracturas.
 - Factores de riesgo: factores hereditarios, consumo insuficiente de calcio, falta de ejercicio.
 - Los tratamientos incluyen medicinas para aumentar el consumo de calcio y entrenamiento con pesas (el ejercicio con pesas ayuda a reabsorber el calcio).
 - Causa que disminuya la estatura al desmoronarse las vertebrae y las curvas de la espina dorsal. Esto causa menos amplitud de movimiento y dolor al moverse.
 - Causa fracturas de compresión en la espina dorsal.
 - Las fracturas aumentan el riesgo de reemplazar la coyuntura por medio de cirugía.
 - Las cirugías mayores pueden causar complicaciones en los adultos mayores.
 - La mayoría de los adultos que están envejeciendo, y a quienes se les ha reemplazado un cuádril por medio de cirugía, nunca pueden volver a funcionar al mismo nivel.

- **Contracturas**

Las contracturas son el acortar o apretar los músculos, la piel, los tendones y ligamentos evitando el movimiento normal. Las causas más comunes es el reposo prolongado en cama, cicatrizando de una lesión (usualmente las quemadas) o la falta de uso (inmovilización).

Se le puede pedir al DCW que ayude con los ejercicios para la amplitud de movimiento y alineación. Esto ayuda a mantener flexible las coyunturas y los músculos, y fluyendo la circulación. Esta es otra razón por la cual es importante cambiarle de posición cada dos horas.

- **Amputación**

El quitarle un miembro o una parte del cuerpo, generalmente por medio de cirugía. Las amputaciones se hacen por las siguientes razones:

- Para quitar tejido que no tiene el suministro sanguíneo adecuado.
- Para quitar una parte del cuerpo por causa de lesión severa.
- Para extirpar tumores.

Las complicaciones de la diabetes sin control pueden resultar en amputación. Disminución del fluido sanguíneo a las manos o los pies puede causar daño a los tejidos y los músculos.

- **Distrofia Muscular (MD por sus siglas en inglés)**

La Distrofia Muscular es una enfermedad hereditaria. La causa un defecto genético el cual provoca que los músculos esqueléticos sanos se tornen débiles. Los síntomas usualmente son más severos al debilitarse más los músculos. No hay curación ni manera de marcarle un alto al proceso de esta enfermedad. MD no es contagiosa. Existen varios tipos diferentes de MD, pero estos son los más comunes:

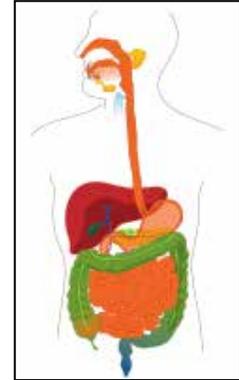
- *Duchenne*: Se desarrolla a temprana edad, entre los 2 y 6 años. Los síntomas incluyen una marcha anadina (caminar como pato) o caminar de puntitas, dificultad para correr, abdomen salido. Más bien ocurre en el género masculino.
- *Facioscapulohumeral*: Usualmente es evidente en los adolescentes. Siempre está presente la debilidad facial (dificultad para cerrar los ojos o chiflar). Otros síntomas incluyen la dificultad de levantar los brazos, levantar objetos, omoplatos prominentes.
- *Miotónica*: Aparece en jóvenes adultos, menos seguido en la adolescencia. Los síntomas incluyen la rigidez de las manos y los pies, especialmente después de enfriarse, dificultad para soltar algo y debilidad facial.

F. ESTOMAGO, INTESTINOS E HIGADO

Función

El estómago y los intestinos son responsables de digerir lo que nosotros consumimos o bebemos. La digestión incluye la absorción de todos los nutrientes, incluyendo las vitaminas y los minerales. El hígado es un órgano que funciona a través de muchos sistemas.

El *estómago* es el órgano donde la comida comienza el proceso de digestión. El estómago es una bolsa muscular, elástica, con forma de pera, en el abdomen. Después de que la comida ha sido masticada y tragada, esta pasa al estómago por el esófago. Ya que la comida entra al estómago, los ácidos la rompen en pedacitos pequeños servibles. Después la comida pasa a los intestinos.



Los *intestinos* (también llamado tripa o colon) son la parte principal de la digestión de comida y eliminación de desecho. Los intestinos están divididos en dos secciones mayores, el *intestino delgado* y el *intestino grueso*. La mayoría de la digestión ocurre en el intestino delgado. La mayoría de los nutrientes son absorbidos por las paredes del intestino delgado y distribuidos por todo el cuerpo para combustible de las funciones del cuerpo. El intestino grueso continúa el proceso absorbiendo los nutrientes y el agua que sobra. También empuja para eliminar las heces.

El *hígado* ayuda con la digestión y saca lo impuro de la sangre. El hígado también produce químicas que regulan las funciones del cuerpo.

Cambios al envejecer

- El ácido estomacal y la producción de enzima en la saliva disminuyen dificultando la digestión.
- Acción lenta en el intestino causa indigestión o estreñimiento.
- La pérdida de los dientes afecta la habilidad para masticar y digerir la comida.

Implicaciones para el cuidado

- Evite las comidas que son difícil de digerir o masticar.
- Para estreñimiento, aumente el consumo de líquidos (ocho vasos de 8-oz al día es lo recomendado). Agregue fruta fresca, vegetales, grano entero/fibra, pasas y ejercicio a su dieta.

Trastornos del estómago y de los intestinos

- **Úlceras**
Las úlceras son grietas en el estómago o el forro intestinal.
 - Pueden resultar en el estómago o en partes del intestino.
 - Pueden causar acidez.

Capítulo 1 – Sistema del Cuerpo: Función, Cambios con la Edad, Condiciones de Cuidado e Implicaciones /Repercusiones

- Úlceras hemorrágicas son grietas que sangran en el estomago o intestinos. Se suponía antes que la causa era el aumento de ácido en el estomago, ahora se sabe que las úlceras las causa cierta bacteria en el estomago. La gente no debe de tomar aspirina ni NSAIDS (ag. Ibuprofeno) si tienen antecedentes de úlceras hemorrágicas.
- **Estreñimiento /impacción /obstrucción**
Entre más esté la hez en el colon, más agua se absorbe y más dura se pone la hez.

Estreñimiento

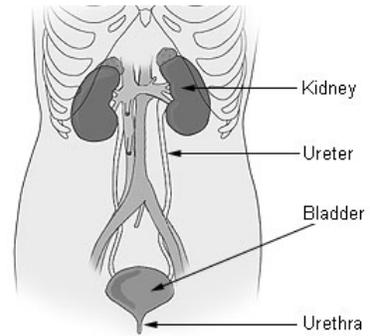
- El estreñimiento es hez endurecida que es difícil echar. Esto no tiene que ver con la frecuencia.
- Las causas incluyen una dieta baja en fibra, ignorando la necesidad de evacuar, disminuyendo el consumo de líquidos, inactividad, ciertas drogas, envejecimiento y ciertos trastornos médicos.
- Desaliente el uso de laxantes rutinariamente. El cuerpo puede depender de ellos y se pierden valiosos nutrientes con su uso. Se prefieren supositorios de glicerina y /o ablandador fecal.
- **Impacción /obstrucción**
 - La Heces dura y seca que está empacada en el intestino Delgado (estreñimiento que se ha empeorado).
 - Los síntomas incluyen la pérdida de apetito, cólico abdominal, goteo como diarrea, cambio en el comportamiento.
 - La impacción puede causar obstrucción completa del intestino.
 - La persona necesita atención médica, usualmente para que le pongan una lavativa de retención de aceite, posible extracción manual, o hasta cirugía en casos severos de obstrucción.
- **Diarrea**
 - Heces suelta y aguada.
 - Las causas incluyen infecciones, comida irritante, parásitos, etc.
 - Se necesita reponer los líquidos para evitar la deshidratación.
 - Avise al supervisor si el cliente tiene más de dos episodios de diarrea en un día.

G. RIÑONES Y VEJIGA

Función

Los riñones y la vejiga filtran la sangre y producen el orín. Estos ayudan a eliminar el desecho y el exceso de líquido del cuerpo. Los riñones también toman parte importante en producir químicas necesarias para otras funciones del cuerpo.

Los *riñones* eliminan desecho y el exceso de líquido que se junta naturalmente en la sangre después de que el cuerpo descompone la comida. Los riñones juntan el desecho y lo mandan a la vejiga en forma de orín. Estos también hacen hormonas y células rojas que mantienen fuertes los huesos y la sangre sana.



La función principal de la *vejiga* es el almacenar y juntar el orín. La vejiga es un órgano hueco, muscular y en forma de globo que colecciona el orín de los riñones y lo guarda hasta que está lo suficiente llena para vaciarse. La vejiga manda una señal al cerebro para avisarle que ya está llena y necesita ir al baño.

Cambios al envejecer

- Se disminuye la función de los riñones, no pueden filtrar igual los medicamentos.
- Disminuye la capacidad para detener el orín (puede detener dos tazas a la edad de 25 años, 1 taza en una persona mayor).
- Aguanta menos para orinar al sentir ganas. La persona puede orinar en cuanto reciba la señal de necesidad de orinar. Esto puede causar incontinencia.
- Incrementa el estrés por la incontinencia (gotero, especialmente en las mujeres, después de toser, destornudar, reír o actividades estrenuas).
- El no vaciar bien la vejiga puede causar aumento en infecciones de la vejiga/los riñones.
- Aumenta de tamaño la glándula próstata en los hombres. Esto puede dificultar el orinar.

Implicaciones para el cuidado

- Monitoree las reacciones de medicinas toxicas.
- Evite la incontinencia implementando una rutina de ir al baño cada dos horas. Use ropa fácil de quitarla y ponga un inodoro portátil al lado de la cama tal como se indique.
- Busque señas de infecciones en la vejiga o los riñones (cambio de comportamiento, temperatura elevada, cambio en el olor o el color del orín, ardor o dolor al orinar dolor de espalda o abdominal, etc.).
- Busque señas de agrietamiento de la piel.

Trastornos de los riñones y la vejiga

- **Insuficiencia renal**

Si los riñones se dañan, no pueden filtrar apropiadamente los desechos dañinos que se juntan en el cuerpo. Puede subir la presión de la sangre. El cuerpo puede retener el exceso de líquido y no crear suficientes células sanguíneas. A esto se le llama insuficiencia renal.

Los síntomas de insuficiencia renal incluyen:

- Disminuye la producción de orín
- fatiga
- extremadamente cansado, lento
- se hincha el cuerpo (edema)
- confusión
- nausea and vomito
- problemas para concentrarse
- diarrea
- dolor abdominal

- **Infección del tracto urinario**

Una *infección del tracto urinario* (UTI por sus siglas en inglés) usualmente se refiere a una infección en la vejiga, pero puede afectar otras partes del tracto urinario.

Los síntomas pueden incluir:

- Aumento de sueño o confusión (síntomas más comunes en los de avanzada edad).
- Orín opaco, de mal olor, con objetos flotando o sangre.
- Fiebre baja.
- Sensación de ardor al orinar.
- La sensación de tener que orinar seguido, tal vez poquito a la vez.

Sugerencia: Evite los UTIs aumentando el consumo de líquidos.

- **Incontinencia urinaria**

La incontinencia es el no poder controlar la vejiga o el orinarse sin querer.

Esto a menudo sucede cuando pierde fuerza el musculo por la edad, enfermedad o lesión. Los tratamientos abarcan desde el ejercicio hasta la cirugía. Esto afecta más seguido a la mujer que al hombre. Si la persona va al baño antes de que le den ganas de orinar (cada 2 a 3 horas) ellos pueden reducir los episodios de incontinencia.

- **Hiperplasia prostática benigna**

Hiperplasia prostática benigna (BPH por sus siglas en inglés) es un agrandamiento de la próstata. La próstata engrandece a medida que el hombre entra en edad. La mayoría de las veces este agrandamiento es benigno (no canceroso), pero puede volverse canceroso. El cáncer de la próstata es el segundo cáncer relacionado con la muerte en los hombres (el del pulmón es el principal). Los hombres mayores de 50 años deben de hacerse un examen de la próstata, especialmente si tienen los siguientes síntomas:

- Dificultad para mantener el fluir del orín.
- Goteo de orín.

- Necesidad de orinar con frecuencia, aun más molestia en la noche.
- Antecedentes de UTIs por retención de orín.

El tratamiento para una próstata agrandada puede incluir la cirugía donde se extirpan pedazos de la próstata. El cuidado después de la operación puede incluir el aumento de consumo de líquidos y monitorear para ver si aumenta la sangre en el orín.

H. SISTEMA INMUNOLOGICO

Función

El sistema *inmunológico* es responsable de combatir enfermedades y cuerpos extraños. Una deficiencia en el sistema inmunológico puede dejar al cuerpo indefenso para infecciones. Las causas incluyen:

- La disminución del sistema inmunológico por razones del envejecimiento normal.
- Quimioterapia.
- Tratamientos con esteroides (por ejemplo, prednisona).
- Cirugía reciente de un trasplante (medicinas recetadas para reducir los cuerpos extraños).
- VIH/SIDA

Está en aumento la cantidad de personas mayores con VIH/SIDA. Como 75,000 americanos de 50 años de edad o mayores son diagnosticados con SIDA en los Estados Unidos. Forman como el 10% de todas las personas diagnosticadas en los Estados Unidos.

Cambios al envejecer

- El sistema inmunológico no trabaja tan eficientemente.
- Disminuye la habilidad para combatir las infecciones.

Implicaciones para el cuidado

- Manténgase alerta para alguna señal de infección: **cambio en la conducta** fiebre, disminuye el apetito, mal color.
- Anime a que se vacune, tal como la vacuna anual de la gripe.
- Los mayores deben de limitar el contacto con los enfermos (incluyendo el DCW), puesto que esto puede resultar en una infección que no pueda combatir la persona.

I. VISTA, OIDO, GUSTO Y OLFATO

Función

Vista, oído, gusto y olfato son cuatro de los sentidos del cuerpo (En la sección D de este capítulo se habla del tacto). Las células sensoriales producen señales y las mandan al cerebro vía el sistema nervioso. Los sentidos pueden poner en alerta a la persona y le permiten gozar y relacionarse con el medioambiente.

Cambios al envejecer

- Disminuye la vista. Es difícil leer o calcular la distancia.
- Incrementa la sensibilidad a la luz.
- Disminuye el oído.
 - Los sonidos de alta frecuencia suenan distorsionados.
 - Dificultad para oír si la persona no puede ver al que habla.
 - La persona se puede retirar o se deprime si no puede participar en la conversación.
 - Incrementa el acumulo de cera en los oídos.
- Disminuye el sentido del gusto y el olfato. La comida puede tener un sabor diferente.

Implicaciones para el cuidado

- Proveer luz adecuada de día y de noche.
- Reducir la vislumbre (espejos, el brillo de los muebles, etc.).
- Use colores de contraste para los pisos, las paredes y escalones.
- La persona debe de usar lentes y mantenerlos limpios.
- La persona debe de tener exámenes de los ojos anuales y que le examinen los oídos para el acumulo de cera.
- Para alguien que no oye bien:
 - Hable claramente pero no grite; reduzca el ruido al fondo (apague la tv y el radio, etc.).
 - Háblele de frente a la persona y sáquese lo que traiga en la boca (chicle, comida).
 - Anime el uso de audifonos o amplificadores (límpielos con una brocha suave; tenga pilas de repuesto).
- Puede disminuir el apetito. Para animar a comer, agregue especies apropiadas y tenga un medioambiente placentero para comer.
- Es importante mantener un registro del peso y el apetito de la persona.

Trastornos de la vista



- **Cataratas**
 - Se nubla el lente del ojo. Esto causa que se disminuya la vista de noche, causa vislumbre y vista borrosa.
 - El tratamiento actual incluye cirugía laser como paciente ambulatorio.
 - El cuidado después de la operación incluye varios medicamentos y limites en levantar peso o agacharse.
- **Glaucoma**
 - Se acumula la presión del fluido intraocular dentro del globo ocular. Esto causa presión en el nervio óptico, y causa la ceguera. El daño es irreversible.
 - Usualmente, la persona no siente ninguna presión, así es que solo se puede diagnosticar con un examen del ojo.
 - El tratamiento incluye gotas para los ojos y a veces cirugía.
 - Las personas mayores de los 40 deben tener exámenes de los ojos anualmente.
- **Degeneración macular**
 - La causa principal de la ceguera en personas mayores de 50 años.
 - La macula (un lugar en la retina) empieza a deteriorarse causando visión borrosa o con manchas.
 - Pueden ayudar ciertas vitaminas con minerales.
 - Hay maneras de ayudar cuando hay poca visión. Esto incluye las habitaciones bien aluzadas (pero vislumbre reducido), uso de un contraste de colores fuertes y el uso de libros con letra grande.

J. DIABETES

Diabetes es un desequilibrio de glucosa e insulina en la sangre. La insulina se produce en la páncreas y es responsable de transportar las moléculas de glucosa en la sangre a las células. **El nivel normal de la glucosa en la sangre en ayunas es de 90 a 110.** Existen dos tipos principales de diabetes:

Tipo I (Inicio temprano/dependiente de insulina)

- La páncreas ya no produce insulina (posiblemente a causa de que el cuerpo se ataca a sí mismo).
- La persona debe de ponerse inyecciones de insulina.

Tipo II (El inicio tardío/controlado por dieta)

- Debido a:
 - Deficiencia en producción de insulina (no es suficiente para tratar las necesidades).
 - Las células se tornan resistentes a la insulina.
- Antes afectaba a los adultos, ahora se ve afectando a los niños.
- Causas posibles: herencia o dieta alta en grasa y azúcar.



Complicaciones de la diabetes (controle el azúcar en la sangre para disminuir los riesgos)

- Ceguera
- Incrementa el riesgo de ataques cardíacos, apoplejía y problemas circulatorios
- Heridas, lesiones de la piel, cortadas, etc. sanan lentamente
- Amputaciones
- Daño y fallo de los riñones
- Daño a los nervios de las extremidades (neuropatía diabética)
- Impotencia en los hombres

Tratamiento

- **Dieta** también puede controlar la pre-diabetes (diabetes limítrofe) cuando las azúcares en la sangre están un poco elevadas). Actualmente, la dieta se enfoca más en la cantidad de carbohidratos consumidos diariamente que limitar las azúcares concentradas. Esto permite más opciones de alimentos.
- **El ejercicio** reduce el azúcar en la sangre, así es que se les anima a los diabéticos a que sean lo más activos posible.
- **Los medicamentos** tomados son para aumentar la producción de insulina o disminuir la resistencia de las células a la insulina.
- **La insulina** administrada por medio de inyecciones por lo menos una vez al día. Hay diferentes tipos y acción extensa.

Cuidado del pie diabético

El cuidado apropiado del pie es muy importante porque los pies son las partes que más afecta la disminución del fluido sanguíneo. Como las personas diabéticas están a riesgo de mala circulación, se les necesita revisar los pies regularmente buscando cortadas, yagas y pedazos negros (una señal de falta de suministro de sangre). Si no se tratan los problemas de la piel, estos pueden causar riesgos de salud muy serios, incluyendo la amputación, de un pie o la pierna. Si usted nota un cambio de la piel en el pie o algún otro lado, usted debe de notificarle al supervisor.

Consulte Cuidado de Pie en el Capítulo 4, Cuidado Persona, en este manual del curso para más información.

Emergencias diabéticas

Recuerde: Los niveles normales de la azúcar en la sangre en una prueba son alrededor de 90 a 110.

- **Alto nivel de azúcar en la sangre (hiperglucemia)** - El nivel es mas de 125 a 500+. El alto nivel de la azúcar en la sangre es un nivel amplio de variaciones antes de que las funciones de la persona se vean alteradas.
- **Baja azúcar en la sangre (hipoglucemia)** – Los síntomas ocurren con la mayoría de las personas al rededor de los 70 (véase la lista de síntomas en las siguientes paginas). Esto quiere decir que el nivel de azúcar solo necesita bajar un poco para que la persona comience a tener síntomas. El cerebro es más sensitivo a que baje la azúcar en la sangre. No funciona correctamente si el nivel de azúcar es muy bajo.

El nivel bajo de azúcar es mucho más peligroso que el nivel alto de azúcar. Si la persona comienza a mostrar síntomas de bajo nivel de azúcar en la sangre, dele a la persona ½ vaso de jugo de naranja o soda regular, y después un bocadillo con leche alta en proteína y galletas saladas o medio sándwich de carne. **Si usted cree que la persona no podrá tragar, ¡NO LE DE LIQUIDOS!** En vez de eso, póngale algo dulce y concentrado, tal como azúcar o glaseado (no un dulce duro) dentro de la boca.

Si usted le da azúcar y no desaparecen los síntomas en la persona, usted entonces sabe que es alguna otra cosa (tal como una apoplejía) lo que está causando los síntomas. **No le hace daño** a la persona que le den mas azúcar si no es causa de los síntomas un nivel bajo de azúcar. Más azúcar está bien puesto que alto nivel del azúcar tiene más un rango de nivel más amplio.

También, **DEBEN DE SER JUNTOS LA INSULINA Y LOS ALIMENTOS.** Si a la persona le dan una inyección de insulina y no come, ¡puede suceder una emergencia diabética!

Lea las siguientes páginas para información acerca de hipoglucemia e hiperglucemia.

CHANGINGlife
WITHDIABETES

Hypoglycemia (Low Blood Glucose)

Some Symptoms:

Causes: Too little food or skipping a meal; too much insulin or diabetes pills; more active than usual.

Onset: Often sudden.



IF LOW BLOOD GLUCOSE IS LEFT UNTREATED, YOU MAY PASS OUT AND NEED MEDICAL HELP.

What Can You Do?



CHECK your blood glucose, right away. If you can't check, treat anyway.



TREAT by eating 3 to 4 glucose tablets or 3 to 5 hard candies you can chew quickly (such as peppermints), or by drinking 4-ounces of fruit juice, or 1/2 can of regular soda pop.



CHECK your blood glucose again after 15 minutes. If it is still low, treat again. If symptoms don't stop, call your healthcare provider.

For more information, call the Novo Nordisk Tip Line at 1-800-260-3730 or visit us online at ChangingDiabetes-us.com.

Novo Nordisk Inc. grants permission to reproduce this piece for non-profit educational purposes only on condition that the piece is maintained in its original format and that the copyright notice is displayed. Novo Nordisk Inc. reserves the right to revoke this permission at any time.

Concept developed by Rhonda Rogers, RN, BSN, CDE

© Novo Nordisk Inc. 126379R ChangingDiabetes-us.com 6/2006



Una traducción se muestra en la página siguiente.

Hipoglucemia (Bajo nivel de glucosa en la sangre)

Causas: Muy poca comida o salteando una hora de comida; demasiada insulina o pastillas de la diabetes; más activo que lo usual.

Comienzo: Muy seguido sucede de repente.

Algunos síntomas:

TEMBLOROSO	PALPITAR APRESURADO	SUDOR	
MAREADO	ANGUSTIADO	AMBRIENTO	VISTA EMPAÑADA
DEBILIDAD O FATIGA	DOLOR DE CABEZA	IRRITADO	

**SI NO SE TRATA LA GLUCOSA BAJA EN LA SANGRE,
PUEDE DESMAYARSE Y NECESITAR ASISITENCIA MEDICA**

¿Qué Puede Hacer Usted?

- REVISE el nivel de glucosa en la sangre de inmediato. Si no puede revisarlo, de cualquier manera, de tratamiento.
- INTENTE comer 3 a 4 tabletas de glucosa o 3 a 5 dulces que pueda masticar rápidamente, (tales como los de yerbabuena), o tomando 4 onzas de jugo de fruta o ½ lata de soda regular.
- REVISE de nuevo la glucosa en la sangre después de 15 minutos. Si aun esta baja, trátela de nuevo. Si no cesan los síntomas, llame a su proveedor de cuidado de salud.

Para más información, llame a NOvoNordisk Tip Line al 1-800-260-3730 o visite en línea a ChangingDiabetes-us.com.

Novo Nordisk Inc. Brinda permiso para reproducir este pedazo de información con propósitos educativos no-lucrativos solo con la condición de que permanezca en su formato original y que se expongan los derechos de autor. Nova Nordisk Inc. reserva el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento.

Concepto desarrollado por Rhonda Rogers, RN, BSN, CDE

Novo Nordisk Inc. 126379R ChangingDiabetes-us.com 6/2006



Hyperglycemia (High Blood Glucose)

Causes: Too much food, too little insulin or diabetes pills, illness, or stress.

Onset: Often starts slowly.

Some
Symptoms:



EXTREME THIRST



NEED TO
URINATE OFTEN



DRY SKIN



HUNGRY



BLURRY
VISION



DROWSY



SLOW HEALING WOUNDS

HIGH BLOOD GLUCOSE MAY LEAD TO A MEDICAL EMERGENCY IF NOT TREATED.

What Can You Do?



CHECK BLOOD GLUCOSE

If your blood glucose levels are higher than your goal for three days and you don't know why,

**CALL YOUR
HEALTHCARE PROVIDER**



For more information, call the Novo Nordisk Tip Line at 1-800-260-3730 or visit us online at ChangingDiabetes-us.com.

Novo Nordisk Inc. grants permission to reproduce this piece for non-profit educational purposes only on condition that the piece is maintained in its original format and that the copyright notice is displayed. Novo Nordisk Inc. reserves the right to revoke this permission at any time.
Concept developed by Rhonda Rogers, RN, BSN, CDE

© Novo Nordisk Inc.

126379R

ChangingDiabetes-us.com

6/2006

Printed in U.S.A.



Una traducción se muestra en la página siguiente.

Hiper glucemia (Alto Nivel de Glucosa en la Sangre)

Causas: Demasiada comida, muy poca insulina o pastillas de la diabetes, enfermedades, o estrés.

Comienzo: Muy seguido comienza lentamente.

Algunos síntomas:

SED EXTREMA NECESIDAD DE ORINAR SEGUIDO
PIEL RECECA HAMBRE VISTA BORROSA
CON SUEÑO LAS HERIDAS SANAN LENTAMENTE

LA GLUCOSA ALTA EN LA SANGRE PUEDE CAUSAR EMERGENCIA MEDICA SI NO SE TRATA

¿Qué puede hacer?

REVISE LA GLUCOSA EN LA SANGRE

LLAME A SU PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD Si los nivel de glucosa en la sangre los tiene más altos de lo que es su meta por el transcurso de tres días.

Para más información, llame a NovoNordisk Tip Line al 1-800-260-3730 o visite en línea a ChangingDiabetes-us.com.

Novo Nordisk Inc. Brinda permiso para reproducir este pedazo de información con propósitos educativos no-lucrativos solo con la condición de que permanezca en su formato original y que se expongan los derechos de autor. Nova Nordisk Inc. reserva el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento.

Concepto desarrollado por Rhonda Rogers, RN, BSN, CDE

Novo Nordisk Inc. 126379R ChangingDiabetes-us.com 6/2006

PRINCIPIOS DE CUIDADO: ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES FÍSICAS

CAPÍTULO 2 – DISCAPACIDADES Y CONDICIONES FÍSICAS: EL CEREBRO Y EL SISTEMA NERVIOSO

CONTENIDO

- A. Principios Básicos
- B. Discapacidades y Condiciones Físicas
 - 1. Lesiones en la Espina Dorsal (SCI por sus siglas en inglés)
 - 2. Lesión Cerebral Traumática (TBI por sus siglas en inglés)
 - 3. Apoplejías
 - 4. Esclerosis Múltiple (EM), (MS por sus siglas en inglés)
 - 5. Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)
 - 6. Enfermedad Parkinson
 - 7. Ataques

OBJETIVOS

1. Identificar los principios básicos de cuidado para una persona con discapacidades.
2. Identificar discapacidades físicas y condiciones comunes que tengan que ver con el cerebro y el sistema nervioso y las intervenciones terapéuticas que se usan.
3. Explicar las técnicas efectivas que se pueden usar para brindar cuidado para estos trastornos.

TÉRMINOS CLAVE

Afasia	Lesión de la Espina Dorsal (SCI)
Ataque	Lesión cerebral traumática (TBI)
Disreflexia Autónoma	Parálisis
Exacerbación	Pleja

A. PRINCIPIOS BÁSICOS

Cada persona tiene necesidades individuales

Al igual que con cualquier condición, cada individuo con una discapacidad es único, con fortalezas y retos. Personas con las mismas discapacidades tendrán diferentes necesidades. Por ejemplo, una persona con esclerosis múltiple tal vez tenga o no incontinencia. Usted debe de estudiar el plan de servicio o preguntar a su supervisor para determinar la intervención que se debe de usar con cada persona.



Intervención Terapéutica

Las intervenciones terapéuticas para personas con discapacidades físicas serán únicas para cada individuo. Intervenciones terapéuticas pueden incluir ejercicios de rango de movimiento (ROM por sus siglas en ingles), equipo médico durable (DME por sus siglas en ingles), fisioterapia (PT por sus siglas en ingles) terapia ocupacional (OT por sus siglas en ingles, terapia del habla (logopedia) (ST por sus siglas en ingles), dieta apropiada, etc. Estas intervenciones pueden ser críticas para mantener o mejorar la salud y el bienestar de la persona con discapacidades físicas.

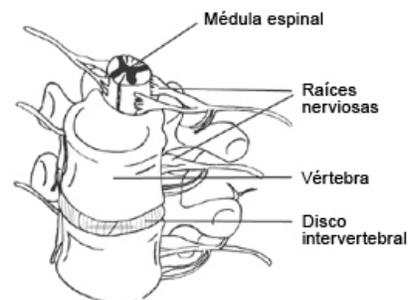
Parálisis

La parálisis es la inhabilidad de mover alguna parte del cuerpo o aun el cuerpo entero. Se pierde el sentido del tacto, usualmente como resultado de una lesión al sistema nervioso o a la espina dorsal. Las condiciones que tienen que ver con el cerebro y el sistema nervioso puede que sí, o puede que no, causen parálisis.

B. DISCAPACIDADES Y CONDICIONES FÍSICAS

1. Lesiones a la Espina Dorsal (SCI)

La espina dorsal es una cuerda larga parecida a una sogá, como del ancho del dedo meñique, la cual se extiende desde el cerebro hasta la cintura, donde se extiende como la cola de un caballo. La protegen unos huesos de nombre vertebras. Entre las vertebras, hay discos que hacen las vías de cojín. La espina dorsal es el segundo órgano más protegido en el cuerpo, después del cerebro.



Sección de la espina dorsal

La espina dorsal se puede dañar fácilmente. Algunas lesiones de la espina dorsal (SCI, spinal cord injury en inglés) son el resultado de que haiga entrado algo en la columna, por ejemplo, una herida de bala. Otro tipo de lesión puede ser algo que cause presión dentro de la espina dorsal. Un ejemplo sería un tumor dentro de la columna vertebral. Otro tipo de lesión podría ocurrir al quebrarse la vertebra, lo cual puede cortar la medula.

Tipos de lesiones

Completo: Todos los nervios al nivel de la lesión están dañados. No habrá movimiento voluntario ni sensación a nivel inferior a la lesión.

Incompleto: Daño parcial a los nervios al nivel de la lesión. Puede haber algo de movimiento y /o sensación.

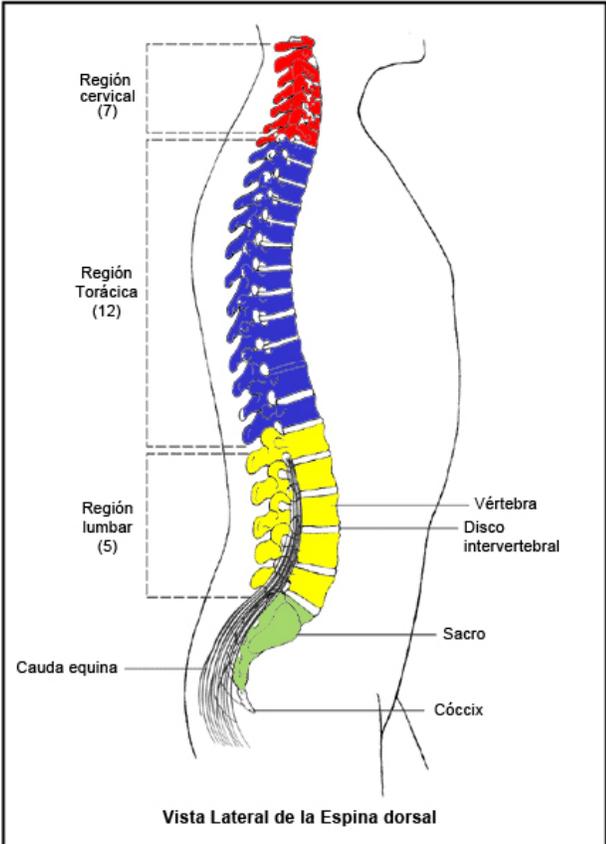
**La Espina Dorsal y
las Partes del Cuerpo/Músculos Involucrados a este Nivel de la Lesión**

CERVICAL (Cuadruplejía)
C4 - Diafragma (Resuello)
C5 - Hombros
C6 – Muñeca
C8 - Mano

TORACICO (Paraplejía con Fuerza Variable del Cuerpo Superior)
T2 a T7 – Músculos del Pecho
T9 a T12 – Músculos Abdominales

LUMBAR (Paraplejía)
L1 a L5 – Músculos de las Piernas

SACRAL (Huesito de la Cola) - Eliminación
S2 y mas abajo – Intestino y vejiga

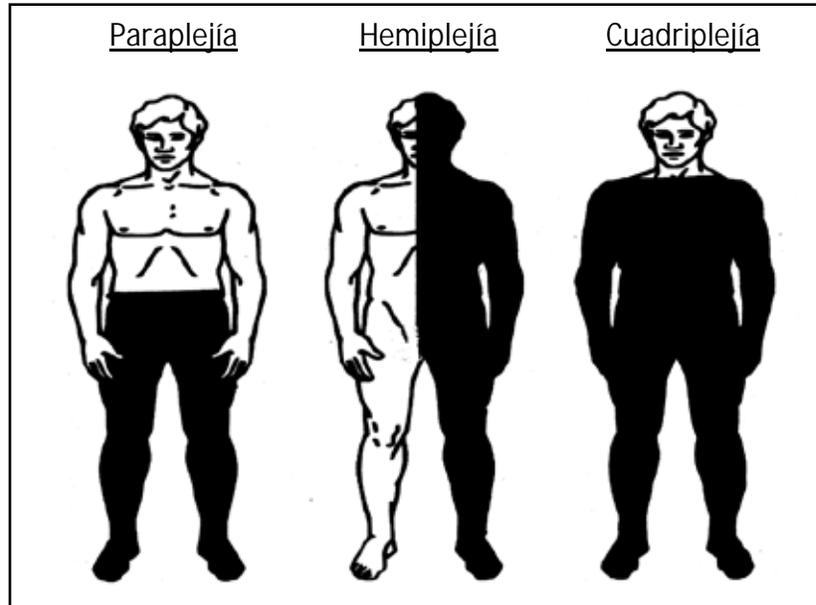


Vista Lateral de la Espina dorsal

Entre más abajo el nivel de la lesión, menos afectará al cuerpo.

Tipos de plejias o parálisis

Este diagrama muestra los tipos de parálisis (*plejias*). Diferentes partes del cuerpo humano están paralizadas en cada categoría específica de plejia. Hemiplejia se asocia más seguido con una apoplejía.



Disreflexia Autónoma (hiperreflexia)

La Disreflexia Autónoma (AD) es un trastorno de emergencia médica. Causa extrema alta presión de la sangre como resultado de un estímulo inferior al nivel de la lesión. **¡Esto puede causar una apoplejía!** Generalmente les ocurre a las personas que tienen una lesión a T-6 o superior.

Por qué sucede esto

Cuando ocurre esto en un cuerpo que no se ha lesionado, los vasos sanguíneos se dilatan y sube la presión de la sangre. El cerebro manda mensajes para bajar la presión de la sangre y mantener el balance del cuerpo. En una persona con un SCI, esos mensajes no pueden pasar más allá del nivel de la lesión. Entonces la presión de la sangre sube incontrolablemente. Este aumento de la presión causa señales y síntomas de que algo está mal.

Síntomas

- Dolor punzante de cabeza.
- Sudor profuso (a nivel superior de la lesión).
- Congestión nasal y constricción de la pupila.
- Se enchina el cuero /escalofrió.
- Lento palpitar cardiaco (la respuesta del cerebro a la alta presión de la sangre BP).
- Cambios en la vista (ver manchas, vista borrosa).
- Angustia, aprehensión.
- Rubor en la piel (a nivel superior de la lesión).

Causas

Las causas de AD son variadas. Básicamente, es cualquier estímulo a nivel inferior de la lesión. Aunque esta no es una lista completa, enseguida hay algunas de las causas:

- Vejiga llena, distendida o infectada (revise la sonda del catéter que no haya bloqueo).
- Intestino bloqueado (estreñimiento).
- Ulceras de presión.
- Huesos rotos, cortadas severas.
- Dolores del parto, cólicos menstruales.
- Temperatura extrema, quemadas con el sol.
- Ropa apretada
- Estrés.
- Uña enterrada del pie.

Qué hacer

- Que tome asiento inmediatamente la persona, o elévele la cabeza a 90 grados. Esto reduce la presión de la sangre.
- Determine la causa.
- Si no puede determinar la causa ¡BUSQUE AYUDA! Llame o vaya al hospital. Este al tanto de que no todos los proveedores saben de AD. Es muy buena idea cargar una tarjeta de identificación, la cual lo explica.

¡Las personas paralizadas pueden CARGAR UNA TARJETA! ¡Puede salvar una vida!

Enseguida hay un ejemplo de una tarjeta que puede cargar la persona en la billetera. Ponga el nombre de la persona en el espacio abajo de "PARA DISREFLEXIA AUTONOMA". Avíseles a los miembros del equipo de cuidado de salud, y las personas de contacto, que la persona tiene esa tarjeta. Úsela junto con el personal médico para instrucciones del cuidado de urgencia.

<p>ALERTE MEDICA PARA LA DISREFLEXIA AUTONOMA</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Es sujeto al síndrome mencionado. Este es un problema médico muy serio que le puede ocurrir a la persona que tiene lesión de la columna en el 6º nivel superior torácico. La cause del síntoma de disreflexia autónoma (AD por sus siglas en ingles) puede ser por varios tipos de estímulo debajo del nivel de la lesión a la espina dorsal, pero las causas más comunes de una emergencia son: (1) vejiga llena o espástica o (2) distensión del intestino (usualmente por heces en el recto). AD severo es una emergencia médica la cual, si no se da tratamiento apropiadamente, puede resultar en hemorragia en los vasos cerebrales (apoplejía).</p> <p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor punzante de cabeza • Rubor de la piel y sudor en la parte superior al nivel de la lesión • Sube la presión de la sangre (tan alta hasta 250/150), pulso lento • Apreensión/angustia • Cambio en la vista, borrosa o con manchas. • “Cuero erizado” 	<p>Tratamiento Medico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se necesita tratamiento médico si después de las medidas mencionadas no se está resolviendo el episodio de AD. Pregunte al paciente si tiene su propio suministro de algunas de las medicinas de AD. Si no, transporte al paciente a una sala de emergencia lo más pronto posible. 2. Si no se está resolviendo el episodio de AD y/o la presión de la sangre llega a 160 sistólico, dele al paciente 10 mg de Nifedipine sublingual. Dígale al paciente que reviente la capsula de una mordida y la detenga bajo la lengua. Se puede repetir la dosis de Nifedipine después de 15 minutos si no hay cambio en la presión de la sangre. 3. Continúe buscando causas para el AD buscando por todo el cuerpo del paciente. Otras causas incluyen fracturas, llagas y ropa apretada. 4. Tratamientos alternativos (si no hay Nifedipine disponible o si no funciona): <ol style="list-style-type: none"> a. Ungüento de Nitroglicerina: 1 pulgada en el pecho o la espalda. Si no se soluciona en 15 minutos, agregue otra pulgada. b. La presión de la sangre considerablemente elevada que no se soluciona con las medidas mencionadas debe de tratarse con Apresoline (20mg/1cc) intravenosa. Inyecte 0.5cc DESPACIO. Puede repetir la dosis después de 15 minutos si no responde. 5. La presión de la sangre se puede bajar sin peligro a 90/60, lo cual es típico para un cuadripléjico en postura sentado. 6. Después de un episodio de AD, no es fuera de lo común que suceda otro episodio, o rebote, por lo que se debe de vigilar la presión de la sangre cada 30 a 60 minutos durante las siguientes 4 a 5 horas.
<p>Que hacer: (Primeros Auxilios)(La mayoría de estas medidas son para el personal de emergencia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Siente al paciente 8. Vacíe la vejiga. <ol style="list-style-type: none"> c. Si tiene catéter, revíselo que no esté retorcido o doblado. Si el catéter está tapado, no intente irrigarlo. Cambie el Foley usando gel Lidocaína para lubricarlo. d. Si no tiene catéter, póngale uno usando el gel Lidocaína para lubricarlo. No crede (empuje) la vejiga. 9. Si no baja la presión de la sangre ya vaciando la vejiga, y hay heces en el recto, ponga gel de Lidocaína en el esfínter anal y espere tres minutos. Después, usando guantes, con un dedo lubricado con Lidocaína, saque las heces suavemente del recto. 	

c d

La Vida con Una Lesión en la Columna Vertebral

Mi nombre es Gregg y el 1993 me convertí en cuadripléjico en un accidente de tránsito. Después de diez meses en el hospital, me fui a un centro de vida independiente en Minneapolis. Allí aprendí a vivir lo más independiente que me era posible antes de mudarme de nuevo a las normas de la vida. El programa de rehabilitación incluía fisioterapia para aumentar mis fuerzas, y terapia ocupacional para encontrar dispositivos adaptivos para poder yo llevar a cabo las tareas de rutina tales como escribir, mecanografía, afeitarme, cocinar, abrir las puertas con llave y otras actividades de la vida cotidiana. Después de siete meses de rehabilitación, me mude a un apartamento donde tenía un asistente viviendo conmigo, pero un par de años después, comencé a vivir yo solo hasta hoy. Me gradué del colegio y después me mude a Arizona el 2002. Actualmente recibo mi cuidado de asistencia por medio de Arizona Long Term Care System.

Hago lo posible por mantener mi independencia lo más que puedo, pero hay cosas que alguien tiene que ayudarme a hacer, o hacerme. Un día típico comienza al llegar mi asistente y ayudarme a levantarme de la cama. Ella entra a mi apartamento y abre las cortinas, y después de permitirme un minuto o dos para quitarme las lagañas de los ojos, comenzamos los procesos: escala de movimiento en mis piernas / cambiar y limpiar mi bolsa nocturna a una en la pierna durante el día / cambiarme a la silla para bañarme y llevarme al baño / programa de cuidado del intestino /baño /traslado a la cama de nuevo /vestirme / trasladarme de nuevo a la silla de ruedas / desayuno y preparación de la comida / a veces lavar la ropa. Mi programa de cuidado del intestino es cada tercer día, así es que los otros días me visto enseguida y me traslado a la silla de ruedas sin tener que bañarme. Durante mi programa de cuidado del intestino (aproximadamente 50 minutos), mi asistente hace limpieza de casa: aspira, sacude, alza los platos del lavaplatos, tiende la cama/cambia las sabanas, y otras tareas necesarias. Yo mismo me afeito y me cepillo los dientes, pero mi asistente me acomoda las cosas y después limpia y las alza cuando termino. Ahora ya es hora de planear/preparar la comida y el agua del día. Tengo tres garrafones de agua llenos que alcanzo fácilmente. Me gusta cocinar, pero el picar, rebanar y cortar no es fácil para mi, así es que mi asistente prepara las cosas que necesito. Si quiero cocinar una hamburguesa en mi asador George Forman, por ejemplo, mi asistente rebana los tomates, la cebolla, y la lechuga y los pone en un traste en el refrigerador con una torta de carne molida. Lo único que tengo que hacer es freír la carne molida y juntarlo todo para completar un sándwich. Y no hay que olvidar que entre hacer todas estas cosas, algunos días necesito que me laven la ropa y la sequen.

Alguien me tiene que acostar por las noches. Mi asistente me pasa a la cama, me desviste, conecta la bolsa de drenaje nocturna y limpia la bolsa de la pierna, hace la escala de movimientos en mis piernas y me acobija, y si tengo suerte, me canta o me cuenta una historia al acostarme.

Mi asistente es una persona MUY IMPORTANTE. Dependo el 100% en que él o ella vendrán a levantarme de la cama por la mañana. Si nadie viene o viene tarde, no me queda otra más que esperar. Así es que tengo que confiar en que mi asistente ESTARA AQUÍ cuando espero que este. Lo mismo por la noche al acostarme. Si nadie viene o viene tarde, no me queda más que esperar sentado en mi silla de rueda.

Gregg, una Persona con Cuadriplejia

b a

Ajuste psicológico

Una persona con un SCI pasará por un ajuste físico y psicológico. No hay un transcurso de tiempo dado para este proceso; ni tampoco hay un patrón específico de cómo lo sobrellevará la persona. Seguido se ve a la persona sentir las fases del proceso de pensar profundamente. Su papel como asistente es vital. Dele cuanto apoyo le sea posible. Sea honesto con la persona. Es bueno que la persona vea hacia el futuro, pero recuérdelos que se enfoquen en donde están ahora, física y emocionalmente.

Recuerde, una persona con un SCI aún tiene talentos y habilidades que ofrecer. Usando equipo adaptivo, modificando el medioambiente, etc., pueden ayudar a la persona con SCI a utilizar las habilidades que poseen. El cambio de la habilidad física de nuestro cuerpo a veces nos da la idea de que ya no tenemos qué ofrecer. Todo es un proceso en que la persona aprende cómo expresarse de Nuevo.

Cuidado del intestino y manejo de la vejiga

La meta de un programa de cuidado del intestino es la de establecer el vaciar el intestino con regularidad y prevenir accidentes vergonzosos de evacuación del intestino. Un programa de cuidado del intestino rutinariamente consiste de introducir un supositorio y después la estimulación digital. Un programa de cuidado del intestino usualmente se establece tres veces por semana, pero varea de cliente en cliente.

Nota: La mayoría de las agencias no permiten a los DCWs que introduzcan un supositorio o hagan la estimulación. Pregunte a su supervisor para determinar sus responsabilidades en el trabajo. Los DCWs pueden limpiar después de que una persona calificada pone el supositorio y hace la estimulación.

a. Control y cuidado de la vejiga

Catéter intermitente: Un catéter introducido cada 2-4 horas directamente en la vejiga por la uretra permitiendo que se vacíe la vejiga.

Catéter Permanente: Un catéter introducido por la vejiga que permanece adentro de la vejiga.

Catéter Supra-púbico: El catéter se introduce en la vejiga por la base inferior del abdomen.

Catéter Externo: También conocido como condón, Texas o catéter búfalo.

- Cambien todos los días (se cambia más fácil si el pene está más o menos recto).
- Lave bien la piel para quitar la goma y el orín viejo.
- Seque completamente la piel.
- Corte el bello que se puede pegar en la goma del catéter.



2. Lesiones Cerebrales Traumáticas (TBI)

Una lesión cerebral traumática (TBI, traumatic brain injury en inglés) puede ocurrir cuando una fuerza impacta el cerebro severamente. Trauma cerebral puede ocurrir no solo por la fuerza de la lesión, pero también por aumento de presión debido a la inflamación que sucede después de la lesión. TBI es la causa mayor de muerte y discapacidad en el mundo, especialmente en niños y adultos jóvenes. Las causas incluyen caídas, accidentes de tránsito, y violencia. Medidas preventivas incluyen tales cosas como cinturones de asiento y cascos para motocicletas y deportes. Programas para reducir la cantidad de accidentes, tales como programas de educación de seguridad y el que se apliquen las leyes de tránsito también promueven la prevención.

TBI puede causar problemas múltiples físicos y mentales. El tipo y lo severo depende de donde este la lesión y la cantidad de cerebro involucrado. Los resultados pueden ser de recuperación completa a discapacidad permanente o muerte. Una lesión del cerebro puede afectar no solo los movimientos del cuerpo, sino que también todas las funciones controladas por el cerebro, tales como el juicio y el habla.

3. Apoplejías

Las apoplejías, también conocidas como accidentes cerebro vasculares (CVA) o ataques del cerebro, puede causarlos un bloqueo arterial o hemorragia dentro del cerebro. Daño al cerebro ocurre cuando el fluido sanguíneo al cerebro, o dentro del cerebro es interrumpido. Sin oxígeno, las células cerebrales mueren. El lugar de estas células dañadas determinará los síntomas o la severidad de la apoplejía.



Las señas y síntomas de una apoplejía incluyen el habla arrastrada, que se caiga un lado de la cara, alteraciones de la vista, falta de coordinación o parálisis de las extremidades.

Existen dos tipos de apoplejías:

- Vasos sanguíneos pueden derramar sangre en los tejidos alrededor. La causa de esto puede ser una pared arterial debilitada (aneurisma) o por trauma.
- Hay bloqueo del fluido sanguíneo por causa de un coagulo o formación de placa.

Si la causa es por un bloqueo, se le puede dar una medicina dentro de las primeras tres horas (según las pautas de la Asociación Americana del Corazón) que reduciría muchísimo los efectos de la apoplejía. Si la causa es por derrame de sangre, la misma medicina puede causar más derrame y posiblemente la muerte.

Es muy importante llevar a la persona a la sala de emergencia para tratamiento dentro de las dos horas a principios de los síntomas. Se ha comprobado que se puede disminuir o hasta revertir el daño si se recibe tratamiento dentro de dos horas.

Posibles efectos de una apoplejía

- Parálisis.
- Pérdida de la memoria.
- Deficiencia de juicio.
- Afasia (dificultad para expresarse uno mismo).
- Depresión.
- Inestabilidad emocional.
- Ataques.

Después de una apoplejía, es importante que la persona reciba terapia **lo más pronto posible** para disminuir los efectos del deterioro y para aprender cómo manejar ADLs con el deterioro. El asistente de cuidado puede ayudar a hacer y seguir esos arreglos.

El asistente de cuidado también puede ayudar a la persona a ser lo más independiente posible, y a permitirle suficiente tiempo para funcionar independientemente. Esto ayudará a disminuir la depresión.

4. Esclerosis Múltiple

La esclerosis múltiple (MS, multiple sclerosis en inglés) es la enfermedad del sistema nervioso central más común entre adultos jóvenes en los Estados Unidos. El sistema nervioso central funciona como una caja de fusible, mandando mensajes eléctricos por medio de los nervios a varias partes del cuerpo. Estos mensajes controlan todos nuestros movimientos conscientes o inconscientes. La mayoría de los nervios fibrosos sanos están cubiertos por una *capa de mielina*, una sustancia grasosa que ayuda a fluir los mensajes. En MS, se deteriora la mielina y la reemplaza esclera, o tejido cicatricial (*esclerosis*). Esto distorsiona o hasta bloquea el flujo de mensajes en la vista, el caminar y el habla, etc. La esclerosis múltiple no es una enfermedad mental, contagiosa o prevenible o curable. La enfermedad es progresiva, aunque el daño al sistema nervioso central ocurre a diferentes niveles en diferentes personas.

Síntomas

- El ver doble o movimientos involuntarios de los ojos.
- Parálisis parcial o completa en cualquier parte del cuerpo.
- Temblor en las manos.
- Pérdida del control de la vejiga o el intestino.
- Tambaleándose o pérdida del balanceo.
- Problemas con el habla, tales como el arrastrar de las palabras.
- Debilidad o cansancio inusual.
- Pérdida de coordinación.
- Entumidas o sensación de hormigueo.
- El obvio arrastrar de los pies.

Causas

- *Ataque vírico:* MS lo pueden causar virus de acción lenta o pueden ser una reacción atrasada a un virus común.
- *Reacción Inmunológica:* MS puede involucrar una reacción auto-inmunológica en la cual el cuerpo ataca sus propios tejidos por equivoco.
- *Combinación:* Cuando los virus invaden el cuerpo, se apoderan de células del cuerpo. El sistema defensivo del cuerpo puede confundirse porque algunos virus se apoderan de partes de las células y puede atacar a ambas, células del cuerpo y células víricas.

Es mucho lo que no se sabe de MS, y no se puede predecir la posibilidad de desarrollar la enfermedad. Sin embargo, hay un patrón que indica quien corre más la posibilidad de desarrollarlo:

- *Adultos jóvenes:* Los síntomas aparecen usualmente entre las edades de 20 a 40.
- *Mujeres:* Un poco más mujeres que hombres desarrollan MS.
- *Personas en lugares con estándar superior de salubridad:* Tal vez personas en estos lugares no estén expuestas a algunos factores que ayudarían a desarrollar inmunidad a MS.

Exacerbación (recaída)

Este término se usa a menudo con MS, queriendo decir que el cliente ha vuelto a recaer. *Esclerosis múltiple con recaídas y remisiones* es una forma de EM en la cual los síntomas recaen y luego mejoran o desaparecen. Este patrón de recaídas y remisiones surge en cada principio de la enfermedad y puede durar por varios años.

Para más información por favor comuníquese con la Sociedad de Esclerosis Múltiple, Sucursal de Arizona: (480) 968-2488.

5. Esclerosis lateral amiotrofica (ELA)

También conocida por la enfermedad *Lou Gehrig's*, esclerosis lateral amiotrofica (ALS por su siglas en inglés) es un deterioro progresivo de ciertas células nerviosas cerebrales y de la columna vertebral llamadas *neuronas de motor*. Las neuronas de motor controlan los músculos voluntarios, los cuales son los que permiten el movimiento. No se conoce la causa de ALS. Los síntomas de ALS al principio son la debilidad de una pierna, una mano, la cara y la lengua.

ALS es una enfermedad progresiva y debilitante. ALS afecta el caminar, el habla, comer, tragar, respirar y otras funciones básicas. Estos problemas pueden resultar en lesiones, enfermedades (neumonía, por ejemplo) y otros trastornos. La persona diagnosticada con ALS necesita tomar decisiones en cuanto a tratamiento o la falta de este al progresar la enfermedad. En las primeras etapas, el tratamiento puede incluir el uso de un bastón, silla para el baño, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia para el habla y

medicinas. Al progresar la enfermedad, será necesaria la ayuda para respirar con un ventilador y será necesario alimentarse por medio de sondas.

6. Enfermedad Parkinson

La enfermedad Parkinson está relacionada a un desequilibrio de químicas en el cerebro. Las células que fabrican una química cerebral llamada dopamina, la cual ayuda a controlar los movimientos de los músculos, son lentamente destruidas. Los síntomas pueden incluir movimientos rígidos (congelados), temblor, falta de balance y coordinación y pérdida del control facial (sin expresión facial). Las medicinas pueden ayudar a controlar los síntomas, pero la enfermedad empeora con el tiempo.

- La persona puede tener problemas para masticar, tragar o hablar.
- Puede causar demencia.
- La falta de expresión facial no quiere decir que no comprende.

7. Ataques epilépticos

Los ataques epilépticos los causan señales eléctricas anormales imprevistas en el cerebro. La mayoría de las personas piensan que los ataques son un temblor incontrolable del cuerpo y que la persona no sabe lo que está sucediendo. Después de un ataque, la persona por lo general está confundida, cansada y a veces con músculos adoloridos por los espasmos. Puede haber lesiones por la caída, pegar contra objetos o morderse la lengua o las mejillas.

Hay dos tipos de ataques epilépticos:

- *Focal*: Ataque a un lado del cerebro, causando espasmos leves del cerebro. La mirada del cliente parece vacía, no responde cuando le hablan o lo tientan, cierra los ojos o parece no enfocar la mirada.
- *Generalizado*: Efecto anormal de señal en ambos lados del cerebro. Usualmente, con este tipo de ataque la persona se pone rígida con movimientos convulsivos, luego se relaja y no responde. La persona comienza a responder gradualmente pero necesita la tranquilicen en cuanto a lo sucedido. La persona también puede perder el control de la vejiga.

Ambos tipos de ataques usualmente duran de 30 segundos a 1 minuto. A los clientes que tienen ataques se les debe de permitir el movimiento libre. No intente detenerlos o sujetarlos de ninguna manera, o meterles algo en la boca. El trabajador de cuidado debe protegerle la cabeza para que no pegue en el piso y alejar de la persona los objetos que pueden causarle daño.

Los ataques que duran más de cinco minutos, los ataques múltiples (varios episodios uno tras otro), o los clientes que no despiertan después, son causa para atención médica inmediata.

c d

Brindándole cuidados a mi hijo, Corey, quien tiene una lesión cerebral traumática

Cuando una asistente personal tiene la oportunidad de trabajar con un cliente que tiene necesidades de cuidado intensivo, le puede ser útil conocer varias cosas con anticipo.

Nuestro hijo, Corey, es uno de esos clientes con necesidades intensivas. Corey tuvo un accidente de tránsito y quedó con una lesión cerebral traumática severa (TBI). Corey se atiende completamente para todas sus necesidades. Corey no puede hablar pero puede parpadear con los ojos para “sí” y “no”. Corey comprende todo lo que sucede a su alrededor. Corey tiene una silla de ruedas y se atiende al asistente para que lo acomode y lo mueva.

El cuidar de alguien como Corey, quien entiende todo, no se puede comunicar verbalmente, y quien depende completamente de alguien más, puede ser, no solo sumamente agotador física, mental y emocionalmente para el asistente, también puede ser desafiante. Es prudente que un asistente cuide de alguien como Corey parte del tiempo y a un cliente verbal el resto de la semana. Un buen ejemplo sería el cuidar a un cliente con quien se relaciona verbalmente por la mañana, y cuidar de un cliente de cuidado intensivo, como Corey, en la tarde (o vice y versa). De esta manera el asistente no se agota, ni se siente exhausto mental y emocionalmente, ni se siente aislado. Este arreglo también es bueno para el cliente que está en la situación de Corey, porque estos clientes de cuidados intensivos necesitan estimulación y variedad en sus vidas, puesto que es más improbable que salgan y estén entre la gente, ellos mismos llegan a sentirse aislados.

Hay varias cosas que considerar acerca del hogar/la familia en la cual vive el cliente de cuidado intensivo. Una, es probable que haya mucho estrés por la alta cantidad de necesidades del cliente. La familia se privará de dormir levantándose toda la noche para cuidar a su ser amado. Habrá momentos de temperamento y momentos emocionales para la familia por lo que le ha sucedido al ser amado, y cómo ahora tienen que manejar el cuidado del ser amado (necesidades médicas, etc.). Otra razón para el estrés familiar es que ahora tal vez hay pérdida de ingresos ahora que se tienen que quedar en casa con el ser amado. También, ahora la familia tiene que tener en casa a una persona más que no es familiar. El asistente nunca debe de tomar el temperamento familiar personalmente. Esas cosas son el resultado de lo que le pasa a la familia.

El asistente tiene que reconocer que si la familia está ocupada, ya sea trabajando o haciendo tareas caseras, ellos no están ignorando a su ser querido. Mientras el asistente está allí, es la única vez que la familia puede trabajar y hacer todo lo que se necesita hacer, porque cuando no está el asistente, la familia vuelve a cuidar de lleno al cliente, su ser amado.

Es más, el asistente debe de procurar no interrumpir a los familiares (con pláticas o sus cosas personales), al menos de que el cliente necesite algo que no pueda esperar o es tiempo de que los familiares le administren necesidades médicas o le alimenten por medio de sonda, etc.

El asistente debe de poseer la habilidad de hablar con el cliente todo el tiempo a pesar del hecho de que el cliente no le puede responder verbalmente. Al conocerse mejor el asistente y el cliente, el asistente entenderá otras formas de comunicación que usa el cliente, pero todavía necesita hablarle todo el tiempo. Yo sugeriría que el asistente se pregunte a sí mismo, “¿Aguanto con esta situación de cliente?” “¿Aguanto yo con no escuchar que me hable el cliente?” Si el asistente no aguanta, que no acepte el trabajo. El entrenar a un asistente nuevo toma mucho tiempo a la familia y es duro emocionalmente para el cliente porque se apega mucho al asistente.

Se necesita una persona especial para desempeñar este trabajo. Los que hacen este tipo de trabajo intensamente emocional son una bendición para los clientes y sus familias. Oramos todos los días por la bendición de los asistentes.

Theresa Buhr, madre de Corey

b a

PRINCIPIOS DE CUIDADO: ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES FÍSICAS

CAPÍTULO 3 – TRASTORNOS PSICOLÓGICOS/EMOCIONALES

CONTENIDO

- A. Impacto Emocional de Enfermedad Crónica o Discapacidad
- B. Impacto Emocional al Envejecer
- C. Angustia
- D. Depresión
- E. Adicciones y Adultos Mayores
- F. Recursos

OBJETIVOS

1. Identifique trastornos psicológicos y cognitivos comunes.
2. Describa los problemas de conducta, comunicación y seguridad asociados con estos trastornos.
3. Explique las técnicas efectivas para tratar estos trastornos.

TÉRMINOS CLAVE

Adaptación	Trastorno de Angustia
Depresión	Trastorno de Pánico
Fobia	Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD por sus siglas en inglés)
Psicológico	Zona de Comodidad
Punto de Vista Integral	
Suicidio	

A. IMPACTO EMOCIONAL DE ENFERMEDAD CRÓNICA O DISCAPACIDAD FÍSICA

Mucho del impacto de una enfermedad crónica o discapacidad física tiene que ver con la adaptación. El adaptarse a no sentirse bien, a actividades y capacidades disminuidas, y cambios en prioridades, economía, auto-imagen y relaciones pueden surgir todas a la vez. La adaptación no es solamente para las primeras etapas de una enfermedad. Hay una necesidad continua para un cambio emocional y mental al tornarse más evidentes los cambios físicos.

Una enfermedad o discapacidad crónica muy seguida produce sentimientos de incapacidad, frustración, desaliento, o gran tristeza. Es común sentir resentimiento por estar enfermo o necesitar la ayuda de los demás y aflicción por la pérdida, por los aspectos múltiples de la pérdida. A pesar de la enfermedad, hay un componente emocional poderoso el cual contribuye a la necesidad de apoyo y cuidado físico y emocional.

El bienestar emocional de una persona enferma y/o mayor tiene un impacto mayor y marcado en los síntomas físicos bajo el estrés. Como se relacionan exactamente las emociones, la mente y el cuerpo físico, claro, es una duda compleja. El mejorar el bienestar emocional puede controlar ciertos síntomas en algunos tipos de enfermedades crónicas o serias.

La actitud acerca de enfermedades también puede afectar la adaptación. Al cambiar los pensamientos y las emociones, muy seguido también cambian los síntomas físicos. Aun cuando los síntomas físicos permanecen igual, sin embargo, la actitud del cliente acerca de estos puede ayudar o dañar el proceso de la enfermedad. Por ejemplo, la persona puede ver sus enfermedades de una manera nueva y más llevadera. La calidad de vida en general puede ser mayor entre menos piensa la persona en el impacto de la enfermedad en su vida, aunque los síntomas no cambien.



El DCW debe de recordar tratar las necesidades emocionales, así como las físicas, del cliente bajo su cuidado.

Proveyendo cuidado y apoyo integral

Hay una conexión definitiva entre la mente y el cuerpo – una afecta a la otra. Aumentado el interés de los profesionales de cuidado de salud en el punto de vista *integral* para proveerle cuidado al cliente tomando en cuenta sus necesidades emocionales, físicas y espirituales al brindarle el cuidado. Integral quiere decir tomando en cuenta el sistema total en vez de en partes separadas. La medicina integral se preocupa por el cuerpo y la mente y la influencia que tiene uno sobre la otra.

Los clientes deben sentir que las circunstancias y sus sentimientos se aprecian y los entiende el DCW y el equipo de cuidado sin juzgarlo o criticarlo. Si los clientes sienten que la atención y el servicio que se les brinda son genuinamente de corazón y formado según sus

necesidades, es más probable que comiencen a tener fe y confianza en el trabajador de cuidados y la agencia en su totalidad.

Una mala salud psicológica y emocional daña los resultados de una salud física. Se ha comprobado por medio de estudios que hay una conexión entre estrés emocional elevado y enfermedad de arteria coronaria. La depresión, el estrés, ira y emociones negativas en general están asociados arduamente con el incremento de problemas físicos. Es importante que el DCW tenga un punto de vista integral del cliente para poder intentar tratar las necesidades emocionales, físicas y espirituales al brindar el cuidado. Por ejemplo, no es solamente bañar al cliente, sino que también comprender que al cliente le puede dar vergüenza, pena la tarea. El DCW debe de tener una actitud digna y gentil para tratar las necesidades físicas y emocionales del cliente al bañarlo.

B. IMPACTO EMOCIONAL AL ENVEJECER

Ocurren varios cambios al envejecer el cuerpo. La manera en que la persona percibe esos cambios puede afectar su perspectiva para “los años dorados”.

Las personas envejecen diferente y piensan diferente acerca del envejecer. Aunque existen diferentes retos al envejecer, a menudo se pueden tratar con pasos sencillos que mejoran la comunicación y forman un medioambiente más seguro, fácil y llevadero para la persona mayor. La existencia de un trabajador de cuidados eficiente y efectivo puede ayudar a facilitar el que las personas puedan vivir independientes en sus casas lo más que sea posible.

Impacto Físico	Impacto Emocional
<ul style="list-style-type: none"> • El nivel de energía disminuye, menos active, sube de peso. • Se deteriora el sistema del cuerpo. • Perdida de Sensores (oído y vista) disminuye el movimiento seguro y la comunicación. • Cambios externos: se arruga la piel y se vuelve frágil, canas. • Cambios en la masa y la fuerza de los huesos, caídas resultan en lesiones serias la mayoría de las veces. • Sensibilidad a las aromas, cambios de luz y medicinas causada por los cambios en los sistemas del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden disminuir los intereses en pasatiempos /eventos. • Temor a la muerte/aumenta las necesidades religiosas. • Se rechazan compromisos sociales, aislamiento conduce a la soledad. • Los efectos físicos al envejecer pueden tener un impacto significativo mentalmente, pueden recurrir a cirugía plástica, etc. • Lo vulnerable puede afectar la comodidad, angustia, fe en los extraños. • La angustia por lo perdido puede crear depresión severa; independencia, seres amados, mascotas, trabajo, etc. • Vergüenza y pena con los trastornos (incontinencia, dependencia, enfermedades percibidas como debilidades, etc.).

C. ANGSTIA

Los trastornos de la angustia incluyen:

- Trastorno de pánico.
- Trastorno de estrés post traumático (PTSD).
- Fobias específicas.
- Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD).
- Fobia social (o trastorno de angustia social).
- Trastorno de angustia generalizado (GAD por sus siglas en inglés).

Señales y síntomas

Cada trastorno de angustia tiene diferentes síntomas, pero todos los síntomas tienen que ver con temor excesivo, miedo y pavor irracional.

Problemas de conducta

Las personas con trastornos de angustia tal vez no puedan llevar el estrés de la vida cotidiana y les sea difícil funcionar. Por ejemplo, tal vez no quieran salir de sus casas o teman a las bacterias al grado de tener que lavarse las manos varias veces al día. **Algunas personas con trastornos de angustia pueden disgustarse y ponerse agresivas si las sacas de lo acostumbrado.** Esto es cierto, especialmente con una persona con demencia quien sufre de trastorno de angustia.

Técnicas de comunicación

Usted necesita usar una manera tranquila y segura al igual que otras técnicas de comunicación. (Por ejemplo, *“Comprendo que está disgustado, pero usted estará seguro aquí.”*). Escúchelo con interés y comprensión.

Tratamiento/manejo

El tratamiento es dirigido a la causa. Si la persona tiene una fobia, el tratamiento puede ser enfocado en exponer gradualmente a la persona a lo que le causa la fobia (deseñsensibilización afectiva). La terapia también puede ayudar a la persona a tratar con lo que le causa el estrés para reducir la angustia. También pueden ayudar medicinas, incluyendo agentes anti-angustia. Sin embargo, las medicinas pueden causar adicción y tener efectos secundarios indeseables, especialmente para la gente mayor. Las medicinas se deben de usar solo bajo la dirección del profesional de cuidado de salud.

c d

“Yo no podía hacer nada sin ritos. Invadían todo aspecto de mi vida. Me inundaba el contar. Me lavaba el cabello tres veces en vez de una porque el tres era numero de buena suerte y el uno no. Me tardaba más en leer porque contaba los renglones en el párrafo. Al poner la alarma por las noches, tenía que ponerla a un numero que no sumara a un numero ‘malo.’”

*Persona con OCD – de “Trastornos de Angustia,”
Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009*

b a

D. DEPRESION

La depresión mayor es la primera causa de discapacidades en los Estados Unidos y el mundo entero. Americanos mayores son desproporcionadamente más aptos a morir por medio del suicidio. Dentro de los réditos más altos (cuando son categorizados por el género y raza) son los hombres blancos de 85 años de edad o mayores, con 59 muertes por cada 100,000 personas en el año 2000, más de cinco veces el rédito nacional de 10.6 por cada 100,000.

Signs and symptoms

- Humor persistente de tristeza, angustia o vacío.
- Sentimientos de culpabilidad, sin esperanza, inútil, pesimismo (por ejemplo, "no sé si pueda seguir adelante".)
- La pérdida de interés en los pasatiempos o las actividades que una vez nos daban placer.

Algunos síntomas se pueden atribuir a efectos secundarios de medicinas que está tomando la persona por algún problema físico. También pueden ser causa de algún otro trastorno o enfermedad que padezca la persona como enfermedad cardíaca, apoplejía, diabetes, cáncer y enfermedad de Parkinson.



La depresión NO es normal al envejecer

Síntomas de Conducta

- Mención de amenazas de muerte o de suicidio.
- Leer acerca de la muerte o el suicidio.
- Incrementa el uso del alcohol o drogas recetadas.
- No se cuida a sí mismo ni sigue las órdenes del médico.
- Almacena medicinas.
- Interés repentino en las armas de fuego.
- Abandono social o despedidas detalladas.
- Apuro por completar o editar el testamento.
- Declaraciones de suicidio.

Técnicas para la comunicación

- **Apóyelo.** Es importante que la persona sepa que usted está allí para escucharle y pasar el tiempo junto haciendo cosas que les gustan a los dos.
- **Sea concreto y directo,** aunque amable. Por ejemplo, usted puede decirle algo como, "Hoy en día no parece ser el mismo. Me he dado cuenta que está durmiendo más y no ha leído el periódico como le gustaba leerlo. ¿Está usted bien?" Tal vez se dé usted cuenta que la persona se pone a la defensiva, se le llenan los ojos de agua o se enoja. Sin

embargo, es necesario tener en mente que su interés puede ser de mucha ayuda, aunque tarde tiempo para que lo acepte la persona. Si la reacción que usted recibe es así, vuelva a tocar el tema después de algún tiempo. Tal vez usted le diga, *"Lo siento si usted se molestó con lo que le dije. Yo solo quería ayudar. Por favor, me avisa si puedo ayudarle de alguna manera."*

- **Evite el tomarlo demasiado a la ligera o confrontarlo.** Muchas personas cometen el error de intentar despabilar a la persona con depresión. Algunos lo hacen diciendo un montón de chistes y sin darles importancia a los sentimientos de la persona. Otros intentan ser duros con la persona en depresión, diciendo cosas tales como, *"tú no tienes por qué estar triste,"* o *"piensa en todas las personas que están peor que tu."* Tal forma raras veces da resultado y a veces hasta puede "salir el tiro por la culata". La persona deprimida puede sentirse peor y hasta puede enojarse.
- **Haga preguntas.** Las personas deprimidas se pueden sentir muy a menudo solas y aisladas. Usted puede decir, *"Espero y no piense que sean maleducadas mis preguntas"* o *"Por favor dígame si estoy preguntando algo muy personal,"* ¡luego haga la pregunta! Dándole la oportunidad de hablar puede ser un gesto muy valioso para ayudar a la persona deprimida.
- **Pregunte acerca de pensamientos de suicidio.** El preguntarle a la persona si ha pensado en el suicidio NO aumenta la posibilidad de que lo haga. En hecho, las personas a veces sienten alivio al poder hablar de tales pensamientos que dan miedo. Una manera de hacer esto es el repetir algo que acaba de decir la persona, y siga con una pregunta acerca de suicidio. Por ejemplo, usted podría decir algo como, *"Cuando usted dice que le dan ganas de rendirse ante la vida, ¿quiere decir que usted ha estado considerando el suicidio?"*
- **Intente encontrar ayuda. Llame a su supervisor y reporte la situación** para que se pueda hacer una referencia apropiada. Si la persona tiene pensamientos de suicidio, NO DEJE SOLA A ESA PERSONA.

Tratamiento/manejo

Las investigaciones han mostrado que ciertos tipos de psicoterapia de corto plazo son efectivos tratamientos para la depresión en la tercera edad. Sin embargo, la combinación de psicoterapia con medicinas parece proveer el beneficio máximo. En uno de los estudios, aproximadamente el 80% de adultos mayores con depresión se recuperaron con tratamientos combinados. El tratamiento en combinación también resultó más efectivo que cualquiera de los dos tratamientos solos, reduciendo el volver a recaer y la depresión.

La información fue adaptada de la página electrónica del Instituto Nacional de Salud Mental: <http://www.nimh.nih.gov/>.

E. ADICCIÓN Y ADULTOS MAYORES

La adicción es una enfermedad del cerebro, crónica y con recaídas. La persona que tiene una adicción a sustancias llega a depender de esas sustancias. Cuando deja de usar las sustancias, la abstinencia puede provocar efectos serios. Algunos de los síntomas físicos de la abstinencia son dolores de cabeza, diarrea, sudores, dolor físico, vomito y temblores.

Alcohol

El problema mayor del abuso de sustancias es el consumo de alcohol. El tomar medicinas junto con el alcohol puede causar más problemas.

Algunas indicaciones de que un adulto mayor puede tener problemas con el alcohol:

- Declive cognitivo o deficiencia en el cuidado propio.
- El no cumplir con las consultas médicas o el tratamiento.
- Hipertensión inestable o mal controlada.
- Repetidos accidentes, lesiones o caídas.
- Frequent visits to the emergency room.
- Problema gastrointestinal.
- Desvarió inesperado estando hospitalizado.
- Distanciamiento de la familia.

Un sin número de síntomas de alcoholismo en los adultos mayores son parecidos a trastornos geriátricos. El diagnóstico de alcoholismo lo debe hacer solamente un profesional capacitado y licenciado en el abuso de sustancias y tratamiento.

Medicinas recetadas y sin receta

La mayoría de los adultos mayores que usan mal sus medicinas lo hacen *sin intención*. Las personas mayores a menudo toman varios medicamentos. Tal vez no lean bien la etiqueta o no entienden las instrucciones para la dosis. Por cualquiera de estas razones, puede ocurrir una sobredosis, efectos de adicción, y reacciones adversas al combinar las drogas.

El uso involuntario de los medicamentos puede ocurrir por varias razones. A veces es porque se ha desarrollado tolerancia por el uso prolongado de la droga, o porque los efectos secundarios dan placer o son un escape al aburrimiento o el dolor. El uso involuntario puede progresar a abuso.

El DCW debe reportar todas las observaciones preocupantes en cuanto a medicinas o alcohol a su supervisor.

F. RECURSOS

- Instituto Nacional de Salud Mental, <http://www.nimh.nih.gov/>
 - Depresión: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
 - Abuso de sustancias: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/drugabuse.html#cat23>
- "Aging and Addiction, Helping Older Adults Overcome Alcohol or Medication Dependence" (*"Envejecimiento y Adicción, Ayudando a Adultos Mayores a Sobreponerse a la Dependencia al Alcohol o Medicamentos"*) Carol Colleran and Debra Jay. Hazelden, 2002. <http://www.agingandaddiction.net/alcohol.html>

PRINCIPIOS DE CUIDADO: ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES FÍSICAS

CAPÍTULO 4 – CUIDADO PERSONAL

CONTENIDO

- A. Principios básicos
 - 1. Siguiendo los Planes de Servicio
 - 2. Actividades de la Vida Cotidiana (ADLs por sus siglas en inglés)
 - 3. Dignidad y Derechos del Cliente
 - 4. Asuntos Culturales y Religiosos
 - 5. Observando y Reportando
- B. Cuidado de la Piel
 - 1. Moretones y Cortadas
 - 2. Ulceras de Presión
- C. Bañarse, Vestimento, Aspecto Personal
 - 1. Cuidado de la Piel
 - 2. Bañarse
 - 3. Cuidado del Cabello
 - 4. Vestimento
 - 5. Afeitarse
 - 6. Cuidado de las Uñas
 - 7. Cuidado de los Pies
 - 8. Cuidado Oral
- D. Aseo Personal
 - 1. Incontinencia Urinaria
 - 2. Toallitas para la Incontinencia
 - 3. Cuidado del Catéter
 - 4. Cuidado de la Ostromía
 - 5. Uso de la bacinilla
 - 6. Cuidado de la Piel Después de Hacer del Baño

- E. Dispositivos Asistenciales para el Baño
- F. Asistencia con la Comida
 - 1. Asistencia para Preparación de la Comida
 - 2. Asistencia para Comer
 - 3. Alimentando a una Persona que Batalla para Tragar
 - 4. Alimentando a una Persona con Discapacidad Cognitiva
 - 5. Animando el Apetito
 - 6. Dispositivos Asistenciales para Comer

OBJETIVOS

1. Identifique y describa las actividades de vida cotidiana y actividades instrumentales en la vida cotidiana.
2. Explique la importancia de tomar en cuenta los derechos, la dignidad y las preferencias culturales del cliente.
3. Describa las técnicas para evitar el daño a la piel y las úlceras de presión.
4. Identifique 3 a 4 características en las personas quienes pueden estar a riesgo de inquietudes de la integridad de la piel.
5. Haga una lista de las causas más comunes del agrietamiento de la piel.
6. Identifique y explique los principios básicos del cuidado personal y demuestre destrezas selectas de cuidado personal.
7. Describa como promover el funcionamiento independiente y respetar la privacidad de la persona mientras que le brinda el cuidado personal.

DESTREZAS

- Baño en la cama
- Ayudando a vestirse
- Ayudando con el cuidado oral
- Vacando la bolsa de drenaje del catéter
- Acomodándose en la bacinilla
- Ayudando a comer

TÉRMINOS CLAVE

Actividades de la Vida Cotidiana (Activities of Daily Living , ADLs por sus siglas en inglés)

Actividades Instrumentales de la Vida Cotidiana (Instrumental Activities of Daily Living, IADLs por sus siglas en inglés)

Ambulación

Aspiración

Barra para Agarrarse

Catéter

Circulación

Cuidado Perineal

Fricción

Incontinencia

Movilidad

Úlceras de Presión

A. PRINCIPIOS BASICOS

1. Siguiendo Planes de Servicio

Las personas, sus trabajadores de cuidado y los proveedores de cuidado de salud desarrollarán un *plan de servicio*, también conocido como *un plan de cuidados o plan de apoyo*. Esto es parte de un proceso de evaluación para ayuda de cuidado directo. Está basado en las necesidades y la habilidad de cada persona para funcionar y llevar a cabo las actividades. Estas se dividen en *actividades de la vida cotidiana (ADLs)* y *actividades instrumentales de la vida cotidiana (IADLs)*.

Los trabajadores de cuidado directo deben de seguir el plan de servicio en el que acordaron. Si el cliente quiere que usted haga algo que no está en el plan de servicio, usted puede estar exponiéndose y exponiendo a la agencia a ser disciplinados y/o a problemas de responsabilidad. Llame a su supervisor si se presenta tal situación. Revise los planes de apoyo y la explicación de cuidado en el manual de este curso, en el Capítulo 6 de *Principios de Cuidado; Fundamentos*.

Al comenzar el cuidado de *cualquier* persona, no le hace cual sea la condición; sea un familiar o un cliente regular, recuerde permitirle al cliente tanta independencia como sea posible. Se les debe de animar a los clientes a continuar haciendo todo lo que ellos puedan por sí mismos. El DCW debe de:

- Resistir las ganas de hacerles todo. Esto no es saludable para el cliente ni para el trabajador de cuidado directo.
- Pida al cliente/la familia que determine qué es lo que puede hacer. Ayude pero no lo haga usted.
- Provea apoyo físico y emocional. Préstese para escuchar y sea comprensivo y genuino.
- Revise el plan de servicio para instrucciones. Revise a ver si la persona es independiente, o a lo mínimo o asistencia total para las tareas.
- Continúe comunicándose con el cliente y la familia. Las necesidades y las habilidades pueden cambiar, a veces diariamente.

2. Actividades de la Vida Diaria (Activities of Daily Living - ADLs)

Las actividades de la vida diaria (ADL por sus siglas en inglés) se consideran tareas básicas del cuidado propio de la persona. Estas incluyen la habilidad para:

- Vestirse.
- Comer.
- Ambular (caminar).
- Aseo Personal.
- Encargarse de las necesidades de la higiene (bañarse, aspecto personal).

También hay *actividades instrumentales de la vida diaria* (Instrumental Activities of Daily Living - IADLs). Estas actividades son importantes para funcionar en la comunidad e incluyen la habilidad de:

- Ir de compras.
- Asear la casa.
- Manejo de las finanzas personales.
- Preparar los alimentos.
- Transporte (manejar, tomar el camión, etc.)

La ayuda del DCW con ADLs e IADLs sirve para llenar el espacio entre lo que puede hacer independientemente la persona y con lo que él/ella necesita ayuda. Pero por cada actividad que hace el DCW, el cliente tiene menos control y puede que este perdiéndose la oportunidad para ejercer los músculos y las coyunturas necesarias para la actividad.

Esta sección enfoca en las necesidades personales – los ADLs – y como brindarle ayuda para tratar esas necesidades. La ayuda con algunos IADLs (limpieza de la casa, preparación de alimentos) se menciona en el manual del curso de *Fundamentos*.

3. Dignidad y Derechos del Cliente

La responsabilidad del DCW es ayudar a la persona a mantenerles funcionando normalmente, o para compensar, o recuperar la función perdida. El DCW debe de hacerlo de manera profesional. Esto preserva la dignidad de la persona. Un ejemplo sería el no descubrir más de lo que sea absolutamente necesario de la persona al bañarlo. Una manera muy importante de preservar la dignidad es la de ofrecerle opciones.

Los *servicios individualizados enfocados en la persona* promueven los principios de opción y respeto. Por ejemplo, se les debe de permitir a las personas bañarse a la hora que quieran y como prefieran. Cada persona debe de escoger la ropa que se quiere poner. Una de las metas de servicios de cuidado personal es de proveer ayuda con un ADL, pero también con la intención de preservar la independencia, renovar y mejorar el ánimo de la persona.



Los derechos del cliente ponen énfasis en los derechos, la dignidad, respeto, opción y poder (controlar lo que pueden controlar).

4. Asuntos Culturales y Religiosos

Los DCWs deben de apreciar las diferencias culturales entre su propia cultura y la cultura del cliente. Respete la cultura de la persona y demuestre ese aprecio y respeto mientras brinda los servicios. Por ejemplo, para algunos de la religión Hindú, la higiene personal es muy importante. Se necesitan bañar diariamente, pero piensan que el

bañarse después de comer puede hacer daño. Sin embargo, no todo aquel que es hindú piensa lo mismo, así como no a todo el que tiene apellido Hispano le gusta la comida Mexicana. Para sugerencias en los asuntos culturales de la persona, **pregunte al cliente, a otros trabajadores de cuidados y a su supervisor.**

Los trabajadores de cuidado directo deben de poseer calor, empatía y autenticidad. Tal como se menciona en los *Fundamentos* del Capítulo 4, Competencia Cultural del manual de este curso, los DCWs deben de tener un sentido de compasión y respeto para las personas que son diferentes culturalmente. No basta sólo con aprender su comportamiento. Cuando la persona siente aprecio y respeto para los demás, pueden mostrar calor, empatía e intensidad.

5. Observando y Reportando

Es crítica la documentación apropiada y el reportar las tareas de cuidado persona. Para más detalles, revise el Capítulo 6, Observando, Reportando y Documentando, en los *Fundamentos* del manual del curso.



Al brindar el cuidado al cliente, tal como el bañarlo o ponerle loción en los pies, **sea muy observante** y fijese si hay cualquier cambio en la condición de la piel. Si encuentra algún cambio, lo debe de reportar y documentar inmediatamente. **Documente a quien le entregó el reporte, qué acción tomaron y los resultados de esa acción.**

Se espera que un proveedor de cuidados por paga se comunique con su supervisor, quien se comunicará con las partes apropiadas para conseguir la ayuda necesaria.

Se considera como negligencia el que usted no se comunique con nadie y puede ser razón para una investigación de abuso. Protéjase usted mismo de una responsiva o acción disciplinaria.



Documente y reporte sus observaciones.

B. CUIDADO DE LA PIEL

Los adultos mayores y las personas con inhabilidades son susceptibles a problemas de la piel por los cambios que suceden con el paso de los años. La salud de la piel también se ve afectada por trastornos médicos, dolor, depresión, confusión y/o lesiones. Es crítico que un DCW revise rutinariamente la piel del cliente para ver si hay algún cambio, y si los hay, reportarlos al supervisor. La intervención a tiempo es de lo más importante para mantener la salud del cliente y disminuir la responsabilidad del DCW y la agencia.



Comuníquese con su supervisor antes de tomar alguna acción en cuanto a los problemas de la piel.

1. Moretones y Cortadas

Un *moretón* es una lesión muy común en la piel que resulta en una mancha descolorida. Los vasos sanguíneos profundamente debajo de la piel se dañan y la sangre se acumula junto a la superficie de la piel, resultando a la vista, como una mancha negra o azul.

- Los moretones inexplicables que ocurren fácilmente, o aparentemente sin razón alguna, indican un trastorno sanguíneo, especialmente si junto con los moretones sangra también la nariz o las encías. **Avise a su supervisor.**
- Los moretones en los adultos mayores ocurren frecuentemente porque la piel se ha vuelto más delgada con la edad. Los tejidos que protegen los vasos sanguíneos se han tornado más frágil.

Una cortada, o *laceración*, se refiere a una herida en la piel. Usualmente usted puede parar la sangre aplicando presión directamente sobre la herida con un trapito limpio (o con gaza). Si la cortada está en una extremidad, tal como un brazo o una pierna, puede elevar la extremidad. Lavando alrededor de la herida con agua y jabón reduce el peligro de infección. Cubra la herida con una venda adhesiva. Dependiendo de la política de la agencia, tal vez usted necesite reportarlo a su supervisor.



¡Recuerde usar guantes SIEMPRE y CADA VEZ que este expuesto a sangre!

2. Ulceras por Presión

Ulceras por presión, también llamadas llagas por presión, llagas por la cama o úlceras decubitus, son lesiones que causa la presión continua resultando en daño a los tejidos subyacentes. La presión comprime los tejidos disminuyendo la circulación. Esto puede causar la reducción de oxígeno y nutrientes y finalmente elimina del tejido. Las partes con más problemas son las partes huesudas, (ag., la rabadilla, talones y codos). Las razones de presión más comunes que resultan en úlceras son:

- Sentado o acostado en una postura durante demasiado tiempo.
- El rose de yeso, muletas, abrazaderas o frenillos.
- Sabanas arrugadas o ropa que no queda a la medida.

Etapas del daño a la piel

- **Etapas I:** Más bien en la superficie de la piel, lo indica el área rojiza que no regresa al color normal de la piel 20-30 minutos después de aliviar la presión. La piel permanece intacta. En las personas de piel más oscura, los indicadores pueden ser la descoloración de la piel, piel tibia, edema (inflamación por acumulación de líquidos), o endurece el área.
- **Etapas II:** Hay daño grosor parcial a la piel, afectando la capa superior de la piel (epidermis) y la capa directamente debajo (dermis), o ambas. La úlcera parece una abrasión o ampolla.
- **Etapas III:** Esto tiene que ver con el grosor total de la piel, extendiéndose hasta los tejidos subyacentes. Esta capa de tejido de la piel más profunda puede tener un suministro sanguíneo relativamente más bajo y puede ser difícil de sanar. La úlcera es un cráter profundo con o sin vías subyacentes (túneles) de tejidos que lo rodean.
- **Etapas IV:** Hay un grosor total de pérdida de piel con destrucción extensa, tejido muerto (necrosis), o daño a los músculos, el hueso o las estructuras de apoyo.

Para una información y fotos de las etapas de úlceras de presión, busque en: http://www.in.gov/isdh/files/Pressure_Ulcer_Classifications_-_Color_Version.pdf

Prevención

- **Evite la exposición prolongada.** Recuérdele o ayúdele a la persona a cambiar de posición por lo menos cada 2 horas. Si el área sigue rojiza después de 20-30 minutos, reduzca en 30 minutos el tiempo para cambiar de posición.
 - Ayúdele o Recuérdele a la persona en silla de ruedas que cambie de posición y alivie la presión en la rabadilla (el coxis) cada 20-30 minutos levantándose apoyando en los brazos, cambiando de un lado a otro o inclinándose hacia el frente con los pies firmes en el piso para asegurar no caerse. También promueva el uso de cojines fabricados especialmente para sillas de ruedas (no almohadas o donas de plástico).

- Anime el ejercicio y actividades leves que no tienen que estar sentados durante largo período de tiempo.
- Este seguro de que la ropa de cama y la ropa de vestir están limpias, secas y sin arrugas y/u otros objetos.

Es la responsabilidad del DCW el cambiar de posición a la persona por lo menos cada 2 horas si la persona no puede hacerlo solo (por ejemplo, alguien con cuadriplejía).

- **Evite los raspones de la piel a causa de fricción.** Para prevenir estos raspones:
 - Siga este proceso de transferencia. No jale o resbale a la persona a través de la superficie. Pida ayuda o use una sabana para levantar al mover a la persona en cama.
 - No eleve la cabecera de la cama más de 30 grados. Esto reducirá la presión en la rabadilla. Si la persona necesita estar sentado después de comer, baje la cabecera a 30 grados después de una hora.
 - Evite que se resbale en la silla de ruedas el cliente.
- **Proteja la piel en las aéreas huesudas y donde se tallan las superficies de la piel.** Proteja la piel con ropa y con almohadillas especiales para los codos y los talones. Los cojines son buenos, pero no para remplazar el cambio frecuente de posición.
- **Proteja la piel frágil de arañazos.** Mantenga las uñas (las suyas y las del cliente) y las uñas de los pies cortas. Las uñas de los pies pueden rasguñar las piernas de la persona.
- **Proteja la piel de la humedad.** Mantenga la piel seca. Este al tanto de fuentes de humedad, incluyendo baños, lluvia, sudor y derrames de comida y líquidos. La piel húmeda puede ponerse inflamada, blanda e irritada, causando llagas, sarpullido e infecciones fúngicas.
- **Revise los puntos de contraste.** Vigile para señas de agrietamiento de la piel que haga contacto con tablillas, abrazaderas y otros dispositivos ortóticos.
- **Sea vigilante en cuanto a reacciones alérgicas (sarpullidos) a causa de productos de cuidado de salud personal.** Por ejemplo, algunas personas son alérgicas a las almohaditas para la incontinencia.
- **Si usted ve que está rojiza un área,** masajee levemente *alrededor* del área, **no por encima,** de lo rojizo, para incrementar la circulación al área.



Recuerde comunicarse con su supervisor si usted descubre cualquier cambio en la piel de la persona.

Otros factores contribuyentes

- **Deshidratación y mala dieta.** El consumo adecuado de líquidos es esencial para mantener una piel sana. El agua y los alimentos ricos en proteína y vitaminas (especialmente vitamina C y zinc) le ayudan al cuerpo a resistir trauma, luchar contra infecciones y promover la sanación.
- **Peso Corporal.** El estar particularmente sobre peso o el estar bajo peso incrementan los riesgos de problemas de la piel.
- **Enfermedad.** Diabetes, enfermedad cardíaca y mala circulación aumentan el riesgo de llagas de presión.
- **Movilidad y concientización limitada.** Puede ser reducida la habilidad y el deseo de participar en actividades por dolor, sedantes, energía baja o déficits de motor o mental.
- **Irritantes.** Químicas (incluyendo el orín) y otras sustancias (por ejemplo, jabones anti-bacteria o residuos de detergentes en las sábanas) pueden causar irritación e inflamar la piel.
- **Lesión.** Aumenta el riesgo de agrietamiento de la piel en el lugar de la lesión. Una quemada por una almohadilla térmica, un rasguño, un moretón o raspón pueden resultar en úlceras si no se les da el tratamiento apropiado.
- **Fumar.** La circulación disminuye en las personas que fuman y sanan más lentamente.

C. EL BAÑO, VESTIRSE Y ASPECTO PERSONAL

1. Cuidado de la Piel

En general, el cuidado de la piel involucra el mantener la piel limpia y seca, evitándole la presión prolongada, Buena nutrición y ejercicio. Es importante el inspeccionar la piel del cliente regularmente para señas de infección o agrietamiento. Revise la Sección B en este capítulo para más detalles en prevención de daño a la piel.



La prevención es mejor que el tratamiento. Sea observante para reducir el riesgo de problemas.

Sugerencias para el Cuidado de la Piel

- **Gel Aloe Vera** (la gel verde en primer fila de primeros auxilios – la loción no) es muy buena para la irritación de la piel, tal como la rozadura en la entrepierna, los pliegues de la ingle o debajo de los pechos. Aplíquelo según las instrucciones. Este

seguro que aloe está en la lista como el primer ingrediente. Los productos más baratos mencionan el agua como el primer ingrediente.

No use gel o lociones en las aéreas donde tenga la piel abierta sin pedir permiso del supervisor.

- Si una mujer tiene senos grandes y no usa brasier, ponga un pedazo de tela 100% algodón, tal como el pañuelo de un hombre o un pedazo de camiseta, debajo de los senos después del baño. Ayudará a mantener la piel seca.
- El polvo medicado también puede server para la irritación leve.
- Use jabón de lanolina en vez de jabón contra la bacteria o con aromas pesadas. Un jabón que no se enjuaga también le servirá.

2. El Baño

El baño tiene muchos beneficios:

- Limpia y remueve muchos deshechos de la piel.
- Estimula la circulación.
- Provee ejercicio pasivo y active.
- Ayuda a la persona a sentirse mejor de sí mismo y de su aspecto personal.
- Provee la oportunidad de observar la piel y la oportunidad de comunicarse con la persona.

Algunas personas pueden bañarse solos sin ayuda. Algunas pueden necesitar ayuda a veces, y otras pueden necesitar ayuda todo el tiempo. **Anímeles a ser tan independientes como sea posible.**

La frecuencia del baño de su cliente depende probablemente de usted y el cliente, aunque se recomienda por lo menos una vez a la semana. Al considerar la frecuencia del baño, recuerde que cada vez que se baña la persona, se pierden aceites naturales y la piel queda más reseca. El patrón para el baño de su cliente, problemas con incontinencia, tipo de piel, actividades recientes y condición física, serán todos estos los factores para la frecuencia del baño de su cliente.

El baño en tina no se recomienda para las personas con discapacidad o personas mayores porque aumenta el riesgo de caerse o de no poderse salir de la tina.

Una norma general: Si la persona no puede meterse sin ayuda a la tina del baño, entonces debe de dares un baño en la regadera usando una silla para el baño. Esto es más seguro para el cliente y el DCW. Avise a su supervisor si esto es un problema.

SUGERENCIA: Un visual que puede funcionar bien al hablar sobre la seguridad de un baño en tina es el preguntarle a la persona si puede sentarse en el suelo y levantarse sin esperar que le ayuden. Es esencialmente lo que haría al bañarse en una tina.

Procedimiento: El Baño en la Cama

El baño es un ADL que limpia la piel, mejora la circulación y provee la oportunidad para amplitud de movimiento y socialización. Es preferible transferir al cliente a una silla de baño para darle un baño parcial o a una banca de regadera. Cuando esto no es posible por lo débil del cliente o baja resistencia (la persona no puede permanecer sentada por largo tiempo), o problemas respiratorios que dificultan la transferencia, entonces se le debe de dar un baño en cama.

Suministros

- Lave la bandeja del baño y el jabón de lanolina (jabón sin necesidad de enjuague es mejor).
- Por lo menos cuatro toallas suaves y absorbentes y dos toallitas suaves para refregar.
- Guantes desechables.
- Loción humectante para el cuerpo.

Descripción del proceso

1. Pregunte al cliente su preferencia. Basándose en la respuesta, junte los suministros y planee como proceder.
2. Explique el proceso y siga hablando con el cliente durante cada paso del baño.
3. Ayude al cliente a quitarse la ropa, los lentes y las joyas.
4. Lávese las manos y póngase los guantes desechables.
5. Ponga dos toallas por encima de la sabana superior del cliente, una cubriéndole de los hombros a la cintura y la otra de la cintura a los pies. Después, con cuidado quite la sabana dejando las toallas en su lugar. Esto deja cubierto al cliente.
6. Usa una toallita para fregar y otra para enjuagar (al menos de que use el jabón sin enjuague).
7. Deje que el cliente se lave la cara, si él/ella puede, o lave la cara del cliente asegurándose lavar detrás de las orejas y secarlas.
8. Ponga la toalla a lo largo del brazo del cliente. Lave, enjuague y seque a palmaditas el brazo, la axila, y la mano (meta las manos a la bandeja si es posible). Repita con el otro brazo, axila y mano.
9. Levante la toalla del pecho nomas lo suficiente para exponer el pecho, lavarlo, enjuagarlo y secarlo a palmaditas. Vuelva a tapar el pecho.
10. Levante la toalla que cubre el abdomen y lave el área hasta la ingle. Enjuague y seque a palmaditas. Vuelva a taparlo con la toalla.
11. Recuerde cambiar el agua en cuanto se enfríe.



12. Ponga la toalla a lo largo bajo la pierna del cliente. Lave, enjuague y seque a palmaditas la pierna y el pie. Meta el pie en la bandeja de baño si es posible. Asegure que queda seca el área entre los dedos de los pies. Revise los talones para buscar señas de problemas de la piel.
13. Repita el mismo proceso del otro lado del cuerpo.
14. Voltee al cliente de lado, dándole a usted la espalda. Descubra solamente la espalda y ponga una toalla a lo largo junto a la espalda.
15. Comenzando de los hombros hasta las nalgas, lave, enjuague y seque a palmaditas la espalda. Revise el área de la rabadilla para problemas de la piel (este lugar es muy común para problemas).
16. Acueste al cliente de espaldas. Si la persona no se puede lavar el área genital, láveselo usted, siempre limpiando del área genital hacia el ano (de enfrente hacia atrás). Vea Cuidado perineal enseguida.
17. Voltee al cliente de lado. Lávele el área del recto de adelante hacia atrás, enjuague y seque a palmaditas.
18. Póngale humectante mientras está todavía húmeda la piel.
19. Ayude al cliente a vestirse.
20. Alce los suministros, quítese los guantes y lávese las manos.



Cuidado Perineal

El cuidado perineal les el termino para limpiar el área genital. Asegure dar la privacidad y comodidad. Use una toalla o sabana para tapar al cliente mientras usted lleva a cabo el cuidado perineal.

- **Mujer:** Que se acueste la mujer de espaldas (con las rodillas dobladas o sin doblarlas, dependiendo de la capacidad). Vea el área y separe la labia. Con la toallita, limpie con una pasada de enfrente hacia atrás. Voltee la toallita y limpie de nuevo de enfrente hacia atrás de una pasada. Continué hasta que quede limpia el área. Enjuague con agua usando el mismo proceso y seque a palmaditas.
- **Hombre:** Que se acueste el hombre de espaldas. Si no está circuncidado el individuo, jale hacia abajo el pliegue. Sujete el pene a lo largo y limpie el pene con un movimiento circular desde la punta hacia abajo. Voltee el trapo y repita de la cabeza del pene hacia abajo. Lave el escroto. Enjuague con agua y seque a palmaditas. **Para el hombre que no está circuncidado, ponga la piel de nuevo en posición original.**
- **Para el área del recto:** Que se acueste la persona de lado dándole a usted la espalda. Si es necesario, separe las nalgas para ver el área del recto. Limpie de enfrente hacia atrás, cada pasada con una parte limpia de la toallita, hasta que quede limpia el área. Enjuague con agua y seque a palmaditas.



Sugerencias Prácticas

- Durante todo el proceso, debe de animar al cliente a hacer por sí mismo todo lo que le sea posible durante la rutina del baño. Pregunte específicamente si la persona se puede lavar la cara y el área genital por sí mismo.
- El DCW debe de **asegurar privacidad y dignidad descubriendo solamente las áreas necesarias** durante el baño. Cierre la puerta y las persianas de la ventana si es necesario.
- Este seguro que el cuarto este calentito y no entre el viento.
- Tenga cuidado de no cansar demasiado al cliente. Si la persona está demasiado cansada, termine las áreas más importantes (cara, manos, axilas y genitales) y deje lo demás para otro día.
- Al lavar los ojos, limpie uno, voltee el trapo y limpie el otro para no contaminar el otro ojo. Repita las veces necesarias.
- Al untar el humectante, masaje con suavidad las partes donde el hueso es prominente (ag. Las caderas, la rabadilla, los codos) usando un movimiento en círculos. Vigile que no haiga cambios en la piel. No masaje los pies. La mala circulación causa que a veces se formen coágulos, los cuales se pueden soltar al masajear.

¡No olvide!

- Lave las áreas de lo limpio a lo sucio, quiere decir, de la cabeza al recto.
- La comunicación es muy importante antes y durante el proceso. Esto incluye la comunicación no verbal durante el cuidado perineal. Si usted se siente incomodo o titubea, su cliente probablemente se sentirá igual. Aunque el cliente no hable, continúe usted hablándole al cliente como si él/ella pudiera comunicarse.
- Mantenga el agua tibia para que sea más cómodo. El agua helada puede causarle frio al cliente.

c d

Mi Primer Baño en la Cama

Sabía cuando comencé a trabajar para mi cliente, quien era cuadripléjica, que pronto, ese mismo día, sería mi primera vez para tener que dar un baño en la cama. Tengo que decir que estaba un poco nerviosa – no, muy nerviosa. Era divertido practicarlo en clase, pero ahora era de verdad. Solo yo y el cliente. Primero comencé lavándole el cabello suavemente y me pude dar cuenta que ella estaba muy relajada. Entonces comenzó a platicar conmigo. “Esto no está tan mal”, pensé, mientras iba ya a la mitad del su baño en la cama. Continué vanándola y cuando llegue a sus partes privadas, yo estaba muy segura y relajada. No estuvo mal en absoluto. Me sorprendió lo poco que pesaba cuando la volteé boca arriba. Para entonces ambas estábamos pasándola tan bien al darle su baño en cama que ni cuenta me di que ya era todo lo del baño en cama hasta que había terminado. Desde entonces he dado muchos baños en cama, pero el primero que di será el que siempre recordare.

Mirtha Castaneda

b a

3. Cuidado del Cabello

La rutina del cuidado de cabello es el lavado, peinado, secarlo y estilarlo. Puede ser una tarea muy cansada, hasta para clientes que son independientes en la mayoría de las cosas. A un cliente le puede gustar ir a un salón de belleza o a una peluquería. Algunos estilistas también pueden dar servicio en casa.

Lavar, secar y estilar el cabello de una persona puede tomar de 30 a 60 minutos. Considere programar el champú en los días que no es el baño para conservar la energía de la persona. El champú una vez por semana o cada dos semanas es apropiado para una persona mayor.

Puede darle champú en la tina del baño, la regadera, el lavamanos o en la cama. Donde le lave el cabello dependerá de lo que es apropiado para la persona y lo que esta desee. Se debe de considerar la salud del cliente, movilidad, nivel de energía y preferencia personal. Siempre considere lo que desea el cliente al llegar a determinar un estilo. Debe de ser fácil de cuidar y apropiado para la persona. Se debe de usar el propio equipo de estilar del cliente (ag. cepillo del cabello, risos y prendedores del cabello).



Nota: Si usted necesita darle champú en la cama a la persona, hay bandejas de plástico para el champú que funcionan muy bien. Si usted no tiene una bandeja, puede usar una toalla cubierta por una bolsa de plástico para el bote de la basura.

Precaución: Si la persona tiene un trastorno de la vista o ha tenido cirugía reciente en el ojo, consulte con un profesional en cuidados de salud antes de seguir con el champú. Tal vez necesite evitar moverle la cabeza en varias posiciones que puedan causarle presión en el ojo.

4. Vestirse

Ayudando a vestirse, o vistiendo al cliente que tiene o no tiene debilidad en las extremidades es una destreza que necesitan diariamente todos los DCWs. La clave para ayudar a vestirse, al igual que cualquier otra higiene personal o tarea de arreglo persona, es que un DCW le permita al cliente a ser lo más independiente posible, aunque la persona se vista lentamente.

Procedimiento: Ayudando a Vestirse

Suministros

La ropa que el cliente se quiere poner.

Descripción del procedimiento

1. Hable con el cliente acerca del procedimiento de ayuda y lo que se espera.
2. Provéale al cliente comodidad y privacidad.

3. Hable con el cliente acerca de la preferencia de ropa. Ofrezca al cliente opciones de lo que quieran ponerse ese día.
4. Obtenga la ropa y dispóngala de una manera ordenada.
5. Comience a vestir el lado débil primero (si se puede). Póngale la ropa en el brazo y el hombro más débil primero, después resbale la ropa al lado más fuerte. Al desvestirlo, desvista primero el lado más fuerte.
6. Vista al cliente mientras permanece sentado lo más que pueda. Póngale la ropa íntima y los pantalones solo hasta llegar a los muslos. Pare terminar, pídale que se pare o ayúdele a pararse y entonces súbale la ropa íntima y los pantalones.
7. Continúe diciéndole cada paso al llevar el proceso.

Sugerencias prácticas

- Siempre hable con sus clientes en cuanto a que son las preferencias de ellos y como se sienten mas cómodos.
- No asuma que el cliente quiere usar la ropa que alguien más les ha escogido.
- Esté al tanto de cómo se siente el cliente por el hecho de que necesita ayuda.
- Este al tanto de cualquier problema que causaría que el cliente se canse o se frustre fácilmente.
- Sea amable al hacer esta tarea, platique con el cliente.
- Anime al cliente a usar ropa con pretina de elástico y sieres de Velcro.

¡No olvide!

- Anime al cliente a ser lo más independiente posible.
- Solo dele la ayuda que necesita – no le haga todo al cliente solamente porque es más rápido para usted.
- Si el cliente tiene un lado más fuerte y el otro más débil, póngale la ropa en el brazo y el hombro mas débil primero, luego resbale la ropa para el lado más fuerte. Al desvestirlo, desvista el lado más fuerte primero.

5. Afeitarse

Para la mayoría de los hombres, el afeitarse es un ritual de toda la vida, uno que pueden lograr aun en la vejez a pesar de discapacidades. El hecho de rasurarse, al igual que sus resultados, usualmente aumentan la moral. Se le debe de permitir a un cliente masculino el rasurarse solo, al menos que esto sea un peligro para él. Un cliente femenino puede desear que le rasuren las piernas, las axilas o bello en la cara.



Una rasuradora eléctrica es más fácil y segura de usar. Los clientes que tienen diabetes o toman anticoagulantes deben de usar una rasuradora eléctrica. Después de rasurarse con una rasuradora eléctrica, enjuague la cara con agua tibia o ponga una toallita

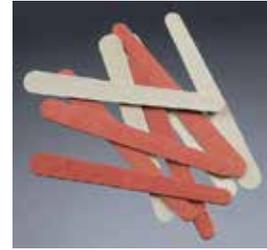
mojada con agua tibia sobre la cara y seque a palmaditas. Si el individuo quiere, póngale loción después de afeitarse.

6. Cuidado de las uñas

El cuidado de las uñas para los dedos de las manos y los pies evitan infección, lesiones y olores. Padrastrós, uñas enterradas y las uñas arrancadas de la piel causan agrietamientos en la piel. Las uñas largas o quebradas pueden rasguñar o jalar la ropa. Las uñas se cortan y se limpian mas fácil después del baño. **Algunas agencias no les permiten a sus trabajadores cortar las uñas** porque el uso del cortaúñas puede causar daño a los tejidos alrededor.

Suministros

- Bandeja de baño con agua tibia.
- Cortaúñas (no tijeras).
- Palito de naranjo para las cutículas y lima para las uñas.
- Loción o vaselina.
- Toallitas de papel.



Procedimiento

1. Arregle las cosas al lado del cliente. Permita que la persona tenga las uñas al remojo unos 10-20 minutos o haga el proceso después del baño. Limpie debajo de las uñas con el palito de naranjo.
2. Corte las uñas **RECTAS (CUADRADAS)** con el cortaúñas **si se le permite hacerlo**. Forme las unas con una lima par a las uñas.
3. Ponga loción o vaselina a las manos y los pies.
4. Limpie el equipo y regréselo con los suministros al lugar apropiado. Tire las cosas desechables.



Llame a su supervisor antes de cortarle las uñas porque esto es un riesgo de responsabilidad.

No rebaje (corte o recorte) las uñas si la persona:

- Tiene diabetes.
- Tiene disminuida circulación a las piernas o los pies.
- Toma drogas las cuales afectan como cuaja la sangre.
- Tiene las uñas muy gruesas y tiene uñas enterradas.

En estos casos, las uñas deben de **rebajarse** solo para prevenir que corten la piel. Si se necesita más cuidado, deben de consultar con un podólogo. Esto usualmente lo cubre el seguro para los casos mencionados en la lista anterior.

7. Cuidado de los Pies

El remojo de los pies puede ayudar a una persona de tres maneras: promueve el relajamiento, promueve el ejercicio, y permite la oportunidad de examinar los pies para algún problema. **El remojarlos no se aconseja a todos los clientes.** Los que tienen *diabetes* no deben de remojar los pies. Consulte con su supervisor para estar segura que esto se recomienda. Las pautas generales para remojar y cuidar de los pies son:

- Programe los remojos en días que no hay baño. El cliente puede remojar los pies mientras está haciendo las tareas de arreglo personal o mientras que ve la televisión. El remojo de los pies no debe de tardar más de 20 minutos.
- Dele una bandeja con agua tibia y jabón liviano.
- Recuérdele al cliente que haga ejercicio con los pies mientras los remoja. Dele instrucciones paso por paso: Mueva los dedos, estire los pies, dele vueltas al reloj a los tobillos y después al lado contrario, mueva los tobillos a favor y luego contra las manecillas del reloj. Flexione y extienda los dedos de los pies y el tobillo.
- Seque los pies a palmaditas. Seque entre los dedos.
- **Examine los pies. Busque con cuidado, especialmente si la persona manquee, se resiste a caminar o marca el paso. La fricción incrementada puede causar ampollas o llagas.** Si se encuentra alguna lesión, comuníquese con su supervisor para más instrucciones.
- Aplique loción a la piel seca y partida. Use una loción que tenga lanolina o aceite mineral.
- Limpie el equipo los suministros y regréselos a su lugar apropiado. Tire los objetos desechables.

Cuidado para los pies para las personas con diabetes.

Hay una conexión importante entre la diabetes y el cuidado de los pies. Una persona con diabetes es más vulnerable a problemas en los pies porque la diabetes daña los nervios y reduce el fluido sanguíneo a los pies. Según la Asociación Americana de Diabetes, una en cinco personas con diabetes que busca cuidado en el hospital lo hace por problemas en los pies. Cuidándose apropiadamente los pies, se pueden evitar la mayoría de los problemas más serios de salud asociados con la diabetes.

Las siguientes estrategias para el cuidado de los pies son para las personas con diabetes. **Sin embargo, a toda persona puede beneficiarle las estrategias para cuidados de salud de los pies.**



Cuidado de los Pies para Gente con Diabetes

Las personas con diabetes tienen que tener especial cuidado de los pies

- 

1 Lave los pies diariamente con agua tibia y jabón
- 

2 Seque bien los pies especialmente entre los dedos
- 

3 Mantenga suave la piel con una loción humectante, pero no se la ponga entre los dedos
- 

4 Revíse los pies buscando ampollas, cortadas o grietas, inflamación o rojizo. Dígale a su médico de inmediato si encuentra algo mal.
- 

5 Use una lima para limar las uñas de los pies. Límelas rectas (cuadradas). No use tijeras ni cortaúñas.
- 

6 Use calcetines limpios y suaves que le queden
- 

7 Mantenga los pies calentitos y secos. Si puede, use calcetines especiales acolchonados y siempre use zapatos que le queden bien.
- 

8 Nunca ande descalzo adentro ni afuera
- 

9 Examine sus zapatos todos los días que no estén rotos o partidos, tengan una piedrita, clavos o ninguna cosa que le puede lastimar los pies.

Cuide bien sus pies – y úselos. El caminar a paso ligero todos los días es bueno para sus pies.

Para más información, llame a Línea de Sugerencias para Mantenerse Bien Teniendo Diabetes al 1-800-260-3730 o visítenos en línea al kwwd.com

Novo Nordisk Inc. permite la producción de esta pieza para propósitos educacionales no-lucrativos con la condición de que la pieza se mantenga en su formato original y que el aviso de los derechos se manifieste. Novo Nordisk Inc. Reserva el derecho de retirar este permiso en cualquier momento.

© Novo Nordisk Inc.

126758R

kwwd.com

10/2005

Printed in U.S.A.



8. Cuidado Bucal

Los tejidos suaves de los dientes solen a endurecer con el proceso de envejecer. Se reduce la percepción del dolor (no es algo común el dolor de dientes). Los tejidos de las encías se retiran de los dientes. El esmalte ya viejo, humo de tabaco, pigmentación de los alimentos y la sal en la saliva causa descolorido en los dientes, de amarillo hasta cafés, y no se puede quitar con limpiadores para la superficie.



La buena higiene bucal evita las llagas y el mal aliento y evita que las membranas mucosas se resequen y se partan. La mala higiene bucal contribuye a la pérdida de apetito y bacteria en la boca y puede causar neumonía. Las encías inflamadas comienzan un proceso de sobrecarga al corazón y disminuye la Resistencia a infecciones. Anime a sus clientes a lavarse los dientes diariamente, especialmente al acostarse. Los cepillos eléctricos o los cepillos con mango más grande o largo promueven el cuidado propio.

El proveer higiene bucal apropiada a aquellas personas que no pueden cuidar ellos mismos de sus dientes es un papel importante para el DCW. Las técnicas apropiadas para cepillar los dientes ayudan a evitar trastornos como el gingivitis, que se pudran los dientes, y abrasión dental, un trastorno donde se desgastan los dientes. Si usted ayuda a un cliente con la higiene bucal, examine la boca regularmente para ver si no está enrojecida o cualquier seña de inflamación o sangrado. Debe de revisar el dentista cualquier punto rojo o blanco o llaga que sangre si no sana en el periodo de dos semanas.

N Procedimiento: Ayudando con el Cuidado Bucal

Suministros

- Un cepillo dental manual extra suave y pasta dentífrica.
- Riñonera.
- Taza desechable.
- Agua o enjuague para la boca.
- Protector para cubrir la ropa.
- Guantes protectores.

Descripción del proceso

1. Junte todos los materiales que necesita.
2. Dele una explicación de lo que van a hacer antes de comenzar y siga explicando durante el proceso.
3. Ponga a la persona en posición sentada (mínimo de 60 grados) o en posición de pie antes de que comiencen.

4. Cubra con protector la ropa de la persona.
5. Lávese las manos y póngase guantes antes de cepillar los dientes de la persona.
6. Moje el cepillo y póngale un poco de pasta al cepillo.
7. Cepille la superficie de todos los dientes y las encías antes de comenzar a cepillar los dientes por el lado de adentro. Es una reacción natural el morder lo que se mete a la boca. Para ayudar a evitar el reflejo de mordida, no meta el cepillo adentro de la boca hasta el final del proceso.
8. Ofrezca a la persona que se enjuague y escupa en una riñonera según sea necesario. Si la persona no puede enjuagarse independientemente, voltee a la persona de lado para permitir que el líquido corra de la boca a un trapo doblado.
9. Enjuague el cepillo periódicamente y póngale un poco de pasta para los dientes según se necesite.
10. Limpie los dientes de adentro y los de afuera.
11. Después de terminar, limpie y seque al rededor de la boca de la persona y quítele el protector. Deshágase de la ropa sucia y la basura.
12. Quítese los guantes y tírelos. Lávese las manos.

Sugerencias prácticas

- Intente pararse detrás de la persona viéndole para adentro de la boca. Esto le permitirá mejor acceso y mejor vista de la boca de la persona.
- No use demasiada pasta de los dientes.
- Cepille los dientes por los tres lados (por fuera, adentro y encima).
- Permita al cliente la oportunidad de enjuagarse tan seguido como sea necesario.
- Si el cliente no puede escupir el agua, use un frotis bucal en vez de cepillo de los dientes.

¡No olvide!

- Lave completamente el cepillo después de cada uso.
- Comience con lo de afuera de los dientes.
- Utilice las precauciones universales y el control de contagio durante el proceso.

Cuidado de la encía

Las placas dentales necesitan limpiarse por lo menos una vez al día para evitar que se manchen, el mal aliento e irritación de la encía. Las placas parciales necesitan el mismo cuidado que las placas enteras. Si usted hace esta tarea para el cliente, siga este proceso recomendado:

- Lávese las manos antes y después de manejar las placas y use guantes desechables.
- Use un Kleenex o una toallita para levantar una orilla y romper la succión y sacar las placas de la boca de la persona.
- Revise la boca buscando dientes sueltos, dientes quebrados, llagas, inflamación rojiza o sangrado. Cualquiera de esto puede indicar placas que quedan inapropiadamente o problemas más severos en la boca.
- Ponga las placas en un recipiente lleno de agua fresco.
- Limpie las placas con una bandeja abajo llena de agua y con una toallita en el fondo para evitar que se quiebren las placas si se le llegan a caer accidentalmente.
- Sostenga las placas en el hueco de la mano. Cepille primero las superiores por dentro, después los dientes y luego el paladar. Enjuague completamente.
- Pida a la persona que se enjuague antes de ponerle las placas. Dele un enjuague bucal, tal como agua con sal (salina). Se recomienda un enjuague tibio de Salina por la mañana, después de las comidas y al acostarse.
- Según la preferencia de la persona, póngales crema dental o adhesivo a las placas antes de ponérselas.
- Guarde las placas en agua cuando no las tenga en la boca de la persona. Esto evita que se tuerzan. Las placas se deben de remojar en agua durante 6 a 8 horas cada día (usualmente durante la noche).

Para más información, vea <http://www.oda.org/upload/SmilesForSeniors.pdf>

Uso del frotis bucal o “toothettes”

El frotis bucal está diseñado con una bolita de esponja suave bien sujeta y con borditos definidos para suavemente levantar y sacar las sobras y la mucosa de la cavidad bucal.



Estos se pueden usar para las personas a quienes les molesta un cepillo duro en la boca. También es útil para humedecer las membranas mucosas de la boca, especialmente para las personas en desahuciadas o las que están en estado de coma. Moje el frotis bucal en enjuague bucal diluido o en solución salina y frote con este la cavidad bucal y las encías. Tire el frotis bucal después de usarlo.

D. LA ELIMINACIÓN

La responsabilidad del DCW es de ayudar a su cliente a mantener función normal o a compensar por la función perdida. Esto se debe de hacer de una manera profesional que preserve la dignidad de la persona. Asegúrele privacidad y comodidad y no apure a la persona.

Los problemas con la eliminación pueden ocurrir por varias razones. Cambios relacionados con la edad, estrés emocional, enfermedades crónicas que perturben la salud mental, afectan la nutrición y limitan la actividad, son todas causas posibles. Los problemas con orinar o evacuar pueden presentarse y luego alejarse o pueden ser constantes, dependiendo de su causa. El peso físico y emocional de los problemas del control del intestino y el vaso pueden incluir:

- Riesgo incrementado de agrietamiento de la piel e infecciones.
- Sentimientos de ansiedad, pena, vergüenza y frustración.
- Disminuye el sentido de control, dignidad y autoestima.
- Preocupación por el futuro.
- Disminuye la imagen propia.
- Perdida de privacidad para llevar a cabo las funciones privadas.
- Aislamiento social.



1. Incontinencia Urinaria

La incontinencia Urinaria es el goteo involuntario de orín, no importa la cantidad. Los problemas comunes de la vejiga se pueden deber a la reducida capacidad de la vejiga, a la debilidad del musculo esfínter, y al disminuir el tono muscular de la vejiga, todos son comunes. Otras causas del control de la vejiga pueden deberse a:

- **Cambios neurológicos.** Se vuelven lentas las señales de los nervios al cerebro para avisar que está llena la vejiga, dándole a la persona menos tiempo para llegar al baño.
- **Discapacidad mental.** Por ejemplo, la perdida de la memoria puede afectar la habilidad para que una persona encuentre el inodoro y recuerde el proceso apropiado de hacer del baño.
- **Cambios psicológicos.** La depresión, el estrés y la fatiga pueden reducir la habilidad y motivación de una persona para permanecer continente.
- **Infección.** Las infecciones en la vejiga son comunes entre las mujeres.
- **Medicinas.** Los diuréticos incrementan el orinar. Los sedantes reducen el sentir la necesidad de orinar.
- **Alcohol.** El alcohol incrementa el orinar y reduce la sensación de que está llena la vejiga.

Tipos de incontinencia

Los cuatro tipos mayores de incontinencia son:

- **Incontinencia por estrés.** Goteo del orín mientras hace ejercicio, tose, destornuda o se ríe.
- **Incontinencia con urgencia.** Contracciones involuntarias del vaso o el esfínter de la vejiga se abre con urgencia de repente de orinar. Se acorte el tiempo entre que el cerebro manda el mensaje de urgencia y el abrir del esfínter dando menos tiempo para llegar al baño.
- **Incontinencia en exceso.** Goteo de orín en pequeñas cantidades de una vejiga constantemente lleno. Esto comúnmente ocurre en los hombres quienes tienen agrandamiento de las glándulas de la próstata y las personas con diabetes.
- **Incontinencia funcional.** Esta ocurre cuando las personas no tienen la habilidad física y funcional para llegar al baño a tiempo. De otra manera, tendrían control normal. Comúnmente ocurre con trastornos como el artritis severo, enfermedad Parkinson y pérdida de la memoria.

Control de Incontinencia

- **Establezca un programa de ir al baño cada dos horas.** Programe las idas al baño 10-15 minutos antes del típico tiempo cuando ocurrió la incontinencia en el pasado reciente. El vaciar la vejiga antes de que den ganas permite al cliente más tiempo para llegar al baño.
- **Identifique el cuidado que necesita brindar.** Si el acceso al baño es un factor contribuyente, haga una lista de los pasos que necesita usted llevar a cabo para corregir la situación (por ejemplo, proveer al cliente con un urinario o inodoro en silla, en el cuarto o poner un letrero en la puerta del baño para que lo pueda identificar una persona confundida). Las siguientes prácticas dar resultados en la mayoría de las ocasiones.
- **Anime el uso de un inodoro o inodoro en silla** en vez del cómodo. Esto permite una postura más normal y ayuda al cuerpo a vaciar la vejiga y el intestino.
- **Anime al cliente a ponerse ropa diseñada para quitarse fácilmente.**
- **Recuérdelo de manera apropiada.** Use palabras del vocabulario del cliente. Una persona con trastorno de memoria tal vez recuerde términos de su niñez, tales como “popo”. Si se usan tales términos, este seguro que todos comprenden que esto no es para sobajar al cliente, sino para ayudarlo.
- **Bríndele suficientes líquidos,** al menos que las ordenes del doctor sean otras. Una vejiga lleno manda mensajes más fuertes al cerebro. También los líquidos adecuados diluyen el orín, volviéndolo menos irritante a las paredes de la vejiga. Ofrézcale un vaso de jugo de ciruela al acostarse si hay problema de estreñimiento.
- **Anime a que vacíe completamente el vaso** antes de acostarse e inmediatamente al levantarse por la mañana.

2. Toallas para la incontinencia

Las toallas y pantaletas para la incontinencia ayudan a manejar la incontinencia de la vejiga y del intestino. Son muy absorbentes y protegen la ropa. En el mercado hay muchas clases diferentes de toallas y pantaletas. Si el cliente no está contento con cierto tipo, intente con otro antes de darse por vencido. Por favor, *no use* el término *pañal* con adultos.

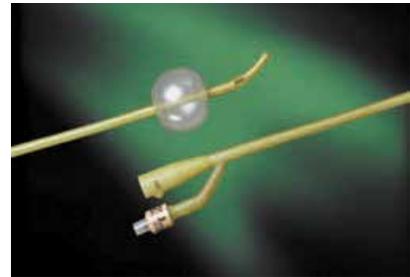


Al ayudar a cambiar la toalla o las pantaletas, junte los suministros (toalla nueva, bolsa de plástico, trapo o toallitas desechables para limpiar la piel). El DCW debe de ponerse guantes y ayudar a quitar la toalla si es necesario. Ponga la toalla sucia en la bolsa de plástico. Ayude a la persona a limpiarse el área perineal (debe de limpiarse el orín o enzimas de las heces en la piel para evitar agrietamiento de la piel). Ponga toda toallita desechable en la bolsa de plástico. Amarre la bolsa y saque a la basura de afuera. Lávese las manos.

3. Cuidado del Catéter

a. Catéter interno

Un catéter interno, también llamado un *catéter Foley*, es una sonda larga introducida en la vejiga para drenar el orín. Se introduce por la uretra, la entrada natural hacia la vejiga, y permanece en su lugar detenido por un pequeño baloncito inflado en la punta del catéter. Es importante reducir el riesgo de infecciones del traque urinario. Esto se logra usando técnicas sanitarias y posición correcta del catéter, sonda, y bolsas de drenaje.



Los cambios de rutina del catéter los hace una enfermera, pero es la responsabilidad del DCW el avisar al supervisor/la enfermera si hay cambios en el orín o quejas de dolor.

Pautas para cuidado del catéter

- Asegure que se permite al orín pasar libremente. Las sondas no deben de estar dobladas o que haya algo obstruyendo el fluir.
- **A TODO MOMENTO mantenga la bolsa de drenaje a un nivel más abajo que la vejiga** incluyendo mientras está acostado o usando una andadera/silla de ruedas. No adjunte la bolsa a los rieles de la cama.
- No ponga la bolsa de drenaje en el suelo porque esto puede contaminar el sistema.
- Enrolle la sonda y póngala en la cama. Mantenga la sonda más arriba que la bolsa de drenaje.
- Asegure el catéter en el interior del muslo con cinta o un amarre del catéter para reducir la fricción y movimiento del catéter en el lugar de ingreso.

- Revise que no haya goteo de orín y reporte a su supervisor lo que encuentre.
- Limpie el lugar por donde se introdujo el catéter cuando haga la limpieza perineal diaria, y si se necesita, después de evacuar y goteo vaginal usando el proceso mencionado enseguida.
- Vacíe la bolsa de drenaje por la mañana y antes de acostarse, según se necesite (Vea el proceso *Vaciando la bolsa de drenaje del catéter* en la siguiente página).
- Reporte a su supervisor cualquier queja de dolor, ardor, irritación o el sentir la necesidad de orinar, o cualquier cambio en la característica del orín como el color, transparencia y olor.

Limpiando el catéter en el lugar de introducción.

- Póngase guantes.
- Separe la labia (femenina) o baje el prepucio (masculino) descubriendo el pene.
- Revise el lugar de introducción del pene buscando drenaje anormal. Sujetando el catéter en su lugar con sus dedos, limpie el catéter alrededor del orificio de la uretra hacia abajo hasta cuatro pulgadas. Use agua y jabón.
- Evite jalar el catéter, puesto que esto puede causar que se salga el balón y cause dolor.
- Esté seguro que el catéter está sujeto apropiadamente y continúe con el cuidado perineal.
- Acomode de nuevo el prepucio en el hombre en su puesto original.



Nunca tire o jale de un catéter. Nunca intente introducir un catéter. Durante un traslado, primero mueva la bolsa del catéter, manteniendo la bolsa más abajo del nivel de la vejiga de la persona.

b. Catéter Suprapúbico

Un catéter interno se introduce a la vejiga por medio de una cortadita quirúrgica en la parte baja del abdomen para drenar el orín. Después se sujeta el catéter a una bolsa de drenaje urinario o a una bolsa para la pierna. Las pautas del cuidado son iguales que las del cuidado para el catéter interno ya mencionado.

c. Catéter Externo

A un catéter externo también se le llama catéter *buffalo*, *Texas*, o *catéter condón*, y se pone en el pene como un condón y luego se adjunta a una bolsa de drenaje urinario o a una bolsa para la pierna. La punta del pene no debe de rozar con el interior de catéter. El catéter debe de cambiarse cada 24 horas y se debe de lavar el pene y secarse a palmaditas antes de poner un catéter nuevo.

Procedimiento: Vaciando la Bolsa de Drenaje del Catéter

Una persona que tiene un catéter urinario interno tendrá algún tipo de recipiente para la colección de orín que a menudo se le llama la bolsa del catéter. Esta bolsa del catéter la tiene que vaciar el cliente o el DCW con regularidad, poniendo atención especial en las prácticas del control de infección.



Suministros

- Bolsa del catéter (bolsa grande que le quepan 2000 cc de orín, a veces se le llama bolsa de drenaje para durante la noche).
- Guantes desechables.
- Recipiente para echarla (puede ser un orinal, una jarrita o algo por el estilo).
- Opcional: Bolsa para la pierna: (le caben 600-900cc y se usa regularmente durante el día para clientes ambulantes).

Descripción del proceso

1. Explíquelo a la persona lo que usted va a hacer.
2. Lávese las manos, póngase los guantes.
3. Ponga el recipiente del drenaje más abajo que el nivel de la vejiga del cliente.
4. Desenganche la sonda y habrá la pinza **sobre el recipiente** (tenga cuidado de que no tiente la sonda el lado del recipiente).
5. Vacíe el orín en el recipiente, cierre la pinza y sujete de nuevo la sonda a la bolsa del orín. Vacíe lo del recipiente en el inodoro.
6. Enjuague el recipiente y vacíe el agua del enjuague en el inodoro y jale de la palanca.
7. Desinfecte el recipiente, seque con toallitas de papel y álcelo para después.
8. Quítese los guantes y lávese las manos después del proceso apropiado.

4. Cuidado de la Ostomía

La ostomía es una abertura quirúrgica en el abdomen por donde sale el desecho cuando se pierde la función normal del intestino o de la vejiga. La colostomía es una abertura del intestino grueso (colon) para eliminar la evacuación. La urostomía es un orificio bypass a la vejiga y vacía el orín.

El cuidado y manejo de la ostomía depende de qué tipo es. Típicamente, la persona lleva consigo una bolsa de colección. Siempre está apegada al abdomen para proteger la piel y coleccionar el desecho. Cuando se necesita una bolsa nueva, se limpia la piel con agua y jabón, se puede untar un protector de la piel y se pone una bolsa nueva. Es posible que se tenga que contra antes para que quede en la *estoma* (orificio). La bolsa se vacía a conveniencia de la persona. De nuevo, como se vacía la bolsa depende del tipo de ostomía y los suministros que se usan. Algunas colostomías se pueden controlar con

irrigación (enema) y solo se necesita un parche de gaza o una bolsa plástica adhesiva para cubrir la estoma entre irrigaciones.

En el Mercado hay diferentes tipos de suministros para una ostomía y cada persona tendrá necesidades individuales dependiendo del tipo de ostomía, el tamaño de la astoma y preferencia personal. Notifique a su supervisor si se necesita el cuidado de ostomía.

Se puede encontrar información mas detallada en *Colostomy Guide*, una publicación de la United Ostomy Associations of América (Asociaciones Unidas de Ostomía de América). Comuníquese con UOAA al 1-800-826-0826, o visite la página en http://www.uoaa.org/ostomy_info/pubs/uoaa_colostomy_en.pdf



**Recuerde usar guantes durante el cuidado del catéter y ostomía.
Lávese las manos antes y después de quitarse los guantes.**

5. Uso del Cómodo

La eliminación con regularidad de los desechos del cuerpo es esencial para mantener la buena salud. Los clientes que están Los clientes que se encuentran postrados en cama o que tienen ambulación limitada se pueden atener a que el DCW les ayude con esta tarea. Esto incluye a menudo el ayudar al cliente con la postura adecuada y el uso del cómodo. El DCW debe de estar al tanto de las inquietudes emocionales del cliente, preservando su privacidad y dignidad al llevar a cabo la tarea mientras y al mantener buena higiene personal.

Procedimiento: Acomodarlo en el Cómodo

Suministros

- Cómodo y tapadera (si hay una disponible).
- Bandeja con agua tibia/jabón.
- Toallita para el baño/toalla.
- Toallas de papel/toalla protectora.
- Papel del baño.
- Guantes desechables.
- Talco para bebé o maicena (si se encuentra a la mano).

Descripción del proceso

1. Explique el proceso/lo que espera del cliente.
2. Dele privacidad al cliente.
3. Acomode los suministros, ponga todo, menos la toalla protectora en el buro.
4. Lávese las manos, póngase los guantes.

5. Levante la cama a una posición cómoda, baje la cabecera si la tiene elevada (si se usa cama mecánica).
6. Ponga la toalla protectora en la cama o la silla al lado de la cama.
7. Pregunte a la persona en que necesita ayuda al quitarse la ropa y si es necesario, ayúdele.
8. Doble las cobijas hacia atrás, levante la bata del cliente o ayude a bajar los pantalones de las pijamas.
9. Rocíe el cómodo con talco para bebé o con maicena para que resbale mas fácil al poner y quitar el cómodo (evita romper la piel). El poner toalla de papel debajo ayuda a vaciar el desecho solido y limpiar cómodo después.
10. Si el cliente puede ayudar:
 - Pida al cliente que doble las rodillas, ponga los pies planos sobre el colchón.
 - Pida al cliente que levante las nalgas. El DCW puede ayudar poniendo una mano bajo la cintura y levantando con la mano suavemente y despacio.
 - Ponga la toalla protectora en el colchón. Empuje el cómodo hacia abajo en la toalla y resbálo debajo de las nalgas del cliente.
11. Si el cliente no puede ayudar
 - Voltee al cliente de lado, de espaldas al DCW.
 - Ponga la toalla protectora en el colchón. Empuje el cómodo hacia abajo en la toalla y voltee al cliente a que quede encima del cómodo.
12. Para todos los clientes
 - Ponga las cobijas de nuevo y eleve la cabeza (si esto aplica).
 - Ponga el papel del baño a la mano.
 - Permítale privacidad a la persona. Aléjese de la cama y pídale que le avise cuando termine.
 - Traiga a la cama una bandeja de agua tibia y los suministros para el cuidado perineal.
 - Baje la cabecera de la cama y saque el cómodo. Desdoble las cobijas y voltee al cliente de lado, aplaste el cómodo en el colchón y la toalla sujetando el cómodo con cuidado para que no se voltee o se derrame el contenido.
 - Cubra el cómodo y póngalo a un lado.
 - Ayude con el cuidado perineal (limpieza) como se necesite si el cliente no puede hacerlo.



- Ayude al cliente a limpiarse las manos o usar limpiador antiséptico, si es necesario.
- Póngale de nuevo la ropa y las cobijas. Acomódelo y asegúrelo.
- Lleve el cómodo al baño. Vacíe el contenido en el inodoro cuidado no salpicar.
- Enjuague, desinfecte, seque y alce el cómodo usando los procesos apropiados para el control de infección.
- Quítese los guantes y lávese las manos.
- Pregúntele al cliente si está cómodo y acomódelo según se necesite.

Sugerencias prácticas

- El lado angosto del cómodo debe de quedar hacia los pies de la cama. Las nalgas del cliente deben de quedar en la base redonda del cómodo.
- Revise que este puesto bien para evitar derrames, vea el cómodo desde arriba, entre las piernas del cliente.
- Siempre hable con el cliente en cuanto a lo que él prefiere y como se siente mas cómodo.
- Recuerde juntar los suministros por adelantado.
- Siempre mantenga la seguridad y la privacidad en el proceso (al levantar/bajar la coma y levantar las barandillas).
- Esta es muy buena oportunidad para evaluar la piel, buscando “Puntos calientes”.
- Anime al cliente a ayudar lo más que él o ella pueda. Esto ayuda a mantener independencia.
- Permanezca cerca para escuchar cuando termine el cliente; no lo deje en el cómodo demasiado tiempo.
- No ponga el cómodo sucio en el buró.
- La conversación casual hace que la tarea sea placentera para ambos, el cliente y usted.

¡No olvide!

- Hable sobre el proceso con el cliente. No se aviente y lo haga mecánicamente.
- ¡No olvide sus guantes!
- No olvide mantener al cliente cubierto y preservarle la dignidad durante el proceso.
- Use buenas mecánicas del cuerpo al volarlo y rodarlo – protéjase la espalda.
- No olvide ayudar al cliente con la higiene personal, tal como lavarle las manos al cliente.

6. Cuidado de la Piel después del Baño

El cuidado de la piel después del baño es extremadamente importante. Las enzimas que se encuentran en el orín y en las heces pueden causar irritación de la piel y rozaduras. Estas son parecidas a las rozaduras de un pañal en el bebé. Se aconseja un baño diario para las personas incontinentes.

Si la persona usa toallas sanitarias para la incontinencia (no use la palabra *pañales* al menos que se refiera a un infante), tal vez sea necesario untar algún tipo de protector de la piel a las nalgas y el área perineal.

E. APARATOS DE AYUDA PARA EL BAÑO

Las caídas en el baño son la mayoría de los accidentes más comunes en casa. Puede ser muy resbaloso el piso mojado o con jabón, el mármol o las superficies de porcelana en el baño. La silla diseñada para el baño o la regadera, con barras para sostenerse, permiten que la persona goce del baño cómodamente y sin peligro. Las sillas se encuentran en diferentes estilos y tamaños. De cualquier manera, busque una que sea fuerte, estable y tenga tapas de hule en las patas para evitar resbalarse. Si se usa una silla de baño, se debe de usar con una barra segura para sostenerse y permitir que entre y salga sin riesgo de la tina o de la regadera.

Banco para el baño

Económico y liviano, el banco para el baño le queda bien a una persona de cuerpo pequeño a mediano. Las patas de hule evitan resbalones, y sin respaldo, se puede alcanzar la espalda fácilmente. El banco de baño es lo ideal para tinas angostas y se puede guardar cuando no se está usando. Sin embargo, su base pequeña es inestable.



Silla para el baño

La silla del baño sirve para una persona con falta de fuerza en la espalda y de cuerpo más grande (algunas sillas pueden sostener hasta 400 libras). Aunque la estabilidad es mejor con hule en las puntas de las patas y la base es más ancha, es posible que la silla de baño no quepa dentro de una tina angosta.



Banca de traslado

Una banca es el aparato más seguro para entrar y salir de la tina del baño. A medida que envejece la persona, los músculos de las piernas se vuelven más débiles y es más difícil levantar las piernas para meterse a la tina del baño es más peligroso. Con una banca, la silla ancha está parcialmente dentro y afuera de la tina. La persona se siente en la silla por fuera de la tina y, ya sentada, se mete a la tina resbalando el cuerpo por el asiento hasta el otro extremo. Las copas de succión en las patas ajustables evitan que se resbale. Una toalla en la silla antes de sentarse ayuda a resbalar más fácil en el asiento.

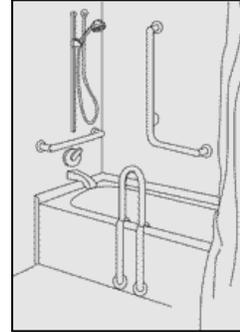


Regaderas manuales

Las regaderas estándar se pueden cambiar con regaderas manuales. Esta regadera permite que la persona detenga el agua al nivel que la necesita durante el baño. Busque mangueras más largas para una persona que se baña sentada.

Barras para sostenerse

El instalar barras para sostenerse en la tina y la regadera puede ayudar a una persona a entrar y salir más fácil y reduce el riesgo de caerse. Una barra de apoyo cerca del inodoro puede brindar apoyo al sentarse o levantarse. Si se necesita más apoyo, hay una variedad de barras que se pueden agregar al inodoro en sí.



Esté al tanto de los siguientes puntos en cuanto a las barras de sostén:

- El diámetro de las barras de sostén debe de ser de 1-1/4" a 1-1/2". Es más fácil apoyarse en las que tienen textura en la superficie.
- El espacio entre la pared y la barra de sostén debe de ser de 1-1/2" para evitar que se atore la mano entre la pared y la barra.
- Para apoyo apropiado, las barras de sostén deben de estar aseguradas en barrotes de la pared o usar anclajes de refuerzo.

Inodoros elevados



A



B



C

Los inodoros elevados ayudan a las personas que batallan para levantarse del inodoro. Entre más alto el asiento, menos distancia tiene que levantarse. Hay diferentes tipos. Las que tienen brazos le ayudan a la persona a empujar para levantarse. Unas tienen patas (el dibujo B arriba) y otras se sujetan al inodoro (dibujos A y C). El estilo del dibujo A puede ser inestable y se necesitan barras de sostén, mientras los otros dos tipos son más estables pero pueden estorbar durante el traslado. Si esto es un problema, busque los que tienen los brazos que se pueden hacer a un lado o las barras de sostén.

Al encargar un inodoro elevado se necesita considerar detenidamente el cuerpo de la persona y su peso. **La persona debe de poder tener ambos pies planos en el piso mientras está sentado en el inodoro, si no, está demasiado alto para él/ella.** También puede ser otra opción el instalar un inodoro "high boy" o "comfort height". Estos inodoros vienen con el nivel del asiento más elevado.

F. ASISTENCIA ALIMENTICIA

Los trabajadores de cuidado directo pueden ayudar a los clientes durante la hora de la comida. Siempre que sea posible, la persona debe de comer con asistencia mínima. Si es necesario, debe de haber equipo adaptivo disponible y así animar al cliente a comer por sí mismo. Alimente a una persona solo si él no puede alimentarse a sí mismo.



1. Ayudando a Preparar el Plato de Comida

- La persona debe de estar sentada con la cabeza elevada para evitar ahogarse.
- Corte la carne, abra las cajas y ponga mantequilla en el pan si es que necesita ayuda.
- Use la descripción al estilo rejos para una persona con impedimento de la vista (ej. La carne está a las 12:00; la ensalada a las 4:00, etc.).

2. Asistencia para Comer

El ayudar al cliente a comer, o darle de comer, es una práctica que muchos Trabajadores de Cuidado Directo usarán cotidianamente. El propósito de esta práctica es el de asegurarse que el DCW sepa la técnica correcta para ayudar o dar de comer a la persona.

Procedimiento: Ayudando a Comer

Artículos para la comida

- Cuchara y/o tenedor, tazón o plato, protector para la ropa, taza.
- Alimentos.

Descripción del proceso

1. Manténgase a toda hora la dignidad y la seguridad del cliente.
2. Infórmese, mediante el plan de cuidado o con el supervisor, para saber si existe peligro de que se ahogue.
3. *Si acaso* es necesaria este tipo de ayuda, asegúrese de cortar la carne, abrir las cajas, poner mantequilla al pan, etc....
4. Siéntese al lado de la persona, al nivel de los ojos.
5. Asegúrese que la persona está sentada con la cabeza elevada para evitar que se ahogue.
6. Ayúdele SOLAMENTE en lo que sea necesario (guíelo gradualmente, tómeme la mano, etc.) **Anime al cliente a ser lo más independiente posible.**
7. Mida la temperatura antes de comenzar. Tiente el recipiente, vea si le sale vapor para asegurarse que la comida está a temperatura aceptable.

8. Explique qué comidas hay en el plato. Use el método del reloj para explicarle a alguien que tiene impedimento visual (“su carne está a las 12:00, sus vegetales están a las 3:00, etc.).
9. Pregunte a la persona que le gustaría comer primero.
10. Vigile a la persona para asegurarse que haya tragado el bocado antes de darle más comida o líquido. Recuérdele a la persona que debe masticar y tragar cada que sea necesario.
11. Ofrezcale de tomar en intervalos con regularidad.
12. Platique amablemente con el cliente mientras que lleva a cabo el alimentarlo, pero no haga preguntas que necesiten respuestas largas.
13. No apure a la persona.
14. Ya que termine de comer, no olvide ayudar a la persona a limpiarse la cara y lavarse las manos como sea necesario.

Sugerencias prácticas

- Tome en cuenta los sentimientos de la persona en cuanto a su necesidad de ayuda. Asegure la dignidad y el respeto permitiéndole a sus clientes que escojan sus alimentos, dándoles opciones en cuanto a las preferencias.
- Este al tanto de cualquier problema que cause fácilmente la frustración o el cansancio de la persona.
- Ponga atención especial a las personas que pueden presentar peligro de asfixio.
- Este seguro de que la comunicación entre usted y la persona va según el paso en el que usted le está alimentando o ayudándole a que coma.

¡No olvide!

- No haga todo para el cliente solo porque sería más rápido para usted. Ayúdele solamente en lo que verdaderamente necesite.
- No tome por hecho que a la persona le gusta cada cosa que le ha servido.
- No trate al cliente como a una criatura. Por ejemplo, no le limpie la boca con la cuchara al cliente.
- Sirva la comida en consistencia apropiada para evitar que se ahogue.

3. Dando de Comer a una Persona que Batalla para Tragar

- Siente a una persona en una silla para evitar que se ahogue o aspire (inhalar líquidos).
- Mantenga orientado al cliente y enfocado en comer.
- Ayúdele a él/ella a controlar el masticar o el tragar escogiéndole los alimentos adecuados (una dieta compuesta de consistencia espesa, la cual es mas fácil de tragar) tales como:

- Huevos tibios, puré de papas y cereales en crema.
- A menudo se usan líquidos espesos.
- Ofrezca una variedad de texturas y temperaturas de alimentos puesto que esto estimula el tragar.
- La dificultad para tragar puede ser solamente temporal y se recuperará después de la enfermedad.

4. Dando de Comer a una Persona con Discapacidad Cognitiva

- Evite cambios. Siente a la persona donde mismo para todas las comidas.
- Evite estimulación excesiva. Demasiada actividad y ruido agrega a la confusión y ansiedad. Quite la distracción si es posible, y reenfoque amablemente a la persona.
- Los alimentos deben de estar listos para comerse cuando la persona se siente (ej. La carne ya está cortada, el pan ya tiene mantequilla, etc.).
- Evite aislar a la persona. El aislamiento causa más confusión.
- Llame al cliente por el nombre que él/ella prefiere. Consiga y mantenga el contacto con los ojos.
- Use una voz calmada, hable suavemente, despacio, claramente y de frente a la persona.
- Mantenga sencilla la comunicación. Use instrucciones sencillas y cortas tal como "levante el tenedor," "ponga comida en el tenedor," "póngase el tenedor en la boca".
- Use objetos o movimientos de la mano para ayudar con señas.

5. Animando a el Apetito: Apele a todos los Sentidos

- Ponga atención a la presentación de los alimentos. Intente que no se revuelvan las comidas.
- Ponga la mesa con un mantel y/o mantelitos. Use platos bonitos, cubiertos y posiblemente flores.



Manera correcta



Manera incorrecta

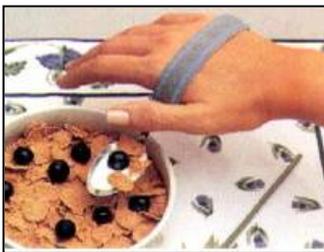
- Ponga música suave.
- Tenga un tema a la hora de comer, tal como al Sur de la Frontera, o italiana, con música apropiada para la comida.
- Mantenga la conversación durante la comida positiva y placentera. Nunca diga cosas como, “¡Si no comes no tendrás postre!”
- Este seguro que tiene puestos los lentes y están limpios (la vista aumenta el atractivo).
- Es posible que necesite aumentar las especias para que sea más apetitosa la comida.

6. Implementos para ayudar a comer

El animar a una persona a comer lo más independientemente posible anima a la persona a ser auto-suficiente, el auto estima y puede ahorrar tiempo. A veces el cliente necesita que le dé de comer o lo guie al comer. Las siguientes son consideraciones en general:

- Dele implementos adaptivos, tal como el cuchillo mecedor, el cual permite cortar con una sola mano.
- Dele comida para la cual no necesita cubiertos (ej. que se come con los dedos, o sopa en un tazón).
- Póngales mangos a los cubiertos para que sea más fácil sujetarlos.
- Use colores de contraste al poner la mesa.
- Sea consistente al servir la comida en el plato y al ponerla en la mesa en orden específica (por ejemplo, las papas están de las 3:00, la carne a las 9:00 para las personas que están impedidas de la vista).

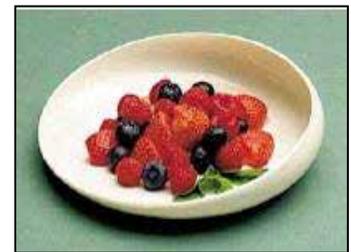
Ejemplos de Implementos para Ayudar a Comer



Cubierto para comer con amarre elástico – Para quien batalla para agarrarlo.



Cuchara doblada y cuchillo mecedor – para quien no puede agarrarlo y para cortar con una mano.



Plato cuchara – la orilla más alta mantiene la comida en el plato.

PRINCIPIOS DEL CUIDADO ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES FÍSICAS

CAPÍTULO 5: TRANSFERENCIAS Y POSICIONAR

CONTENIDO:

- A. Introducción (Objetivos/Términos Clave)
- B. Transferencias (Principios Básicos)
 - 1. Principios de la mecánica del cuerpo para la seguridad de la espalda
 - 2. Uso del cinturón de seguridad
 - 3. Transferencias de la cama
 - 4. Transferencias a/de una silla de ruedas
 - 5. Elevador mecánico
 - 6. Tablas de transferencia
- C. Ambulación (caminar)
- D. Reposicionar (volver a posicionar)
 - 1. Cómo evitar úlceras por presión
 - 2. Cómo evitar contracciones
 - 3. Cómo posicionar a alguien en la cama
 - 4. Cómo posicionar a alguien en una silla o silla de ruedas
 - 5. Ejercicios del arco de movimiento (Range of motion -- ROM)
- E. Aparatos de asistencia
 - 1. Bastones
 - 2. Andadores
 - 3. Sillas de ruedas

A. INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS:

1. Identificar y demostrar la mecánica corporal correcta para las transferencias y la ambulación (caminar con una persona).
2. Explicar la importancia del reposicionamiento y enumerar las técnicas que ayudan a prevenir daños a la piel y úlceras por presión.
3. Describir los aparatos de asistencia comunes y las técnicas para el uso seguro.
4. Demostrar el uso seguro de los aparatos de asistencia.

TÉRMINOS CLAVE:

Ambulación	Mecánica corporal
Andador	Elevador Mecánico
Apalancamiento	Integridad de la piel
Centro de gravedad	Silla de ruedas
Cinturón de seguridad	Tabla de transferencia
Contracción	Transferir, transferencia
Ejercicios del arco de movimiento (Range of Motion -- ROM)	



RECUERDE! Transferencias seguras y procedimientos apropiados protegerán su salud y seguridad y las personas que usted cuida. Equipos y aparatos de asistencia pueden ayudar con ADLs, pero deben ser utilizados correctamente. Si el equipo no se utiliza correctamente, usted y la persona que usted cuida pueden correr riesgo. Este capítulo trata sobre los procedimientos adecuados para la transferencia y la colocación y el uso de aparatos de asistencia y equipo. Sin embargo, hay muchos tipos diferentes de equipo utilizados por nuestros clientes.

A. TRANSFERENCIAS

Principios básicos

Un movimiento tan básico como sentarse o levantarse de una silla puede ser difícil para una persona con discapacidad, dependiendo de su edad, flexibilidad y fortaleza. Técnicas para ayudar a una persona con transferencias pueden variar. Algunas personas requieren un alto nivel de asistencia, también llamado una asistencia máxima. El/la DCW tendrá que usar dispositivos de asistencia, tales como el cinturón de seguridad, o un elevador mecánico. Otras personas requieren menos asistencia, haciendo que el uso de aparatos sea opcional. La altura y estabilidad de la silla o de cualquier otro asiento también juega un papel en una transferencia exitosa. Un asiento ligeramente alzado es preferible a uno bajo o profundo. Una silla con apoyabrazos también es preferible.

Niveles de asistencia en cuanto a las transferencias

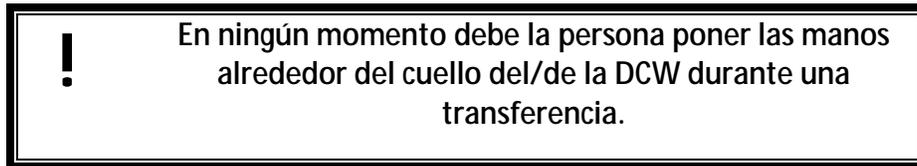
- **Asistencia máxima**
 - Elevador mecánico
 - Cinturón de seguridad con una persona que puede soportar el 50 % o menos de su peso
- **Asistencia moderada**
 - Cinturón de seguridad para una persona que puede soportar el 50% o más de su peso
 - Sugerencias verbales con asistencia física moderada
- **Asistencia mínima**
 - Cinturón de seguridad opcional
 - Ayuda manual con una persona que puede soportar el 85 - 90% de su peso.
 - Orientación verbal y física del cliente.
 - Estar listo/a para ayudar (para asegurar la seguridad).

Indicaciones generales sobre cómo proporcionar asistencia con transferencias

Aunque los procedimientos pueden variar para ciertos tipos de transferencias; existen indicaciones generales que se pueden aplicar cuando se ayuda con cualquier transferencia.

- Explique cada paso de la transferencia y permita que la persona la complete despacio.
- Instruya a la persona verbalmente acerca de la secuencia de la transferencia (p.ej., "Muévase delante de la silla," etc.).
- Al ayudar con la transferencia de una persona **no** la agarre, tire o levante por debajo de los brazos, (codos, hombros, o muñecas) ya que eso puede causar una lesión de las articulaciones.

- **Conozca sus límites:** No transfiera a nadie más pesado/a de lo que pueda manejar.
- Si la persona no se puede parar o está demasiado débil para pararse, el/la DCW debe usar un elevador mecánico para la transferencia. Si el mismo no está incluido en el plan de servicio y si no sabe cómo usar un elevador mecánico, pida que su supervisor/a le dé instrucciones acerca de qué hacer.



1. Principios de la mecánica corporal para la seguridad de la espalda

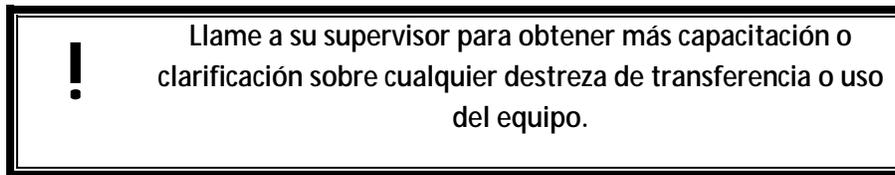
El uso de la mecánica corporal correcta es una parte importante del trabajo del/de la DCW debido a que:

- La persona que necesita apoyo depende del/de la DCW para asistencia práctica. Si el/la DCW no cuida de su propia espalda usando la mecánica corporal correcta, el DCW no podrá proporcionar tal asistencia.
- El hecho de no usar la mecánica corporal correcta arriesga la seguridad tanto de la persona como del/de la DCW.
- Algunas lesiones causan discapacidades permanentes.

Puede dañarse la espalda mientras trabaja en casa de una persona al levantar, empujar o jalar algo pesado, así como al agacharse o estirarse. Como DCW, usted puede haber sentido en persona el dolor y el sufrimiento que causa una lesión en la espalda. La buena noticia es que usted puede aprender maneras sencillas de reducir el riesgo de lastimarse.

Los principios de la mecánica corporal

- **Zapatos adecuados:** Los DCW siempre deben usar zapatos adecuados. Zapatos cerrados antideslizantes.
- **Centro de gravedad sobre base de apoyo.** Es importante que el DCW esté consciente del centro de gravedad sobre la base de apoyo al trabajar con el cliente. Usualmente, el centro de gravedad de una persona está atrás del ombligo de la persona. Una base buena de apoyo es la de estar parado con los pies levemente separados y las rodillas levemente dobladas.
- **Principios del cuerpo como palanca (apalancamiento).** Es importante usar los músculos de las piernas y los brazos, pero el usar el cuerpo para apalancarse también lo es. Imite la postura del cliente. Use el cuerpo entero y no en parte.



2. Uso del Cinturón de Seguridad

Un cinturón de seguridad, a veces llamado un cinturón de transferencia, proporciona al DCW un punto seguro para sujetar mientras ayuda a la persona a caminar o hacer actividades de transferencia.

Asegúrese de que se puede usar un cinturón de seguridad sin riesgo en el caso de esa persona. Ud no podrá usar el cinturón en el caso de:

- Personas que han tenido una cirugía reciente o incisiones en el torso (dentro de las últimas 6-8 semanas).
- Personas con ostomías (p.ej. una colostomía), tubo-G, hernias, un severo EPOC (COPD en inglés), incisiones post quirúrgicas, equipo de monitoreo, tubos o líneas que pueden ser comprometidas por la presión.
- Una persona embarazada. Aplicar un cinturón de seguridad a una mujer encinta puede lesionar al nonato.

Si el/la DCW determina que la persona no puede usar el cinturón de seguridad sin riesgo, el/la DCW debe ponerse en contacto con su supervisor/a para recibir las instrucciones de la agencia acerca de su política y procedimientos específicos.



Procedimiento: Uso del Cinturón de Seguridad

Suministros

El cinturón de seguridad (con dientes de metal o con una hebilla de desenganche rápido).

Descripción del procedimiento

1. Dígame a la persona lo que va a hacer.
2. Posicione a la persona para hacer que el cinturón se enganche con más facilidad. La persona tiene que moverse hacia delante y sentarse al borde de la silla.
3. Coloque el cinturón de seguridad alrededor de la cintura de la persona, arriba del hueso de la pelvis y debajo de la caja torácica. Siempre coloque el cinturón de seguridad por encima de la ropa, y para las mujeres asegúrese que los tejidos del pecho están encima del cinturón.

4. Pase el extremo metálico del cinturón a través de los dientes de la hebilla primero y luego a través del otro lado de la hebilla.
5. Ajústelo para que quede justo pero no incómodo para la persona. Ud debe poder deslizar su mano palma abierta entre el cinturón y la persona.
6. Atraviese el extremo que sobra del cinturón por la banda de la cintura.
7. La correa debe quedar lisa sobre la hebilla.
8. SIEMPRE verifique que la hebilla esté debidamente cerrada antes de usar.
9. SIEMPRE agarre el cinturón de transferencia por la parte de abajo.
10. Quite o afloje el cinturón de seguridad cuando no esté en uso.



Sugerencias prácticas:

- Es importante que Ud pida permiso antes de poner el cinturón de seguridad porque se está por invadir el espacio personal de una persona. Mantenga los derechos de la persona, informándole de todos los procedimientos antes de tomar acción.
- El largo de los cinturones de seguridad es vario; use el tamaño más apropiado para la persona.
- Los cinturones con manijas reforzadas son más fáciles de agarrar y aumentan la seguridad y el control.
- El movimiento que se debe hacer al usar el cinturón es tratar de balancear y tirar en vez de levantar hacia arriba.
- El/la DCW debe caminar un poco detrás de la persona con una mano debajo de la parte trasera del cinturón.
- En algunos cinturones de seguridad, la costura y la etiqueta están en la parte exterior, en otros en la parte interior. No piense que la etiqueta del fabricante está en la parte interior – asegúrese de poner el extremo del cinturón a través de los dientes primero.

¡No se olvide!

- Aplique el cinturón de seguridad encima de la ropa, NUNCA sobre la piel desnuda.

- Verifique en el caso de las mujeres, que el tejido del pecho no esté atrapado por el cinturón.
- Use una buena mecánica corporal al transferir una persona con el cinturón de seguridad.

3. Procedimiento: Transferencia de la cama (a estar de pié)

Suministros

Zapatos/medias o calcetines antideslizantes.



Descripción del procedimiento

1. Dígale a la persona lo que piensa hacer.
2. Si es posible levante o baje la altura de la cama para evitar que la posición ponga demasiada presión sobre la espalda del/de la DCW.
3. Haga que la persona se vuelva de lado, mirando hacia Ud, con los codos y las rodillas flexionadas.
4. Coloque un brazo alrededor de los hombros de la persona (no el cuello) y el otro alrededor de las rodillas.
5. Dígale a la persona que use el antebrazo para levantarse y la mano opuesta para empujarse hasta alcanzar una posición sentada, mientras Ud apoya la espalda y los hombros del cliente con la mano izquierda.
6. Con la mano debajo de las rodillas de la persona, ayúdela a girar las piernas por el lado de la cama con un movimiento fluido. Ayúdele a moverse hasta el borde de la cama si es necesario.
7. Permita que la persona se siente al borde de la cama por un minuto o dos. Asegúrese de que la persona esté orientada y estable antes de intentar que se pare.
8. Ayúdele a ponerse los zapatos antideslizantes (zapatillas deportivas, pantuflas, medias o calcetines antideslizantes , todas ellas son buenas selecciones).
9. Si la cama se alzó o bajó, asegúrese de ajustar la altura para que los pies de la persona toquen el suelo con comodidad.
10. Dígale a la persona que ponga sus pies uniformemente sobre el suelo.
11. Ayude a la persona a levantarse. El/la DCW debe mantener una mano sobre el codo de la persona y la otra detrás de su espalda.

Sugerencias prácticas

- Asegúrese de tener listos los suministros. No deje a la persona al borde de la cama mientras va a buscar las pantuflas o el salto de cama.
- Recuerde de dar apoyo a los miembros y a la espalda durante el procedimiento.
- ¡SEA OBSERVADOR/A! Es común que la presión se baje cuando se va de la posición de acostado/a a la de sentado/a, por lo que a veces la gente se mareo o sufre vértigo. Observe a la persona para ver si hay cambios en su condición, tal como cambio de color, de respiración u otras señas de que está afligido/a.
- Use una buena mecánica corporal al volver, mover o parar a la persona. Proteja su espalda.
- Aliente a que la persona le ayude lo más que posible; eso ayuda a mantener su independencia.

¡No se olvide!

- No se olvide de bajar la cama si se usa una cama mecánica.
- No “tire” a la persona de los brazos, manos, muñecas, etc. Apoye la espalda y las rodillas para evitar lesiones.
- No permita que la persona coloque sus manos/brazos alrededor de su cuello mientras Ud la ayuda.

4. Transferencia a/de una Silla de Ruedas

Un movimiento tan básico como entrar o salir de una silla puede ser difícil para una persona con discapacidad. Técnicas para ayudar a un individuo con las transferencias pueden variar de un mínimo a un máximo de asistencia. Mientras que los procedimientos pueden variar para ciertos tipos de transferencias, hay pautas generales que se aplican al asistir con cualquier transferencia.

Suministros:

- Silla de ruedas; silla
- Cinturón de seguridad.

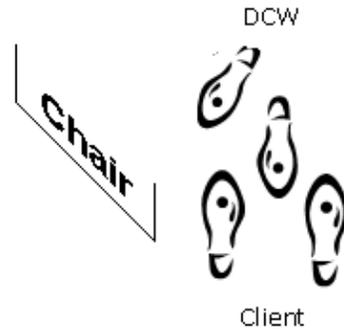


Descripción del procedimiento

Nota: La persona puede soportar el 50% o más de su peso (ayuda moderada)

1. Asegúrese de que la persona puede ponerse el cinturón de seguridad sin riesgo.
2. Explique el procedimiento del cinturón de seguridad a la persona.
3. Pida a la persona permiso para usar el cinturón de seguridad. Explique que es un dispositivo de seguridad y que el mismo será quitado en cuanto se complete el procedimiento.
4. Dígale a la persona lo que va a hacer.

5. Trabe las ruedas de la silla de ruedas.
6. Ponga el descansapie hacia arriba y gírelo hacia un lado o quítelo.
7. Quite el descansabrazos más cercano a la silla (o hágalo caer si es posible).
8. Coloque la silla a un ángulo de 45 grados con respecto a la silla de ruedas.
9. Haga que la persona se mueva al frente del asiento de la silla de ruedas.
10. Use el cinturón de seguridad alrededor de la cintura de la persona para ayudarle a salir de la silla de ruedas (refiérase a la destreza del cinturón de seguridad).
11. Colocación de los pies (dependiendo de la discapacidad o preferencia del cliente):
 - Coloque ambos pies delante de los pies del cliente con los dedos de los pies apuntando hacia afuera.
 - Coloque un pie un poco más adelante del otro. El pie de adelante se coloca entre los pies del cliente.



12. Haga que la persona se agarre de sus hombros o de sus brazos, ¡no de su cuello!
13. Agarre el cinturón de seguridad por ambos lados con los dedos debajo del cinturón.
14. Doble las rodillas y las caderas. Levante con sus piernas, no con su espalda.
15. Ayude a la persona a que se pare, reflejando la postura de la misma.
16. Haga que la persona se pare por un minuto, cambiando de peso de un pie al otro.
17. Levante los pies y muévalos para que queden en frente de la silla, a medida que la persona toma pequeños pasos hasta estar en posición parada en frente de la silla.
18. Pregúntele a la persona si siente el asiento de la silla detrás de sus piernas.
19. Haga que la persona ponga sus manos sobre los descansabrazos.
20. Ayude a la persona a que se siente, reflejando la postura de la misma.



Sugerencias prácticas:

- El/la DCW debe siempre usar zapatos apropiados (zapatos de tacón bajo, cerrados y con suelas antideslizantes).
- Use movimientos suaves y fluidos.
- No se apresure al ejecutar el procedimiento de transferencia.
- No transfiera una persona que es demasiado pesada para este tipo de transferencia.

¡No se olvide!

- Mantenga el cuerpo bien alineado; use las debidas mecánicas corporales.
- Muévase girando los pies, sin distorsionar el cuerpo.
- Asegúrese de colocar el cinturón de seguridad de la debida manera.

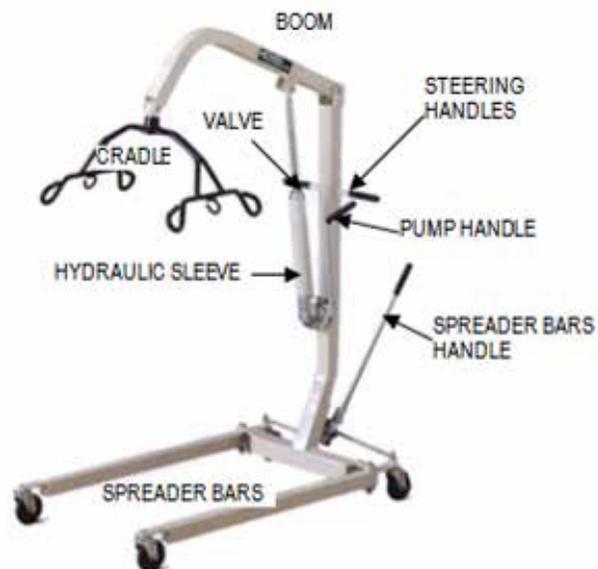
! En ningún momento debe la persona poner las manos alrededor del cuello del/de la DCW durante la transferencia.

5. Elevador Mecánico

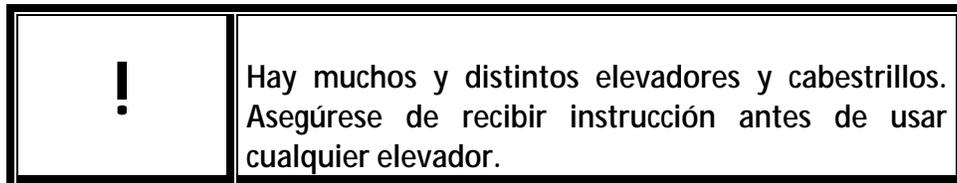
Un *elevador mecánico* se usa para transferir a una persona de la cama a la silla de ruedas, de la silla de ruedas al sofa, etc., y **no** para transportar a alguien de un cuarto a otro. Hay distintos modelos. Ud probablemente aprenderá a operar un tipo de elevador en esta clase. Cuando trabaja con un cliente que usa un elevador mecánico asegúrese de practicar cómo usarlo. Si el modelo es distinto, pida las instrucciones. **Nunca** opere un dispositivo en cuyo uso no ha sido capacitado/a.

Partes de un elevador mecánico

- Barras espleadoras (Spreader bars).
- Manijas de manejo (Steering handles).



- Ruedas delanteras o rodachinas (Caster wheels).
- Manga hidráulica (Hydraulic sleeve).
- Pluma (Boom).
- Suspensión (Cradle).
- Válvula o gancho de detención (Valve or Pin stop).
- Cabestrillo de:
 - Lona/malla (canvas/mesh).
 - De una pieza (One piece).
 - Con sitio para el inodoro (Commode cut out).
 - Partido o con figura de U (Split or U shape).



Procedimiento: Uso de un Elevador Mecánico

- a. Examine el elevador mecánico para asegurarse de que está en buenas condiciones de operación.
- b. Avise a la persona paso por paso lo que va a hacer.
- c. Ponga la cama en posición completamente horizontal cuando transfiera a una persona.
- d. Vuelva a la persona de lado para que mire hacia el lado opuesto y coloque la parte lisa del cabestrillo para que le toque el cuerpo. Vuelva a la persona de vuelta hacia Ud para que quede de espaldas. El cabestrillo ahora está debajo de la persona. Asegúrese de usar la mecánica corporal correcta cuando mueve a la persona de un lado a otro.
- e. Mueva al elevador para que quede en posición. Use la manija de las barras esplegadas para abrirlas y dar una base de apoyo más amplia cuando hace rodar el elevador con la persona en el cabestrillo.
- f. Si está usando un cabestrillo con cadenas, coloque los ganchos de las cadenas desde la parte interior del cabestrillo hacia afuera, para que los ganchos no rasguen a la persona.

- g. Si está usando un cabestrillo, cuyas correas tienen códigos de colores, sujételo a la suspensión de modo que el color de la correa que Ud usa sea el mismo para cada lado de la misma, como por ejemplo, púrpura por ambos lados.
- h. Ponga los brazos de la persona en una posición segura dentro del cabestrillo. Si la persona no puede hacer esto por sí sola, Ud lo puede hacer envolviendo el brazo de la persona con la parte baja de su camisa o usando una toalla de mano envuelta alrededor del brazo de la persona como un manguito.
- i. Bombée la manija hasta que la persona alcance una elevación justo por encima de la cama, liberándose apenas de ella. Haga rodar al cliente para que enfrente la manga hidráulica con los pies a horcajadas de la misma.
- j. Use la manija de manejo para tirar al elevador fuera de la cama y manobriarlo hacia la silla o la silla de ruedas. Libere la válvula poco a poco, bajando a la persona mientras pone su mano sobre la rodilla de la persona y suavemente la mueve para que ésta quede tocando el fondo de la silla. Este paso ayuda a que el cliente se posicione correctamente sobre la silla.
- k. Chequee para ver si la persona está posicionada correctamente en la silla. Desenganche las cadenas o las correas y mueva al elevador fuera del sitio. Deje el cabestrillo debajo de la persona a menos que le digan que haga otra cosa.

c d

Transición desde una Transferencia Corporal a un Elevador Hoyer

He estado proporcionando cuidado a mi madre los últimos doce años. Amo a mi madre y quiero estar a su lado ya que siempre estuvo pendiente de mis necesidades. Mi madre tiene ochenta y pico de años y todavía es enérgica y muy orgullosa de su independencia. Al principio, mamá sólo necesitaba un poco de ayuda al levantarse. Luego tuvo que empezar a usar un andador. Pudo manobriarse de un lado a otro bastante bien. A medida que pasó el tiempo, mamá tuvo que empezar a usar una silla de ruedas. Nunca noté de veras la ayuda adicional que le estaba dando. A medida que pasaba el tiempo, mi cuerpo empezó a sentir achaques y dolores debido a las transferencias. Hablé con mi supervisora quien decidió hacerme una visita. Ambas estuvimos de acuerdo que teniendo un Elevador Hoyer ayudaría a evitarme un mayor estrés del cuerpo además de mantener la seguridad de mi mamá durante las transferencias. La verdad es que la primera vez que pensé en usar el Elevador Hoyer, sentí que era bastante intimidante. Tanto mi mamá como yo estuvimos muy apenadas debido que teníamos que enfrentar un nuevo reto. La independencia física de mi madre se estaba lentamente erosionando. Tanto mamá como yo hablamos de nuestros sentimientos al enfrentar esta transición. Es una bendición saber que mamá entiende la importancia de que tengo que cuidarme. Entiende lo que pasaría si algo ocurriera para herirme. Somos un equipo y un equipo seguiremos siendo.

b a

6. Tablas de Transferencia (Transfer or Slide Board)

Una *tabla de transferencia o deslizamiento*, está hecha de Madera o plástico y se puede usar para transferencias entre superficies con la misma altura, tales como desde una silla de ruedas al inodoro o al asiento de un coche. Es particularmente útil para personas que no pueden pararse pero tienen fuerza en las extremidades superiores. Hay muchas clases de tablas de transferencia. La que se debe usar dependerá del peso y de la capacidad funcional de la persona.



Para usar, la persona debe mover su peso a un lado y el ayudante o DCW colocará un extremo de la tabla por debajo de la cadera o muslo de la persona. El otro extremo se coloca sobre la superficie a la que la persona se transfiere. La persona se arrastrará encima de la tabla hasta ubicarse sobre la otra superficie. Una vez hecho esto, la persona cambia de peso permitiendo que se le quite la tabla.

B. AMBULACIÓN (CAMINAR)

1. Ayuda con la Ambulación (con caminar)

La ambulación simplemente significa caminar, mover de un lado para otro. Es importante entender que cada persona es diferente en cuanto al nivel de ayuda que necesita.

Cada cliente es distinto en cuanto al nivel de asistencia que requiere y la ayuda que se le debe prestar también será diferente para cada uno. Hemos oído el Viejo dicho que dice que no hay dos personas que se parezcan. También no hay dos discapacidades que se parezcan. La cuestión se torna en cómo hacemos esto cuando la persona a la que ayudamos no puede hacerlo por sí sola?

La ambulación tiene varios beneficios, algunos de los cuales incluyen:

- Aliviar el estrés y la ansiedad.
- Mejorar y/o mantener la fortaleza de los músculos.
- Mejorar la circulación.
- Disminuir los problemas de la digestión y eliminación.
- Mejorar el apetito.

Suministros

- Un cinturón de seguridad y/u otros dispositivos para la ambulación, tales como un bastón o un andador.
- Zapatos antideslizantes que le queden bien.



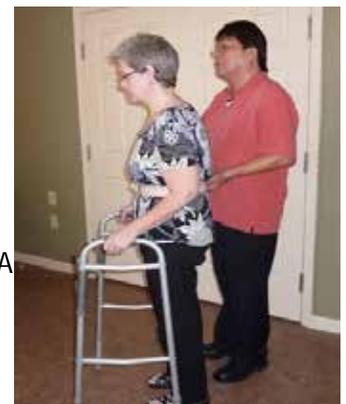
Descripción del procedimiento

1. Antes de comenzar a trabajar con una persona, Ud debe familiarizarse con el plan de apoyo y con las expectativas y requisitos. Póngase en contacto con su supervisor/a para clarificar la situación.
2. Asegúrese que la persona puede usar el cinturón de seguridad sin riesgo. Diríjase a la “aplicación del cinturón de seguridad” para averiguar cuál es el procedimiento y qué contraindicaciones hay.
3. Comunique el procedimiento/acciones a la persona antes de comenzar.
4. Póngale zapatos antideslizantes que le queden bien.
5. Haga que el aparato de ambulación de la persona esté listo y a la disposición de la persona si se lo requiere.
6. Póngale el cinturón de seguridad (diríjase al procedimiento para la aplicación del cinturón de seguridad).
7. Asegúrese de que la persona tiene los pies puestos firmemente sobre el suelo.
8. Agarre el cinturón por debajo para mayor seguridad.
9. Asista al cliente para que se pare y permanezca levantado sobre los dos pies, según se describe en las destrezas previas.
10. Camine por detrás y a un lado de la persona durante la ambulación; sujete el cinturón directamente detrás de la persona. Esté consciente de estar apoyando el lado más débil si lo hay.
 - o Lado derecho: Ud debe estar parado/a entre las 4 y 5 horas del reloj.
 - o Lado izquierdo: Ud. Debe estar parado/a entre las 7 y 8 horas del reloj.
11. Deje que la persona establezca el ritmo y asegúrese de caminar usando el mismo pie que la persona, manteniendo el cinturón de seguridad bien agarrado.
12. Vigile para ver si hay señas de fatiga.



Ambulación con Bastón

La manija del bastón debe estar adonde cae la muñeca de la mano más fuerte de la persona mientras ésta está parada con el brazo al lado del cuerpo. La persona debe usar el bastón del lado más fuerte



y el/la DCW debe caminar por el lado más débil desde donde puede prestar ayuda.

Ambulación con Andador

Cuando ayuda a una persona a ambular con el andador, es imperativo que la persona quede dentro del marco del mismo. Asegúrese que el andador es del tamaño adecuado para la persona. El/la DCW debe siempre caminar del lado débil de la persona para proporcionar un apoyo adicional si se necesita.

Nota especial: En caso de que la persona se desmorone o pierda su equilibrio, es aceptable dejar que se siente cuidadosamente en el suelo. El/la DCW no debe tratar de levantar, sujetar o agarrar a la persona si ésta empieza a caerse.

Sugerencias prácticas:

- Comunique a la persona cuáles son las expectativas en todo momento.
- Aliente a que la persona ayude lo más que posible.
- Esté consciente de y quite del camino todo obstáculo que pueda causar tropiezos: cuerdas eléctricas, tapetes, trastos.
- Asegúrese de estar parado/a del lado débil de la persona, si lo hay.
- Sea observador/a: la persona puede cansarse con facilidad y sólo poder tomar unas caminatas muy cortas.
- Asegúrese de que los dispositivos de asistencia son del tamaño apropiado; notifique a su supervisor/a si tiene alguna preocupación al respecto.
- Las puntas de los bastones se desgastan con el pasar del tiempo, y puede ser necesario reemplazarlas periódicamente.
- No apresure a la persona porque debe cumplir con su programa.

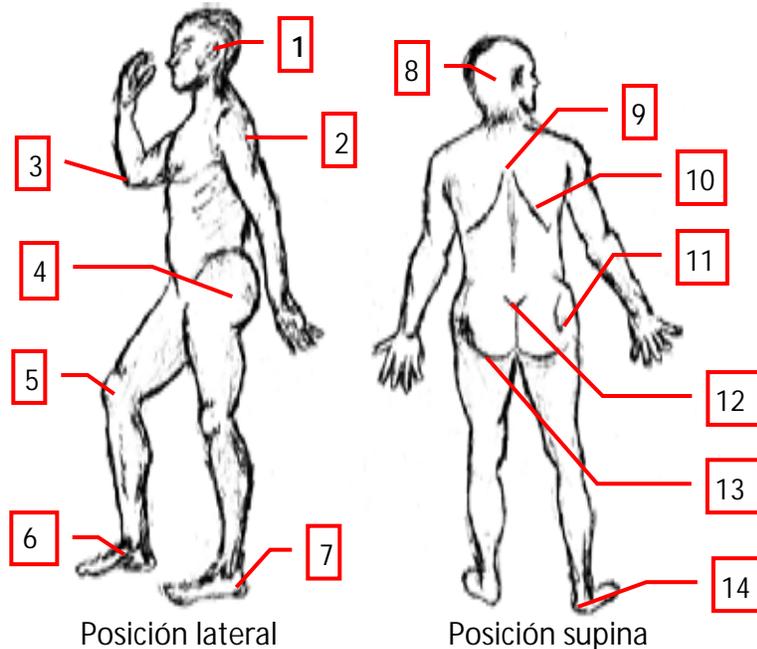
¡No se olvide!

- Mantenga el cinturón de seguridad bien agarrado.
- No piense que una vez que la persona esté levantada y moviéndose, de que continuará manteniendo su equilibrio. Siempre esté preparado/a para una caída.

C. REPOSICIONAR (volver a posicionar)

Algunas personas permanecen mucho tiempo en cama o en una silla o en una silla de ruedas. Algunas de ellas pueden cambiar de posición por sí mismas, pero otras necesitan ayuda. El/la DCW es responsable de recordarle a la persona de que cambie de posición regularmente y proveer asistencia cuando sea necesario. Esto ayudará a evitar que la piel se agriete y los músculos se endurezcan. Alguna gente quizás necesite ayuda para reposicionarse o para hacer ejercicios para evitar contracciones. Después de darle vuelta o después de una transferencia, asegúrese de que la persona esté debidamente posicionada.

Áreas del Cuerpo Más Afectadas por la Presión



Área del Cuerpo

1. Oreja
2. Hombro
3. Codo
4. Cadera
5. Parte interior de la rodilla
6. Parte interior del talón
7. Parte exterior del pie
8. Parte trasera de la cabeza
9. Espina dorsal
10. Omóplatos
11. Caderas
12. Cóccix
13. Isquion
14. Talón

Ilustración de Lance

1. Cómo Evitar Llagas por Presión (úlceras)

Una persona que permanece sentada por mucho tiempo puede deslizarse fuera de una silla. El/la DCW tiene que ayudar a esa persona para que se repositone. Si la persona está sentada en una silla de ruedas, asegúrese de que las ruedas estén trabadas antes de repositonarla. Aún si está bien sentada, se debe alentar a que la persona cambie de posición de vez en cuando, para evitar irritaciones y úlceras por presión sobre la piel. Además aliente el uso de almohadones que alivian la presión específicamente fabricados para las sillas de ruedas (no use almohadas o cojines de plástico con un agujero en el centro).

Cuando una persona permanece en cama mucho tiempo, también es importante darle vuelta y cambiar de posición. Algunas personas solo necesitan que se les avise; otras necesitan que se les preste ayuda. La persona puede alternar posiciones, yendo de estar de espaldas (decúbito supino) al lado (decúbito lateral) o cara abajo (decúbito prono).

Las personas que no pueden cambiar de posición por sí mismas necesitan que el/la DCW cambie su posición **cada dos horas**. (Vea también la sección sobre el cuidado de la piel.)

Para más información, vea la sección B, Cuidado de la Piel, en el capítulo 4, Cuidado Personal del material de capacitación de este curso.

2. Cómo Evitar Contracciones

Una contracción es cuando el músculo se entumece debido a la inmovilización (no poder moverse). Después de un derrame cerebral u otra lesión, los músculos puede permanecer inactivos por largos plazos. Durante ese tiempo, el músculo se atrofia: se vuelve más pequeño y más corto, algunas veces hasta tal punto que ya no se puede usar. Las contracciones se pueden formar en las manos, los dedos, los brazos, las caderas, las rodillas y las pantorrillas.

Cuando una persona con discapacidad está sentada, asegúrese de que esté erguida para evitar que se formen contracciones de los músculos del pecho y de la parte anterior de los hombros. Asegúrese de que ambos pies estén puestos uniformemente sobre el piso, y aliente a que la persona mantenga las palmas abiertas y hacia abajo, de forma relajada, sobre la mesa o sobre le descansabrazo. Esto evitará que se formen contracciones en las manos. Poniendo una toallita enrollada en la mano de la persona quizás ayude a evitar las contracciones de la mano y de paso ayudar con la higiene también.

Una vez desarrollada una contracción, el tratamiento puede ser difícil o doloroso. Limita severamente el movimiento y la independencia de la persona. Los DCW pueden ayudar a evitar contracciones mediante el debido posicionamiento, ejercicio y equipo.

3. Cómo Posicionar a Alguien en una Cama

El debido alineamiento de la persona mientras está en la cama puede ser esencial para el confort y descanso adecuado de la persona. El/la DCW debe conscienzudamente ayudar a que la persona mantenga un buen alineamiento del cuerpo, atender activamente los puntos de presión y estar consciente del apoyo a las curvas naturales del cuerpo. Estas curvas deben ser apoyadas para evitar presiones indeseables que pueden conducir a zonas de incomodidad o llagas por presión.

El debido posicionamiento:

- Ayuda a que la persona se sienta más cómoda.
- Alivia la tensión.
- Ayuda a que la función corporal sea más eficiente.
- Evita complicaciones con respecto al deterioro de la piel y llagas por presión.

Procedimiento: Cómo posicionar en la cama

Suministros

Frazadas, almohadas.

Descripción del procedimiento

1. Tome precauciones para proteger la privacidad de la persona.

2. Comuníquese con la persona acerca de las expectativas y el procedimiento (cómo se siente más cómoda, si tiene algún problema sobre las presiones, cuáles son sus preferencias personales).
3. Alce la cama hasta alcanzar una posición cómoda, baje la barandilla lateral (si se dispone de una cama mecánica).
4. Déle vuelta a la persona a la nueva posición cómoda y preferida (dándole apoyo al torso superior y a la cabeza).
 - Posición supina: de espaldas uniformemente.
 - Posición de Fowler: de espaldas con la cabeza levemente alzada.
 - Posición lateral: de un lado o del otro.
 - Posición prona: sobre el estómago.
5. Coloque una almohada
 - Debajo de la cabeza de la persona, los hombros, y los riñones (parte más estrecha de la espalda).
 - Debajo de los brazos y codos.
 - A lo largo y por debajo de los muslos de la persona para evitar la rotación externa de la cadera.
 - Debajo de los tobillos para alzar los talones fuera de la cama. No eleve simplemente los tobillos sin dar apoyo a las rodillas y las pantorrillas.
6. Las rodillas se pueden flexionar y apoyar con una pequeña almohadilla o con una frazada enrollada.
7. Se puede añadir una pequeña almohadilla o rollo a los pies para evitar que se caigan.

Cómo Posicionar a Alguien en una Cama



Posición supina, de espaldas, usando almohadas como apoyo; los talones fuera de la cama—note que la almohada bajo la cabeza se coloca debajo de los hombros y que hay almohadillas debajo de los tobillos, pantorrillas, y rodillas.



Posición lateral, de lado, con almohadas como apoyo – la persona no debe ser ubicada a un ángulo de 90 grados (cadera a la cama) pero un poco más de lado, yacendo hacia adelante o hacia atrás.

incorrecto correcto correcto



4. Cómo Posicionar a Alguien en una Silla de Ruedas

Cuando una persona con discapacidad se sienta en una silla de ruedas, asegúrese de que esté erguida para evitar el riesgo de llagas por presión. La debida posición cuando se está sentado/a es cuando el cuerpo está bien alineado y cómodo. Un buen alineamiento involucra tener la cabeza, hombros y caderas directamente encima del eje de la rueda.

Prepárese para ejecutar esta técnica reposicionándose a sí mismo/a en una silla: Siéntese al borde de una silla y muévase hacia atrás sin usar la mano. Este movimiento de trasladarse hacia atrás en una silla (primero por un lado y luego por el otro) se usa en la técnica del reposicionamiento.

Procedimiento: Cómo posicionar a alguien en una silla de ruedas

1. Explique a la persona qué medidas va a tomar para reposicionarlo/a.
2. Trabe la silla poniendo a las ruedas en la posición delantera (eso se puede lograr moviendo la silla de ruedas hacia atrás). Entonces las ruedas giran para adelante, estableciendo una base fuerte de apoyo para la silla.

Posición incorrecta de las ruedas delanteras



Posición correcta de las ruedas delanteras



3. Ponga el descansapie a un lado si lo hay.

4. Párese delante de la persona con el pie izquierdo de la persona entre sus piernas.
5. Haga que la persona se incline hacia delante y ponga la cabeza encima de su cadera izquierda. Esto ubica la gran parte del peso de la persona sobre la nalga derecha. Su brazo izquierdo debe abrazar la espalda de la persona para darle estabilidad.
6. Coloque su brazo derecho debajo del muslo de la pierna izquierda de la persona, presionando ligeramente la rodilla izquierda de la persona contra su propia pierna. Lo mejor es



usar un área amplia encima de su rodilla para presionar contra la rodilla de la persona.

7. Con un movimiento fluido, use su cuerpo entero para empujar a la persona suavemente hacia la parte trasera de la silla de ruedas.
8. Permita que la persona se siente y luego haga los mismos pasos del otro lado de la persona que debe ser reposicionada.
9. Quizás necesita hacer esto varias veces (tanto para el lado izquierdo como para el derecho) para obtener el alineamiento correcto de la persona en la silla de ruedas.

Sugerencias prácticas

- Siempre explique a la persona lo que va a hacer.
- Asegúrese de que las ruedas estén trabadas.
- Asegúrese de que el peso de la persona esté del lado opuesto del lado que se está por reposicionar.
- Use su cuerpo entero cuando esté reposicionando.

¡No se olvide!

- Siempre use la debida mecánica corporal. Una mecánica corporal pobre puede lesionar tanto al cliente como al/a la DCW.
- No acelere el procedimiento; Ud quizás deba hacer este procedimiento un par de veces para que la persona llegue a sentarse bien atrás en la silla.
- NO LEVANTE a la persona por encima de los brazos de la silla de ruedas.

Nota: Cuando ejecuta este procedimiento con alguien en la silla, asegúrese de que ésta esté bien trabada y no se mueve. Luego siga los pasos de 4 a 8 del procedimiento anterior.

5. Ejercicios del Arco de Movimiento (Range of Motion -- ROM)

Los ejercicios del arco de movimiento son la mejor defensa contra la formación de contracciones. Un fisioterapeuta, enfermera a domicilio u otro profesional del cuidado de la salud debe recomendar ejercicios del arco de movimiento para que las personas con discapacidades los puedan hacer en casa. El enfoque de estos ejercicios está centrado en las articulaciones. Cada moción debe ser repetida despacio y suavemente, y nunca más allá del punto de dolor. **Nunca haga ejercitar una articulación hinchada o roja.**

Algunas personas pueden hacer ejercicios del arco de movimiento independientemente; quizás sólo necesiten aliento y dirección de su parte. Otras necesitarán que las ayude. Eso quiere decir ayuda para levantar, estrechar y mover los miembros y las articulaciones, o de recibir indicaciones sobre cómo ejecutar el ejercicio. Algunas otras, con mayores limitaciones físicas, quizás dependan de alguien para que les mueva los miembros durante los ejercicios. A pesar de cuánto se involucra o no, la persona se beneficiará por haber hecho el movimiento: le permitirá mantener un mayor arco de movimiento.

Los ejercicios activos del arco de movimiento (Active ROM exercises) los hace la persona.

Los ejercicios pasivos del arco de movimiento (Passive ROM exercises) los hace el/la DCW. Los ejercicios pasivos ROM deben ser aprobados por un profesional del cuidado de la salud para limitar la responsabilidad legal. Refiérase al plan de apoyo o pida que su supervisor/a le dé instrucciones antes de prestar ayuda con algún ejercicio.



Refiérase al plan de servicio o pregunte a su supervisor/a para recibir instrucciones antes de ayudar a alguien con cualquier ejercicio.

D. APARATOS DE ASISTENCIA

1. Bastones (Canes)

A medida que las personas envejecen, actividades diarias importantes como caminar, vestirse, bañarse y alimentarse pueden tornarse cada vez más difíciles de manejar. Mucha gente anciana depende de aparatos de asistencia para poder ejecutar estas actividades.

Bastones de metal son preferibles a los de madera, ya que ésta última se puede astillar o rajar. La manija del bastón debe tener la altura de la muñeca de la mano opuesta a la del lado más débil de la persona. Mientras el cliente esté parado y agarrando el bastón, el codo debe estar a un ángulo de 20 a 30 grados. El bastón de cuatro pies ofrece más estabilidad para ayudar a que el usuario mantenga su equilibrio mientras camina. Bastones con regatones en la punta proporcionan tracción, absorben los impactos y por lo tanto protegen la mano. Una correa de muñeca sujeta a la manija del bastón es conveniente. Permite que la mano esté libre sin tener que dejar de lado al bastón. También impide que a la persona se le caiga el bastón.

Uso eficaz del bastón

- Una persona no debe subir o bajar las escaleras con bastón y tampoco debe subir sin usar el pasamanos o el apoyo de otra persona del lado opuesto. La mayoría de los bastones de cuatro pies y demás bastones de base amplia no se pueden usar en las escaleras con seguridad.
- Es mejor no usar bastones sobre superficies donde hay nieve o hielo porque se pueden resbalar. Sin embargo, regatones de metal o goma que se adhieren al hielo pueden dar mayor protección contra los resbalos.
- Asegúrese de que los mismos no se hayan gastado. Regatones de reemplazo se hallan disponibles en las farmacias más grandes.

2. Andadores (Walkers)

Los andadores ocupan el segundo puesto después de los bastones en cuanto a la cantidad de usuarios: casi dos millones de personas en los EUA los usan. Desde que fueron introducidos más de doscientos años atrás, los andadores han cambiado enormemente. Capaces de apoyar hasta el 50% del peso de una persona, los andadores son más estables que los bastones. Los andadores son serviciales para personas con artritis, rodillas o tobillos débiles o problemas con la estabilidad.

El **andador estándar** es el tipo más básico y más común usado en la terapia. Para operar, la persona levanta el andador, lo mueve adelante y lo pone de nuevo sobre el piso, con cada paso. Debido a que se tienen que levantar, su uso extenso puede causar tensiones en las muñecas, hombros y brazos.

Uso eficaz del andador

- Un profesional, tal como un médico o fisioterapeuta, debe ayudar a elegir o recetar un andador y luego demostrar cómo se camina correctamente con él.
- La altura de un andador es óptima cuando los codos flexionados de los brazos de la persona están a un ángulo de 20 a 30 grados. La parte superior del manubrio del andador debe tener la misma altura que la curva de la muñeca de la persona.
- Para evitar tropiezos o caídas, la persona debe:
 - Siempre mirar adelante, y no a los pies.
 - Caminar adentro del andador (evitando empujar al andador adelante demasiado lejos como si fuera un carrito de supermercado).
 - Usar el andador solamente en lugares bien iluminados. Se deben evitar lugares con trastos, tapetes, y cables.
 - Calzar zapatos apropiados. Zapatos de tamaño adecuado con suelas de goma son los mejores. Se deben evitar calzados sin ajustar, tales como zapatillas, o zapatos con suelas deslizantes.
 - Evite usar el andador en las escaleras.

Cuartos pequeños, tales como los baños, pueden impedir el uso seguro de un andador. Una solución es de instalar barras de sostén. Con un andador de ruedas, es posible que

Ud pueda reversar las ruedas las que entonces quedan al interior del andador, ahorrando 3-4 pulgadas de espacio.

Clases de andadores



A. Estándar



B. De dos ruedas



C. Rodante

A diferencia del andador estándar (imagen A más arriba), el usuario simplemente empuja el **andador de ruedas** (el de 2 ruedas – foto B), hacia adelante. No es necesario levantarlo, así que el modo de caminar es más natural. Algunos tienen elementos auto deslizantes que permiten que las piernas traseras apenas rocen la superficie. Otra opción podría ser insertar pelotas de tenis en la parte inferior de las piernas del andador que les permita deslizarse con más facilidad.

Andadores rodantes (Rodantes, 3 o 4 ruedas – foto C) requieren menos energía. Se hace más fácil deslizarse sobre alfombras y umbrales y aún dar vuelta atrás. Los andadores rodantes a menudo tienen frenos de mano. El tamaño de la rueda y el peso del andador varían mucho entre los distintos modelos de andadores con ruedas.

Todos son más pesados que los andadores rígidos o plegables. Muchos andadores no se pliegan por lo que son difíciles de transportar. Se mueven con facilidad en todas las direcciones, por lo que se debe tener cuidado de no dejar que el andador ruede, mientras se intenta sentarse en su asiento. Asegúrese de pedirle a su dueño/a que ponga el freno de mano antes de sentarse.

3. Sillas de Ruedas (Wheelchairs)

Hoy día, personas mayores de edad usan más sillas de ruedas que cualquier otro grupo de edad. Desafortunadamente mucha gente no está consciente de que existe una gran variedad de sillas de ruedas apropiadas para distintos requisitos y sólo conocen la silla de ruedas estándar de tareas pesadas.

Mucha gente compra sillas de ruedas en ventas de garajes, o las reciben como regalo de parte de amistades bien intencionadas. Desafortunadamente, esta práctica conduce a que el

usuario y la silla no "cuadren" bien el uno con el otro, lo que puede llevar a problemas con la piel en el futuro. Para evitar esta situación, es muy importante consultar con un experto, tal como un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional, antes de seleccionar una silla de ruedas. Las personas a menudo usan las sillas de ruedas durante largos períodos del día, así que es importante que estén cómodas.

La silla más común es la **silla de ruedas estándar**. Puede pesar más de cuarenta libras. El peso de una silla de ruedas ligera (20-25 libras) es más fácil de transportar o almacenar.

Las sillas de ruedas eléctricas operan a base de baterías y requieren menos fuerza física para mover que las sillas estándar manuales. Proporcionan independencia para personas que no pueden propulsarse mediante las sillas manuales. Ya que estas sillas tienen que llevar baterías pesadas y sistemas eléctricos, sus estructuras son generalmente más fuertes que las de las sillas manuales. Debido al equipo extra que llevan, las sillas eléctricas pueden ser un poco más anchas, más pesadas y no plegables y son difíciles de maniobrar en lugares estrechos. La mayoría de las sillas eléctricas deben ser transportadas mediante una camioneta. El suministrador debe explicar cómo y cuándo se deben cambiar las baterías. Con un uso regular, la batería debe durar como mínimo un año antes de que sea necesario reemplazarla. Ya que las baterías de las sillas de ruedas son distintas de las baterías de un auto, compre baterías solamente a partir de un suministrador de sillas de ruedas.

Las motonetas también operan a base de baterías y se parecen a una plataforma horizontal con tres ruedas y una silla. Las motonetas son útiles para personas que pueden caminar cortas distancias pero necesitan ayuda para caminatas más largas. Algunas motonetas se pueden desmontar fácilmente para luego transportarlas en el baúl del coche.

Accesorios para una silla de ruedas

- Las banderitas de seguridad hacen que la persona o la silla de ruedas sea más visible. Es una banderita roja sujeta a un mástil delgado y largo.
- También pueden agregar luces para seguridad adicional, especialmente para uso de noche.
- Algunas sillas de ruedas tienen cestos, paragolpes y marquesinas para el sol.

PRINCIPIOS DE CUIDADO: ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES FÍSICAS

CAPÍTULO 6 – SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD

CONTENIDO

- A. Principios Básicos
- B. Sexualidad y Envejecimiento
- C. Sexualidad y Discapacidades

OBJETIVOS

1. Describa los problemas de la sexualidad relacionada con las discapacidades del envejecimiento y físicas.

TÉRMINOS CLAVE

Compromiso

Disfunción Eréctil

Impotencia

Lleno de Valores

Política Social

Sexualidad

A. PRINCIPIOS BASICOS

La sexualidad de la persona involucra un sentido total propio en cuanto a masculino o femenino, hombre o mujer, al igual que la percepción de lo que quiere decir para otros el ser masculino o femenino. Esto incluye las actitudes acerca de nuestro cuerpo y el cuerpo de los demás. La sexualidad es emocional, física, cognitiva, llena de valores y espiritual.



Se debe de hacer una distinción al comienzo entre el sexo y la sexualidad. Sexo se refiere al acto físico de hacer el amor, hasta la expresión genital. El sexo es, en hecho, solo una pequeña parte de la sexualidad. La sexualidad es una expresión de sí mismo integrada, individualizada y única.

- **La sexualidad es emocional.** Con el inicio de la pubertad, los niños y niñas comienzan a ser más conscientes de sus cuerpos, los de otras personas y las emociones relacionadas. Toda la vida, la sexualidad tiene que ver con los sentimientos acerca de uno mismo y los demás, dolor, placer, amor, odio, tacto físico y límites.
- **La sexualidad es física.** Tiene que ver con el tacto, la cercanía física y la expresión sexual. Todos los cinco sentidos están involucrados, tacto, olfato, sabor, visual y oído.
- **La sexualidad es cognitiva.** Actitudes mentales, el comprenderse a uno mismo y las relaciones ayudan a expresar quién y qué son las personas como seres sexuales. El lenguaje es parte clave de nuestra sexualidad en nombrar las partes, actos físicos y nuestras propias experiencias al comunicarnos con la demás gente.
- **La sexualidad está llena de valores.** Las palabras y conceptos tales como justicia, amor, norma, debe de o no debe de, son éticas en el carácter y son importantes para entender a fondo la sexualidad. Los valores propios determinan la honestidad, fidelidad, el guardar una promesa, decir la verdad y los propósitos de la expresión sexual.
- **La sexualidad es espiritual.** El acto sexual tiene que ver con dar de sí mutuamente. Hay una entrega voluntaria de uno mismo al otro y por medio de esa entrega se logra la unidad superior. Los elementos de un compromiso, y el estar en comunicación con alguien más y con uno mismo, es el estar involucrado en la sexualidad propia y las relaciones con otros seres sexuales.
- **La sexualidad es personal.** Cada persona es un ser sexual en sus propios términos. En ese sentido, la sexualidad propia es única, no existe otra igual. Es comunicación divertida y juguetona, seria y apasionada.
- **La sexualidad es social.** Esto está relacionado con cuestiones sociales tales como las leyes contra la violación, igualdad entre mujeres y hombres en asuntos de trabajo, pautas de encuestas genéticas, y aborto. Esto afecta la comprensión cultural de la socialización como hombre y mujer, el papel de la pornografía y el significado del matrimonio y la comunidad.

Tomado de: *Human Sexuality, A Preliminary Study*, (La Sexualidad Humana, Un Estudio Preliminar), The United Church of Christ

B. SEXUALIDAD Y EL ENVEJECER

El envejecer puede tener un impacto en la sexualidad y las funciones sexuales. Al igual que otros órganos, los órganos productivos y los órganos sexuales pueden perder su eficiencia. Las mujeres usualmente comienzan a tener resequedad vaginal y muchas veces los hombres tienen la dificultad de disfunción eréctil. No hablamos lo suficiente acerca de la sexualidad cuando consideramos las vidas de los adultos mayores. Es fácil asumir que el envejecer trae cambios dramáticos y que la sexualidad no es un tema que les inquiete enormemente a los adultos mayores. Sin embargo, a veces los eventos traen un cambio dramático a la conciencia y comprensión. El boom en las recetas para Viagra es un ejemplo de tal evento.



Hay bastante información en el internet acerca de la sexualidad al envejecer, sexualidad y demencia, sexualidad y el trastorno de Alzheimer, etc. Se pueden encontrar varios reportajes acerca del envejecimiento y la sexualidad humana en el sitio de internet de la American Psychology Association (La Asociación Psicológica Americana) en www.apa.org.

C. SEXUALIDAD Y DISCAPACIDADES

La discapacidad puede tener un impacto en la sexualidad y la función sexual. Enseguida están descritos el mayor tipo de discapacidades y los problemas de sexualidad típicos para esas discapacidades. Consulte con un medico o con otros recursos profesionales para información más detallada acerca de cómo puede una discapacidad afectar la función sexual.

Amputación

Una amputación no afecta el órgano sexual al menos de que esa amputación tenga que ver con el intestino o la vejiga. Las amputaciones no afectan ni disminuyen el nivel del deseo de actividad sexual. La pérdida de una extremidad puede causar depresión o bajo auto estima. El hablar con un terapeuta, con un amigo o con algún otro profesional puede eliminar estos problemas. La amputación puede limitar algunas de las actividades físicas que pudieran darle placer a la pareja. La comunicación abierta con la pareja es la clave para deshacer ese estigma que rodea la amputación.

Artritis

La artritis no afecta el órgano sexual pero si impone límites a la actividad física. El dolor y la rigidez son los factores mayores que pueden estorbar en una vida sexual activa. El dolor puede apagar el deseo de actividad sexual y limitar las posiciones que se pueden usar para el acto sexual. La fatiga de la carga de las actividades cotidianas también puede disminuir el deseo sexual. La rigidez puede restringir el movimiento y afectar es uso de los miembros. Experimentando con posturas, el tiempo de tomar la medicina y el tiempo de la actividad sexual pueden programarse para que sea posible y placentera la actividad sexual. Además, el uso de ejercicios de calentamiento puede ayudar.

Al igual que las amputaciones, la artritis puede causar depresión y bajo auto estima. Las medicinas pueden afectar el deseo sexual. Otras discapacidades asociadas con la artritis pueden también ser un problema para la persona que quiere ser activa.

La terapia también puede ser apropiada. Una nota positiva acerca de la sexualidad y la artritis es que muchas personas con artritis reportan que la actividad sexual en hecho les alivia el dolor hasta ocho horas después del coito.

Ceguera

La ceguera no causa ningún problema con la función sexual. Algunas de las discapacidades que causan la ceguera pueden causar problemas relacionados con la función sexual. Por ejemplo, la diabetes puede causar ceguera y se sabe que causa impotencia en algunos hombres. La ceguera congénita puede causar que la mujer comience el ciclo menstrual más temprano y puede tener más irregularidades. Esto sucede porque la glándula pineal, la cual regula el periodo menstrual en la mujer, se ve afectada por la falta de luz.

Parálisis cerebral

La parálisis cerebral no causa la pérdida de la función sexual o la pérdida del deseo de actividad sexual. Los problemas físicos tales como la pérdida sensorial y movimientos limitados por espasticidad pueden también ser un problema. Las medicinas tal vez ayuden. Es importante la comunicación con la pareja cuando se trata de barreras físicas. En muchos casos, las personas con parálisis cerebral están asociadas juntas y pueden crear relaciones una con la otra. Si esto sucede, la educación y la terapia para las personas involucradas (se necesita incluir a tutores si la pareja tiene tutores legales) puede ayudar a ambas personas que desean una relación sexual. El obstáculo más grande para la sexualidad con una persona sin discapacidad es la actitud impuesta por la sociedad. Este acto es barrera para aislar socialmente a la persona quien tiene parálisis cerebral, haciendo más difícil la comunicación y la actividad sexual.



Sordera

La sordera no presenta problemas con la función sexual. Sin embargo, como el acto de dar y recibir placer tiene que ver con la comunicación, la pareja deberá de encontrar un sistema para expresar sus deseos y necesidades. También puede uno considerar el dejar la luz prendida o usar velas para mejorar la comunicación visual y apreciar totalmente la reacción de la pareja.

Diabetes

No siempre se aprecia como una discapacidad, sin embargo, la diabetes es actualmente la causa principal de discapacidad permanente física en los Estados Unidos hoy en día. Entre 25 a 49 por ciento de los hombres con diabetes desarrollan la impotencia. No ha habido ninguna correlación entre dieta, duración de la diabetes, o tipos de medicina para controlar la diabetes y el incremento de impotencia.

No se ha visto ninguna pérdida de interés en la actividad sexual entre la población diabética. No importa la razón por la posible impotencia, la persona con diabetes puede que quiera considerar una prótesis de pene para incrementar la actividad sexual.

Epilepsia

La epilepsia es un trastorno que ocurre dentro del cerebro que causa algún tipo de alteración de consciencia, la cual puede ser acompañada por algún movimiento físico incontrolable o ataques. Los hombres con epilepsia en el lóbulo temporal han tenido impotencia y pérdida del deseo sexual pero no necesariamente al mismo tiempo. Algunas de las medicinas que se usan para el control de los ataques de epilepsia pueden causar depresión o sueño, lo cual puede bajar el deseo sexual, pero estas drogas no causan la pérdida de la función sexual.

La actividad sexual no causa ataques. Las actividades que a veces se relacionan con la actividad sexual, tales como el beber excesivamente, tensión emocional, fatiga o falta de sueño y comida pueden contribuir al comienzo de la actividad de un ataque. El monitorear la actividad, una dieta alimenticia y descanso pueden ayudar a mantener la epilepsia bajo control.

Al igual que la parálisis cerebral, la epilepsia carga con un estigma social negativo, lo cual a veces es el obstáculo más grande para gozar de la actividad sexual. Aunque hay ya en camino campañas mayores para la educación, la persona con epilepsia debe de ser la que tome las riendas para lograr que la posible pareja sexual entienda que la epilepsia no interviene con la función sexual, el amor o el matrimonio.

Discapacidades del desarrollo

Las discapacidades del desarrollo no afectan la función ni el deseo sexual. La mayoría de los problemas por los que pasa la gente que tiene discapacidad del desarrollo tienen que ver con las actitudes de la demás gente del público en general que no está discapacitada. En el caso de tutela legal, tal vez sirva que todas las personas involucradas se reúnan con los terapeutas u otros profesionales. La educación acerca de la sexualidad humana es importante para las personas incapacitadas mentalmente y todas las demás que tengan que ver con ellas. La educación y la comunicación serán necesarias para tratar las cosas para ambos en la pareja.

Lesión en la cabeza

Las lesiones a la cabeza pueden causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Estos problemas pueden ser significantes dependiendo de cuales partes del cerebro y que tanto del cerebro ha sido dañado. Ninguna lesión al cerebro es igual a la otra. Físicamente, no hay ningún impedimento en los órganos sexuales. Los problemas en cuanto a la función sexual resultan de otros problemas físicos tales como la pérdida de sensibilidad especial (donde el cuerpo está en el espacio), pérdida del sentido rítmico y tiempo, pérdida de movimiento en un lado del cuerpo, o la pérdida de sensación, la cual limita el placer sexual. La comunicación entre parejas es la clave para resolver estos problemas físicos.

Si una persona que ha tenido una lesión en el cerebro también tiene un trastorno emocional, la habilidad de él o ella para procesar información puede ser limitada dependiendo de lo severo de estos trastornos. La persona puede mostrar mal juicio, pensamientos irrazonables y ser muy impulsiva. Se piensa que el sistema límbico, situado en el tronco del encéfalo, controla las emociones y los deseos sexuales. Si la lesión a la cabeza

incluye daño al sistema límbico, pueden resultar problemas emocionales y deseos sexuales incontrolables. La educación acerca del trastorno puede ayudar, pero frecuentemente son necesarios los programas de modificación conductual y terapia.

Lesión a la médula espinal

Una lesión a la médula espinal (SCI por sus siglas en inglés) si puede afectar la función sexual o el deseo. Un SCI puede afectar virtualmente todo sistema del cuerpo humano. Muchas personas que han sufrido una SCI se preocupan en cuanto a cómo afectaran sus lesiones la habilidad para participar y gozar de una relación sexual. Las funciones sexuales son controladas por partes del sistema central nervioso (CNS por sus siglas en inglés), particularmente el cerebro y la médula espinal. Las interrupciones al CNS por medio de una lesión en la médula espinal, por lo tanto, tendrán algún efecto en la función sexual. La cantidad del impedimento a la función sexual depende de una variedad de factores, incluyendo el nivel de la lesión, lo severo del daño a la médula espinal, y si la persona es hombre o mujer.

- **La función sexual de la mujer después de un SCI:** La habilidad de la mujer para participar en actividad sexual es menos afectada por un SCI por la manera en que está construido el cuerpo femenino. La mujer por lo general puede llevar a cabo el coito tan fácil después como antes de un SCI, aunque puede que sea necesaria más lubricación para evitar la irritación y lograr que el acto del coito sea más fácil para iniciarlo. También puede que se tenga que considerar una posición alternativa del cuerpo.
- **Función sexual del hombre después de un SCI:** Para los hombres, es un poco más complicada la situación en cuanto a la función sexual. Algunos hombres pueden lograr la erección fácilmente, algunos pueden lograr la erección a veces y algunos no pueden lograr la erección en lo absoluto después de un SCI.
- **Sensación sexual después de un SCI:** Al igual que con otras funciones psicológicas después de un SCI, la sensación sexual también puede quedar alterada. Algunos de los nervios que una vez dieron sensación de placer en los órganos sexuales y en otras partes eróticas del cuerpo tal vez ya no funcionen como lo hicieron antes de la lesión. A algunas personas les queda sensación específica en las partes genitales, mientras que otras notan que es poca o ya no existe. Otras han dicho que les ha aumentado la sensación en otras partes del cuerpo – la nuca, las orejas, los brazos y otras partes de la piel.

Muchas personas que han tenido un SCI han dicho que su placer total durante la experiencia sexual después de un SCI es tan buena, si no mejor, que la sensación sexual antes de la lesión. En muchos casos la necesidad los obliga a concentrarse en la relación sexual holística en vez de sexo específicamente genital. Muchas personas dicen que aun llegan al orgasmo pero no de la misma manera que antes de la lesión. De nuevo, de la única manera que puede descubrir sus necesidades, lo que personalmente le gusta y no le gusta, es explorar abiertamente con una pareja dispuesta y amorosa.

SCI and Sexuality (SCI y Sexualidad) se tomó de: SCI Network Fact Sheet 4, "Sexuality After SCI" (Hoja 4 de Hechos en la Red SCI) <http://spinalcordinjury.net/docs/scifact4.html>

PRINCIPIOS DE CUIDADO: ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES FÍSICAS

CAPÍTULO 7 – PLANEANDO ACTIVIDADES

CONTENIDO

- A. Principios Para Planear Actividades
- B. Problemas Culturales y Religiosos
- C. Actividades Especificas a Varias Discapacidades y Habilidades de Funcionar
- D. Ejercicio para Planear Actividades
- E. Recursos

OBJETIVOS

1. Identifique y explique a los clientes los principios básicos y el propósito de las actividades.
2. Describir la importancia de los derechos del cliente y los problemas culturales o religiosos en cuanto a planear actividades.
3. Identificar ejemplos de actividades apropiadas para los clientes con discapacidades específicas.

TÉRMINOS CLAVE

Ejercicio	Lociones para Aromaterapia
Estimulación Sensorial	Recordar el Pasado
Funcionalmente específico	Socialización

A. PRINCIPIOS PARA PLANEAR ACTIVIDADES

Las actividades deben de ser funcionalmente específicas (designadas para las habilidades de cada persona) para:

- Reducir la depresión, el estrés y la ansiedad.
- Ayudar a la persona recuperar los movimientos básicos del cuerpo y las habilidades para razonar.
- Fortalecer la confianza en sí mismo.
- Promover socialización e interacción.
- Quitar el aburrimiento.

Antes de comenzar cualquier programa de ejercicio, el cliente debe de consultar con un proveedor de cuidado de salud para un plan individualizado.

Encontrar actividades que interesen al cliente, no solo las que le interesen a usted. Recuerde la importancia de los *derechos del cliente*. Los clientes tienen el derecho de rechazar actividades.

- En vez de pensar en las actividades como manera de hacer algo con el cliente en ocasiones específicas, el DCW debe de incorporar actividades de refuerzo y estimulantes sensoriales en sus actividades cotidianas de cuidado personal. Por ejemplo, el ayudar con el baño es una *actividad*. El DCW puede poner música y cantar/cantar con la persona durante el baño. No solo es una buena distracción, sino que también es una oportunidad para relacionarse con el cliente. Otro ejemplo es un masaje para los pies con lociones aroma terapéuticas. Esto logra una actividad sensorial estimulante y permite que el DCW examine los pies del cliente buscando cambios en la piel.
- Toque música según la preferencia del cliente (practique las “Viejas pero buenas” tales como “Daisy” y “How Much is that Doggie in the Window?”). Algunos clientes prefieren viejos clásicos evangélicos como “Rock of Ages” o “This Little Light of Mine.” Al cliente no le molestará si usted no tiene una voz perfecta y los dos se pueden reír al olvidar las palabras o que el cliente ponga las palabras que usted olvide.
- Considere actividades tales como caminar, ejercicios en el agua o en la silla de ruedas. El hacer ejercicio aunque sea con el menor peso, aumenta la fuerza del hueso. Tales actividades reducen el riesgo de caídas mejorando la fuerza en los músculos, balance, coordinación y flexibilidad. El evitar hacer ejercicio por temor a caerse, en hecho, aumenta el riesgo de caídas.



B. ASUNTOS CULTURALES Y RELIGIOSOS

Procure conocer el antecedente cultural y étnico del cliente para posibles actividades. Pregunte a la familia que es lo que le ha gustado al cliente o en que se ha involucrado en el pasado. La música es un componente importante en la mayoría de las culturas. Pregunte al cliente y a la familia que tipo de música prefiere el cliente.

Las actividades religiosas y espirituales forman un papel significativo para darle razón y propósito a la vida de muchas personas. El DCW debe de ser muy sensible a las creencias religiosas del cliente y no tratar de convertirlo a las maneras de pensar del DCW. La música religiosa puede ser un punto importante en la vida del cliente.

C. ACTIVIDADES ESPECIFICAS PARA VARIAS DISCAPACIDADES Y HABILIDADES FUNCIONALES

Actividades en General	Demencia, Apoplejía, Lesión del Cerebro	Usuarios de Sillas de Ruedas con Movilidad de Brazos	COPD, Problemas para Respirar
Intente recurrir a pasa tiempos e intereses	Recurra a los sentidos – color, forma, textura, aroma	Ejercicios para lograr fuerza en la parte superior de los brazos	Comience despacio y gradualmente – tome descanso según sea necesario
Juegue a los checkers o algún otro juego de mesa	Lea una historia o un periódico	Curl de biceps	Caminatas cortas
Juegue a la baraja	Vean fotos familiares	Lagartijas sentado	Yoga
Escriba una historia personal	Valla a caminar	Levante pesas	Bailar
Valla a caminar	Escuche música	Ponga una cinta de Yoya/Tai Chi	Bicicleta Estática
Escriba una carta	Cante himnos de Navidad o espirituales	Haga ejercicios para las extremidades inferiores con bandas elásticas	Haga ejercicios en las extremidades superiores e inferiores usando bandas elásticas
Haga artesanías/decoraciones para los días de fiesta	Dele un manicure/pedicure		
Nadar	Dele masaje con loción aroma terapeuta		
Vea/discutan una película	Recuerde el pasado		
Planeen una comida, hagan la lista del mandado, corten cupones	Hagan una lista del mandado y hablen de los precios de antes y ahora		
Cocinar	Doblen toallas		

2 D. EJERCICIOS PARA PLANEAR ACTIVIDADES

Implementando un plan para ejercicio

Escenario: A usted le han asignado un cliente quien tiene una forma de artritis severa. El fisioterapeuta ha desarrollado un plan de servicio para el cliente. Sin embargo, al preguntarle a ella acerca del plan, ella le dice, "duele demasiado hacer ejercicios." ¿Cuales tres pasos puede usted tomar para asegurar que la cliente complete el plan de ejercicio?

Las respuestas pueden incluir:

- Hable con el terapeuta para ver si los ejercicios se pueden separar en partes que se puedan manejar más fácilmente. Comience despacio y tome descansos.
- Vea si hay actividades que le gusta hacer al cliente y que se puedan usar como parte del plan. Pregunte al terapeuta para ver si se pueden usar como parte del plan. Hágalo divertido.
- Pregunte al cliente a ver si hay medicina que pueda tomar antes de los ejercicios. Se prefiere que no sean narcóticos, mejor algo como la ibuprofeno o acetaminofen.

Planificación de actividad para los clientes

- Divida en grupos a los participantes en la clase.
- Cada grupo escoge dos clientes con una discapacidad o un trastorno. Enseguida hay una lista de ejemplos. El instructor puede dar más ejemplos.
- Cada grupo debe de decidir en una actividad apropiada y tener los suministros que se necesiten para cada cliente basándose en sus necesidades, estatus de función y antecedente cultural/étnico.
- Cada grupo puede compartir las actividades que han escogido con toda la clase hablando de otras actividades que pueden ser buenas y cuales actividades simplemente no funcionarían.

Ejemplos de posibles clientes:

- Una persona que tenga la enfermedad Alzheimer avanzado y sea judío.
- Un adulto joven que use silla de ruedas y participaba en maratones.
- Una persona que haya tenido una apoplejía recientemente y está teniendo dificultad para hablar.
- Un niño con parálisis cerebral.

c d

El Trabajo que Casi no Acepté

Me llamo Anthony y he sido trabajador de cuidados por casi cinco años. Quiero compartir una experiencia gratificante que tuve con un cliente, o que casi me perdí. Al momento de la entrevista con mi cliente y la familia, por poco y decido no tomar el puesto porque, cuando entre a la casa, la casa estaba extremadamente tirada. Casi no podía ver la cómoda o la superficie de la estufa en la cocina. Continué con la entrevista e intenté enfocarme en el cliente y sus necesidades. Entre más platicaba con el cliente y su esposa, más conectado me comenzaba a sentir. Llegue al punto en que el énfasis era Travis, el cliente, y no el estado de la casa. La esposa de Travis dijo que él tenía un aneurisma y apoplejía y estaba batallando con los desafíos de la enfermedad Parkinson. Después me di cuenta que Travis alguna vez fue un músico de folklore muy bien conocido, quien rascaba la guitarra y cantaba, pero ahora, lo abrumaba el haber perdido el don de expresarse por medio del talento de su música. Al principio, cuando comencé a cuidar a Travis, él parecía estar en un estado extremo de depresión. Parte de mi responsabilidad en el plan para Travis era el animarlo a hacer sus ejercicios de respiración. Tengo que decir que era un ejercicio aburrido. Travis luchaba seguido por hacer las repeticiones en el aparato de respiración. Recuerdo haber leído un reportaje donde otro cliente usaba la harmónica, la cual ayudaba a reforzar los pulmones. Bueno, hable con Travis acerca de la idea de usar la harmónica y el estuvo de acuerdo. Cuán fue mi admiración al ver las puertas que se abrieron a raíz de mi sugerencia. La respiración de Travis aumentó de usar la harmónica solamente durante unos dos segundos al principio, hasta ahora tocar duets durante minutos a la vez. Volvió a encenderse su pasión por la música. En hecho, hasta tocamos en un banquete de premios. He estado cuidando a Travis durante seis meses. Me alegro de haber visto más allá del tiradero aquel día que entrevisté a Travis. ¿Ha cambiado el tiradero? ¡No! Sigo teniendo discusiones en cuanto a que yo pueda brindarle a Travis un cuidado eficiente en el tiempo que se me da y no siempre tener que andar de casería queriendo encontrar los suministros para tratar sus necesidades. A veces batallo con el estilo de vida, pero hablo internamente conmigo mismo. Como trabajadores de cuidado, seguido enfrentamos estilos de vida diferentes a los de nosotros mismos, pero necesitamos enfocarnos en la tarea a la mano, las necesidades del cliente. Habiendo comunicación con el cliente y la familia, ¡todos salimos ganando!

Anthony Lelli, Trabajador de Cuidados

b a

E. RECURSOS

Sitios en el Internet

- The Therapeutic Recreation Directory (El Directorio de Recreación Terapéutica), www.recreationtherapy.com/tractv.htm
- *Activities for Caregivers (Actividades para Trabajadores de Cuidado): 101 Things to Do*, Alzheimer's Association website (*101 Cosas que Hacer*, Sitio de la Asociación de Alzheimer) www.alz.org/alzwa/documents/alzwa_Resource_CTP_101_Things_To_Do.pdf

Agencias

- Centros de la tercera edad patrocinados por parques y recreación local y sitios de comida subsidiados.
- The Alzheimer's Association, www.alz.org.

PRINCIPIOS DE CUIDADO: ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES FÍSICAS

CAPÍTULO 8 – CUIDADO ESPECIFICO PARA LA DEMENCIA

CONTENIDO

- A. Perspectiva General de Demencia
- B. Enfermedad Alzheimer
- C. Estrategias de la Comunicación
- D. Conductas Desafiantes
- E. Demencia y Sexualidad
- F. Ayudando con ADLs
- G. Actividades
- H. Técnicas para Manejar el Dolor
- I. Preocupaciones de Seguridad

OBJECTIVOS

1. Identifique y describa el cuidado especifico relacionado a:
 - a. los tipos y etapas de demencia,
 - b. comunicación,
 - c. la importancia de actividades,
 - d. manejando conductas dificultosas, y
 - e. asuntos de seguridad.
2. Identifique y describa los problemas de una vida cotidiana relacionados con el cuidado especificamente de demencia.
3. Demuestre destrezas de cuidado personal de la manera en que se relacionan al cuidado especificamente de demencia.

TÉRMINOS CLAVE

Deambular	Enfermedad Alzheimer
Demencia	Farmacológico
Demencia Irreversible	Historia de la Vida
Demencia Reversible	No Farmacológico
Empeoramiento Nocturno (Sundowning)	

La intención de esta parte de la capacitación es para presentar al estudiante al cuidado específicamente de demencia. La intención es que sea una perspectiva general del tema.

La Alzheimer's Association, Desert Southwest Chapter, (La Sucursal Desert Southwest de la Asociación de Alzheimer), ha desarrollado un modulo por un comité de profesionales en la rama del cuidado específicamente de demencia que brinda capacitación a fondo de opciones de cuidado y tratamiento.

Anyone who provides care for individuals with cognitive impairments and dementia is encouraged to attend the *Principles of Caregiving: Alzheimer's Disease and Other Dementias* module training.

A. PERSPECTIVA GENERAL DE LA DEMENCIA

La demencia es un declive cognitivo progresivo (de pensar, razonar, recordar) que impide la función cotidiana. Frecuentemente pueden estar presentes un grupo de síntomas con ciertos trastornos o enfermedades.

Normal, ¿olvido relacionado con la edad o demencia?

A medida que envejece la persona, es común entrar a una habitación y pensar, "¿A que entre aquí?" Las personas pueden tener estos lapsos de memoria, los cuales incluyen el olvidar donde pusieron las llaves o donde estacionaron el coche en el mall. Esto es normal al envejecer. También el batallar para recordar los números de teléfonos o los nombres de alguien que nos acaban de presentar recientemente, son olvidos relacionados con la edad.

Con demencia, la persona puede olvidar hasta los nombres de los familiares, o la persona no solo puede perder las llaves, puede en hecho guardarlas en el refrigerador. Con la demencia, no solo se ve afectada la memoria, pero también la razón y el juicio.



Una persona normalmente despistada puede olvidar los detalles de un evento. Una persona con demencia puede olvidar todo el evento, insistiendo que nunca existió. Normalmente, una persona puede verse molesta por un lapso de memoria. Una persona con demencia parece no molestarle los lapsos de memoria.

Síntomas

Los síntomas de demencia pueden incluir:

- Declive de memoria, pensamiento y razonamiento.
- Cambios en la personalidad, humor y conducta.
- Dificultades en el lenguaje, reconocimiento visual y ejecución de actividades.

Tipos de demencia

La demencia puede ser reversible o irreversible. Algunas demencias pueden resolverse con cuidado médico apropiado. Otras, usualmente causadas por enfermedad, son incurables.

Reversible

- Condiciones médicas, tales como la hidratación y las infecciones.
- Una enfermedad crónica fuera de control (ej. problemas de la tiroides).
- Reacción a medicamentos.
- Sobre medicación, mal manejo, síndrome de abstinencia.
- Causas psiquiátricas, falta de sueño, estrés, etc.

Irreversible

- Enfermedad Alzheimer, la forma más común de demencia.
- Vascular (multi-infarct) demencia, causada por apoplejía.
- Demencia por cuerpos de Lewy, en la cual la memoria de la persona puede ir y venir, alucinaciones (anti-psicóticos pueden empeorar la condición), rigidez en los movimientos.
- Enfermedad Parkinson.
- Enfermedad Pick, una demencia que tiene que ver con los lóbulos frontales del cerebro, causando cambios de conducta y agresividad.
- Enfermedad Huntington, una enfermedad heredada la cual se define por movimientos incontrolables y disminuida función física y mental.
- SIDA.
- Otras formas raras tales como la enfermedad Creutzfeldt-Jakob.

Depresión y demencia

La depresión es un desbalance químico en el cerebro que puede causar síntomas tales como el impedimento de la memoria, inhabilidad para pensar con claridad, falta de motivación y perdida de interés en las actividades que un día le causaban placer. Estos mismos síntomas pueden encontrarse en alguien que tiene demencia. Algunas de las maneras en que usted puede determinar la diferencia es que tienen depresión usualmente pueden sacar buena calificación en un examen de estatus mental y otras pruebas para evaluar la función cognitiva. También puede que se quejen de la pérdida de memoria. Sin embargo, las personas con demencia sacan malas calificaciones en las pruebas de función cognitiva y seguido niegan cualquier problema de pérdida de memoria.

Las personas que tienen demencia también están a un riesgo más alto de desequilibrio químicos que causan la depresión, así es que la persona puede tener demencia y depresión. Si la persona solo tiene depresión y responde bien al tratamiento, los síntomas deben de desaparecer. Si la persona está deprimida y tiene demencia, el tratamiento apropiado puede mejorar los síntomas pero no desaparecerán completamente.

Para obtener una diagnosis y tratamiento apropiado, las personas que presentan señas de depresión o demencia necesitan ser evaluadas por un médico.

B. ENFERMEDAD ALZHEIMER

La enfermedad Alzheimer (AD) es una enfermedad progresiva, degenerativa que afecta al cerebro. Los síntomas empeoran gradualmente al paso de los años. En las primeras etapas, la pérdida de memoria es leve, pero en las etapas avanzadas de Alzheimer, las personas pierden la habilidad de llevar a cabo una conversación y responder a su medioambiente.

Aunque se desconoce la causa exacta de la enfermedad Alzheimer, al igual que cualquier otro trastorno común crónico, es probable que se desarrolle como resultado de factores múltiples en vez de una sola causa. El riesgo mayor para la enfermedad Alzheimer es la edad avanzada, pero Alzheimer no es una parte normal del envejecimiento. La mayoría de los americanos con la enfermedad de Alzheimer son de 65 años de edad o mayores, aunque las personas menores de 65 años también pueden desarrollar la enfermedad. Se cree que también tiene que ver algo la herencia.

- Se forman parches pegajosos de proteína (placas beta-amiloidea) en el cerebro y mueren las células nerviosas.
- Las fibras nerviosas se tuercen y se enredan y no permiten la conducción de impulsos.
- El Alzheimer afecta más mujeres que hombres. Entre más años vive la persona, es más probable que desarrolle la enfermedad.
- El promedio de expectativa de vida después de la diagnosis es de 3 a 20 años.
- 7 de 10 personas con demencia viven en casa y un familiar les brinda la mayoría del cuidado.
- **La mayor razón por la que se solicita servicio es por el estrés de quien lo cuida. El 80% de los que brindan cuidado reportan un nivel más alto de estrés, el 50% sufre de depresión.**

Actualmente, entre los profesionales de la enfermedad Alzheimer, existe una gran urgencia para educar a las personas a que se hagan pruebas de detección y tratamiento temprano. Con la detección temprana, la persona:

- Puede lograr el beneficio máximo de las medicinas.
- Tener más tiempo para planear para el futuro.
- Conseguir más cuidado y apoyo para la misma persona y sus familiares.

Etapas de la enfermedad Alzheimer

No todas las personas con AD caen al igual en la misma etapa. Hasta pueden tener síntomas variables (días malos y días buenos).

Primer Etapa

- Pérdida de la memoria a corto plazo.
- Dificultad al manejar la chequera, los gastos y la organización.
- Mal juicio y cambios en la personalidad.

Capítulo 8 – Cuidado Especifico para la Demencia

Etapas a medianas

- Empeora la memoria.
- Aumenta la dificultad para expresarse.
- Dificultad para usar las cosas correctamente (cepillo de los dientes, cubiertos de mesa).
- Desorientación en cuanto a la hora y el lugar.
- Inquietud o camina de arriba abajo.
- Cambios de conducta, pérdida de control de los impulsos.
- Más impedimento en sus habilidades para cuidarse.

Etapas avanzadas

- Verbalización limitada o tonterías, o no hablan.
- Orientado solo hacia sí mismos.
- Incontinencia de la vejiga y el intestino.
- Necesita ayuda máxima para caminar, no puede caminar, o está en cama.
- Necesita atención total para los ADLs.

Etapas finales

Criterio y demás de la etapa final:

- Dificultad para masticar/tragar.
- Infección/ fiebre recurrente en los pasados 12 meses.
- Ulceras por presión.
- Pérdida de peso.

C. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

El uso de estrategias verbales y no verbales apropiadas es extremadamente importante al brindarle cuidado a una persona con demencia. Los dos factores más importantes son sus acciones y reacciones (ambas verbales o no verbal) hacia la persona o su conducta.

Las siguientes sugerencias también funcionan bien al tratar con clientes que no tienen demencia pero que tienen algún otro problema conductual. Para más información, también refiérase al Capítulo 3, Comunicación en *Principios de Cuidado: Fundamentos*, en el manual del curso.

La Historia de su Vida

En la historia de la vida propia se mencionan algunos aspectos únicos de la vida de la persona. Puede darles a los trabajadores de cuidado pistas valiosas para:

- Saber de qué hablar para tratar de distraerlo.
- Actividades para que participó el cliente.
- Música que le gustaría al cliente.

La persona puede crearle una historia de su vida como parte de recordar, o tal vez le pida usted a la familia que le ayude a completar una historia de su vida.

c d

Mi Mamá Tiene Alzheimer

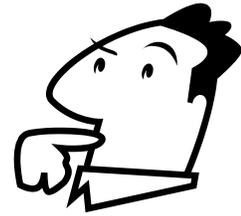
Mi mama vivió conmigo un par de años después de que murió mi papa. Mama ama a la gente. Ella escogió mudarse a una casa de jubilación porque quería estar siempre rodeada de gente y sabía que pronto tendría que dejar de manejar. En el transcurso de solo seis años vi a Mamá pasar del centro de jubilación al centro de vida con asistencia y ahora está en la unidad de memoria. Es un sube y baja de emociones. Esta es la mamá con la cual yo hablaba acerca de problemas y encontrábamos soluciones para resolver el mundo. Ahora nuestras conversaciones se tratan de ¿cuándo vendrá papá a casa? Esta conversación usualmente sucedía alrededor de las 6 p.m. Recuerdo que alguien me había contado acerca de “agitación nocturna.” Esta es la hora en que las personas que han sido diagnosticadas con demencia o con Alzheimer se confunden o se disgustan. Una vez, Mamá estaba muy disgustada y no quería comer porque decía que estaba esperando que llegara Papá a casa. Mamá estaba disgustada en verdad, nerviosa y preguntándose donde estaría. Al principio se me partía el corazón al escucharla hacerme esta pregunta, puesto que Papá murió hace muchos años. Pero aprendí a ser creativa al contestarle. “Mamá, ¿recuerda como tenía que viajar Papá por su trabajo? Bueno, pues se vio en una tormenta de nieve y no podrá llegar esta noche.” Mi mamá me ve con un gran suspiro de alivio y sigue diciendo, “¡Bueno, gracias a Dios que se encuentra bien!” Luego me pregunta que debe de hacer con la cena que cocinó. Yo le dije que yo alzaría todo. Me sorprendió como solamente sonrío, se relajo y se fue a cenar. Al irme ese día, pensé yo sola, “¿es en realidad triste estar en un lugar donde es tan feliz Mamá?” Ahora casi me siento cómoda estando donde está Mamá esos días que vive en el pasado. Cuando Mamá está viviendo en el pasado yo le digo cuanto la ama Papá y me encanta verla sonreír. Recuerdo que alguien me dijo que tengo que trasportarme al mundo de Mamá y no intentar obligarla a estar en mi mundo. Ahora entiendo.

–La Hija de una Persona con la Enfermedad Alzheimer

b a

D. CONDUCTAS DESAFIANTES

Las personas con demencia pueden presentar desafíos o conductas difíciles para los trabajadores de cuidado. La causa puede ser los efectos de la enfermedad Alzheimer en el cerebro, confusión, fatiga, dolor, baja estimulación o aburrimiento o falta de una rutina. Sobre estimulación también puede ser un factor en una conducta difícil.



El enfoque del trabajador de cuidado y la reacción a la conducta puede agravar o mitigar un encuentro desafiante.

Tipos de conductas

- Combativa y agresiva.
- Ambulando y rebuscando.
- Inquietud Física (caminar arriba abajo).
- Agitación nocturna (sundowning), volviéndose más confundido/agitado en las tardes y al anochecer.
- Conducta sexual inapropiada.

Sugerencias para manejar conductas desafiantes

El enfoque que usa el trabajador de cuidado puede impactar las conductas problemáticas de una persona con demencia. El trabajador de cuidado puede empeorar un problema o puede calmar a la persona usando el enfoque correcto.

- Preséntese usted mismo en cada consulta.
- Use el tacto según sea apropiado.
- Intente determinar la causa de la conducta (aburrimiento, dolor, ansiedad, etc.) y luego trate de reducirlo o eliminarlo. Las causas pueden ser:
 - Aburrimiento. Intente una actividad funcional apropiada.
 - Dolor. Intente primero el tratamiento no farmacéutico (vea la sección H de este capítulo).
 - Ansiedad. Trate de tranquilizarlo y distraerlo.
- Use un enfoque suave:
 - Sonría, use una actitud acogedora.
 - Use un tono de voz placentero.
 - Vaya despacio.
 - Hable en oraciones cortas y sencillas.
 - Evite corregirle o confrontaciones.
 - Tome en cuenta la emoción y asegure a la persona que lo mantendrá fuera de peligro.
 - Sea flexible en completar las tareas.



Sugerencias para Trabajar con Conductas Difíciles Asociadas con la Demencia

1. **Mantenga la calma.** Si la persona está excitada y usted también se excita, la situación solo puede empeorar. En vez de eso, mantenga una voz calmada y postura.
2. **Llévese a la persona del medioambiente presente o intente enfocar en algo diferente (distrarlo o entretenerlo).** A veces también puede ayudar el cambiar de tema o de medio ambiente. Intente un escenario diferente, tal como el patio trasero para ver si disminuye la agitación. Háblele calmadamente acerca de algo que usted sabe que le gusta a la persona., tal como la familia de ellos, o involucre a la persona en una actividad que a ella le guste hacer, tal como el dibujar.
3. **Hable y muévase con lentitud para que la persona no se sienta amenazada.** Si la persona ya se siente insegura o asustada, no servirá de nada si alguien llega de repente o habla en voz alta. En vez de eso, manténgase relajado y busque no alterar más a la persona.
4. **Intente un tacto tranquilizador.** Para algunas personas, un abrazo de hombros gentil, tomarle las manos o rascar suavemente la espalda puede ser algo calmante y tranquilizante. Este seguro que esto es apropiado para su cliente o puede tener resultados desastrosos.
5. **No intente corregir a la persona.** Por el daño al cerebro, no servirá corregir a alguien con demencia acerca de la realidad. En vez, intente “seguirle la onda” y deje que la persona diga lo que quiera, aunque usted sepa que no es cierto.
6. **Responda a las emociones de la persona.** Independientemente de lo que haya causado la agitación, la persona está perturbada. Trate de enfocarse en lo que está sintiendo la persona o las emociones que ella está mostrando en vez de las palabras en sí que está usando.
7. **Siempre trate a las personas con respeto y dignidad.** Nunca olvide que a pesar de su conducta, la persona es un adulto. **No los castigue ni les hable como a un niño.**

Tomado de “Alzheimer’s Disease: Pieces of the Puzzle” (“Enfermedad Alzheimer: Pedazos del Rompe Cabezas”) producida por Arizona Long Term Care Gerontology Center (Centro de Cuidado de Largo Plazo de Gerontología de Arizona) [Ahora el Arizona Center on Aging (Centro de Envejecimiento de Arizona)] en la Universidad de Arizona.

E. LA DEMENCIA Y LA SEXUALIDAD

Los cambios de conducta sexual en una persona con demencia pueden ser muy molestos para los familiares y para el DCW. Algunas conductas que puede tener son:

- Conducta coqueta. La persona puede olvidar su estado civil y comenzar a coquetear con otros, incluyendo el DCW.
- Paranoia o celos irrazonables.
- Exhibiéndose o acariciándose a sí mismo inapropiadamente.
- Malas interpretaciones, hacer avances sexuales a otras personas, incluyendo al DCW, porque él o ella piensa que la persona es el conyugue.

Trate de determinar la causa de la conducta. Si la persona se está acariciando a sí misma, tal vez la persona necesite ir al baño. Si no se puede corregir la causa, a veces sirve la distracción amable. Sin embargo, los DCWs que se sienten amenazados o necesitan consejo deben de llamar a sus supervisores.

F. AYUDA CON ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

Al progresar la demencia habrá un declive en la habilidad para hacer las actividades de la vida cotidiana (ADLs) independientemente. Desafortunadamente, esta tendencia no se puede invertir, pero usted puede mejorar la calidad de vida de la persona haciéndola sentirse tan productiva e independiente como sea posible. Lo siguiente son pautas a seguir al brindarle ayuda con los ADLs a una persona con la enfermedad Alzheimer. Como siempre, a los clientes se les pueden ofrecer preferencias y opciones. Los DCWs se enfrentarán a menos resistencia si la persona mantiene un sentido de control.

- **Establezca y mantenga una rutina.** Es muy importante establecer y mantener una rutina cuando se brinda ayuda con los ADLs. Una rutina no se atiene tanto a la memoria, especialmente si la persona lo ha acostumbrado durante su vida adulta. Pida sugerencias a la persona o a familiares. Trate de hacer varios de los ADLs, tal como el baño a la misma hora y de la misma manera cada vez.
- **Ponga a la persona a que ayude.** Puede molestar a algunas personas el no seguir sintiéndose útil. Permita que la persona le ayude a hacer tales cosas como lavar los trastes (aunque después los tenga que lavar usted de nuevo) o doblar las toallas. El hombre puede regar el jardín. Otras cosas en que puede ayudar la persona son el cortar cupones, separar la ropa para lavar, poner la mesa, etc. Pregúntele a la persona o a la familia qué es lo que le gusta a la familia hacer y programe actividades en las que él o ella pueda ayudar.
- **Ropa especializada.** Zapatos que se cierran con Velcro, calcetines en tubo, camisetas y pantalones son los que facilitan el vestirse y desvestirse (y también ayudan a llegar a tiempo al baño). Durante la etapa a medianos y la etapa final tal vez necesite usar ropa que sea más difícil para que se desvista la persona si se presenta el problema de exhibición inapropiada.

Estrategias para el baño

Conductas que pueden ocurrir

- Pleito/se resiste al trabajador de cuidado.
- Gritos/maldiciones/mordidas.
- Llanto/quejidos.

Porqué ocurren las conductas

- La persona puede estar frustrada.
- La persona puede sentir incomodidad y/o pérdida de dignidad.
- La persona está tratando de decir "¡NO!"



Los trabajadores de cuidados deben de reconsiderar la situación del baño y ver estas conductas como auto-protección en vez de combativas o resistentes.

Pasos para el éxito con el baño

Reconsidere la experiencia del baño

- Pregunte a la familia cuales eran las preferencias de la persona en cuanto al baño antes de la demencia, tales como si se bañaba en la tina o la regadera, que tan seguido y que hora del día lo prefería.
- Use las preferencias y ritos ya establecidos para el baño.
- Tenga presente que la meta es crear una experiencia cómoda y placentera para la persona con demencia.

Estrategias de Enfoque

- Siempre use el enfoque suave e intente una variedad de técnicas.
- ¡No le pregunte a la persona si quiere bañarse en la tina o en la regadera si no está usted dispuesto a aceptar un "no" de respuesta!
- Si la persona lo rechaza, aléjese y regrese en unos cuantos minutos.
- Cambie el termino baño o regadera a "refrescarse un poco".
- Enfoque en una razón para la cual se debe de asear la persona (por ejemplo, ir a una consulta o a ver a un pariente).

¡Sea Organizado!

- ¡Para comenzar, aliste la habitación! El lugar del baño debe de ser calentito, bien aluzado, con todos los suministros listos.
- Acomode a la persona.
- Tenga suficientes cobijas de baño/toallas para mantener cubierta a la persona en todo momento.

Sugerencias útiles

- Recuerde mantener a la persona cubierta a todo momento.
- Al bañar a la persona levante la cobija o la toalla y luego vuélvala a cubrir (a veces la resistencia puede ser por estar descubierto).

- Primero comience a lavarle los pies, que es donde menos le molestará, siga hacia arriba, dejando hasta el último la cara y la parte genital.
- Utilice técnicas para distraerlo. Ponga música o cante si la persona lo prefiere. Platique de la historia de la vida de la persona para estimular una conversación.
- Dele a la persona algo que sostener o de comer o beber (¿algo dulce?).

Champú

Guarde el champú para el final, o hágalo completamente separado del baño. Intente lavar el cabello en una silla usando toallitas o jabón que no necesita enjuagarse. Si sigue siendo un problema, considere programarlo para un salón de belleza o peluquería en vez de intentar hacerlo en casa. Esto es bueno especialmente para aquellas personas a las que les gustaba frecuentar con regularidad en su juventud un salón de belleza o una peluquería. Conviértalo en un paseo especial y llegue a comer a un restaurante favorito.

G. PLANEANDO ACTIVIDADES

Las actividades provén oportunidades para interacción social, animan a una auto-expresión creativa, aumentan el sentimiento del éxito y gusto y disminuyen la agitación, el aburrimiento y el aislamiento.

Prepare las actividades según la *habilidad de funcionamiento* de la persona. Si la actividad es muy difícil, la persona puede sentirse agobiada. Si es muy fácil, la persona se puede aburrir. Ambas pueden resultar en conductas problemáticas.

Posibles Actividades

- Dele algo con sentido que hacer a la persona, como doblar las toallas.
- Vea libros de dibujos o revistas y haga tarjetas o recorte dibujos.
- Ponga música que prefiera la persona o intente cantar canciones de antaño.
- Vea programas en la televisión sólo si la persona muestra un interés (por ejemplo programas de la naturaleza, musicales y Lawrence Welk, comedias viejas como "I Love Lucy").
- Ofrezca bocadillos y líquidos con frecuencia.
- Use una loción para darle un masaje de 1 o 2 minutos en la mano o el pie. Considere agregar un aceite esencial para aromaterapia.
- Lea una poesía, una oración o un verso de las escrituras.
- Ejercicio
 - Acompañe a la persona inquieta a caminar, sólo vea las flores en el patio.
 - Elija un lugar seguro donde pueda caminar la persona.
 - Lleva a caminar a una persona que está en silla de ruedas.



H. TECNICAS PARA MANEJAR EL DOLOR

Una persona con demencia es posible que no pueda avisarle al trabajador de cuidado que tiene dolor. Es muy importante que el trabajador de cuidado este alerta a cambios en la conducta de la persona que puedan ser señal de que la persona sufre dolor. Primero intente darle uno de los enfoques no farmacológicos.

No farmacológico

No farmacológico quiere decir sin usar medicinas. Los trabajadores de cuidado pueden tomar estas medidas sin las órdenes de un medico:

- Trate con un cambio de postura o una caminata.
- Ofrezca llevar a la persona al baño.
- Ofrézcale bocadillos/líquidos.
- Dele un masaje con loción.
- Reduzca estimulación en el medioambiente y permítale un momento de tranquilidad.
- Escuchen música.
- Ajuste la temperatura del cuerpo. La persona puede estar muy caliente o muy helada y tal vez tenga usted que ajustar la ropa o el termostato.



Farmacológico

Los remedios farmacológicos involucran el uso de medicinas. Si las estrategias no farmacológicas no funcionan, dígalas eso a la familia y a su supervisor. El médico de la persona puede que le dé una receta que le puede aliviar el dolor. Puntos útiles para recordar:

- Usualmente un calmante para el dolor sin aspirina tal como el Tylenol puede funcionar bien.
- Personas mayores no siempre toleran bien los narcóticos.
- La ansiedad en una persona mayor con demencia no siempre se maneja bien con agentes anti-ansiedad.
- Las píldoras no siempre funcionan y algunas pueden tener efectos secundarios serios.

Tomado de: Palliative Care for Advanced Dementia, Train the Trainer Program, Alzheimer's Association, Desert Southwest Chapter (Cuidado Paliativo para Demencia Avanzada, Programa Capacita al Capacitador, Asociación Alzheimer, Sucursal de Southwest Desert.

I. INQUIETUDES DE SEGURIDAD

La seguridad es la responsabilidad primordial al cuidar de una persona con demencia. Esté seguro que se usen medidas básicas de prevención de caídas (por ejemplo, deje pasillos despejados, que no haiga tapetes desparramados, etc.). Revise la Sección C, Caídas, en el Capitulo 9 de *Principios de Cuidado: Fundamentos* en el manual de este curso.

Ambulando

Se estima que el 50% al 60% de las personas con la enfermedad Alzheimer ambularán. Esto quiere decir que es posible que la persona quiera alejarse sola de la vivienda. El peligro está en que la persona se puede perder. Es posible que una persona con demencia no pueda pedir ayuda, o ni siquiera se acuerde de su domicilio. La página de internet de la Asociación de Alzheimer tiene más información en ambular. Visite

www.alz.org/living_with_alzheimers_wandering_behaviors.asp.

Programa Safe Return® (Regreso a Salvo)

El programa MedicAlert + Alzheimer's Association Safe Return® es un sistema de reacción de emergencia que se ofrece por medio de las sucursales de la Asociación de Alzheimer locale. Se puede inscribir una persona que corre el riesgo por ambular y recibe un brazalete con la información gravada. Cualquiera que se encuentra con la persona que se ha perdido puede llamar al número en el brazalete y recibir ayuda. Para más información, visite

www.alz.org/safereturn.

PRINCIPIOS DE CUIDADO: ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES FÍSICAS

CAPÍTULO 9: – PENA Y PROBLEMAS EN LA ETAPA FINAL DE LA VIDA

CONTENIDO

- A. Pena y el Proceso de Separación
- B. El Proceso de Morir
- C. Asuntos/Problemas Emocionales
- D. Estrategias para Sobre Llevar
- E. Asuntos Culturales y Religiosos
- F. Directriz Anticipada
- G. Hospicio
- H. Actividad de Pena
- I. Recursos

OBJECTIVOS

1. Describa el proceso de la pena.
2. Describa el proceso de morir.
3. Identifique y explique los problemas emocionales y las estrategias para sobre llevar.
4. Explique el impacto de cultura y religión en la etapa al final de la vida.
5. Describa directriz anticipada y lo que significa le “formulario anaranjado”.

TÉRMINOS CLAVE

Directriz Anticipada

No Resucitar

Formulario anaranjado

Poder Notarial Durable

Hospicio

Proceso de Morir

Pena (grief)

Testamento en Vida

c d

Una Muerte en Casa con Enfoque Familiar

A Donna Olsen la diagnosticaron con Sarcoma Ontogénica a la edad de 15 años, un cáncer presente en un hueso de la pierna. A Donna se le dieron varios tipos de quimioterapia, entre los 15-17 años. Se le amputó la pierna arriba de la rodilla, le dieron radiaciones y le hicieron tres cirugías en los pulmones. Al llegar el cáncer al forro del Corazón, Donna supo que se iba a morir.

Donna quería ejercer tanto control sobre su muerte como tenía sobre el reto del cáncer. Donna decidió morir en casa. Con la ayuda y el apoyo de su familia, ella pudo hacer exactamente eso. Donna pidió que le pusieran su cama de hospital y el tanque de oxígeno en la habitación familiar. Ella quería estar donde se encontraba la acción. Diane, la madre de Donna dijo, “Donna no temía el morir. En hecho, una de las veces que jugando a las barajas (apostando dinero) con su abuela, Donna dijo: ‘sabes abuela, no tengo miedo morir’ y después tomó sus 3 monedas. Una multitud de familiares y amistades venían a visitar a Donna – amistades de la escuela, su iglesia, del hospital, pero encogió su mundo al comenzar el cáncer a hacer estragos en su cuerpo. Durante dos meses antes de que muriera Donna, la casa siguió llena de risas, pláticas, la televisión y música. Donna hasta entró en coma por una semana. Diane le preguntó a la enfermera a domicilio, “¿Se le debe de dar algo nutritivo a Donna? La enfermera le respondió, “Alimenta el cuerpo y alimenta el cáncer.” Donna volvió de la coma dos semanas antes de morir. Diane dijo, “Donna comenzó a moverse por un par de horas y luego ‘despertó’ y dijo que tenía sed y quería una Coca. Recuerdo que Diane me dijo que escuchaba que la gente platicaba mientras que ella ‘dormía.’” Donna murió en casa tal como ella deseaba. Antes de que muriera Donna se hicieron arreglos con el médico y la funeraria para que no se le llamara al 911. La madre de Donna dice que su logro más grande en la vida es “Pasamos por el cáncer, lo libramos bien y nos divertimos, pero eso no quiere decir que no hubo dolor.”

Al recordar el tiempo que pasé con Donna y pensar en las emociones que sentía, me doy cuenta que desde el principio yo lo había aceptado. ¿Cómo no lo iba a aceptar? Tenía a Donna quien siempre buscaba en mí fortaleza, y esa fortaleza retachaba siempre de una a la otra. ¿Alguna vez sentí ira? Recuerdo claramente la vez que sentí dolor. Después de la muerte de Donna, decidí volver a la escuela y estudiar para trabajadora social. Recuerdo mi primera clase: “Nuevos Horizontes para Mujeres.” Fui a la clase y la maestra compartió con nosotros que le habían diagnosticado cáncer y le habían amputado la pierna. Vi a la maestra, allí estaba al frente, del mismo tamaño que Donna, el mismo color de cabello y la misma pierna que le amputaron. Al platicar después de la clase, ella tenía el mismo cáncer que tenía Donna. Me fui al carro y me senté allí, y estaba enojada, pero lo que es, enojada. Le permití a cada célula en mi cuerpo el enojarse. ¿Por qué estaba enojada? En esos momentos caí en cuenta que nunca conocería a Donna como adulta, como esposa o como madre. Después de permitirme a mi misma sentir el coraje profundo, ya pude procesar el coraje y dejarlo pasar. Recordare que mi esposo me dijo: “Está bien el estar enojado, pero el permanecer enojado se convierte en opción. Nuestros sentimientos son reales, pero lo que hacernos con nuestros sentimientos es nuestra opción. “Sigo dándole a Dios gracias por el tesoro que me dio en Donna como hija. La tuve durante 17 años. ¡Qué bendición! PERO... ¡Aun la extraño!

By Diane Patton, Madre de Donna Olsen

b a

A. LA PENA Y EL PROCESO DE LA SEPARACION

La pena es una reacción emocional a una gran pérdida. Las palabras pesar, pena en el corazón y depresión son palabras que con frecuencia se usan para describir los sentimientos de una aflicción. Ya sea que pierda uno un ser amado, un animal, lugar u objeto, o un estilo de vida que valoramos tal como nuestro trabajo, el matrimonio o la buena salud, algún nivel de aflicción resulta por naturaleza. Conocemos bien la aflicción como respuesta a una pérdida en la vida, usualmente vinculada con la pérdida de una querida amistad o un familiar.

Años atrás, las múltiples generaciones vivían juntas y se cuidaban unas a otras durante toda la enfermedad y hasta la muerte. Después fue la norma de que toda persona que se enfermaba gravemente, iba a un hospital y finalmente allí morían. Las familias están acostumbrando de nuevo cuidar de sus seres queridos durante una enfermedad o la vejez, y muchos están escogiendo pasar sus últimos días en casa o en un medioambiente que ellos escojan en vez del hospital. Se han escrito leyes que permiten que las familias escojan por sí mismas quien las cuidará, y como y donde pasaran por el proceso natural de la muerte.

Los científicos han estudiado a personas afligidas y sus pérdidas las cuales los han inducido a teorías acerca de la aflicción que son ampliamente aceptadas como ciertas. Hay etapas de aflicción por las cuales pasan las personas. Aunque la gente siente aflicción en muchas maneras similares, recuerde que todos reaccionarán de manera diferente. No hay ningún tiempo dado de una etapa a la otra, la gente sufrirá a su propio paso. No es común que alguien aun sufra después de 1 o 2 años después de la tragedia.

Etapas de Pena

Las personas no necesariamente pasan por todas estas etapas en orden, y pueden repetir etapas. El proceso de sufrimiento es único para cada individuo.

- **Shock:** La gente en verdad no comprende lo que ha pasado. Tal vez ni se acuerden que les avisaron del acontecimiento. Esta es una protección de la mente para protegerse a sí misma, para evitar el dolor. Pueda que no haiga lágrimas ni muestra de emoción.
- **Rechazo:** El rechazo es una reacción temporal después de noticias tristes. La persona se niega a aceptar lo que ha pasado. Algunas personas rechazan tanto la muerte de un ser amado, que no permiten que alguien se refiera a ellos como "ausente". Es posible que aun platiquen con la persona. Algunas pueden insistir en todavía ponerles un lugar a la mesa, etc.
- **Ira:** La ira es un sentimiento común después de una pérdida. Algunas personas en verdad no saben con quién están enojadas, solo están enojadas con lo malo que les sucedió. Algunas pueden estar enojadas con las personas que ellos piensan sean responsables por la pérdida, la persona que murió y los dejó solos, el médico/hospital, o hasta con Dios u otra Divinidad. La ira es difícil para las familias porque existe el sentimiento de culpa.

Capítulo 9: Aflicción y Problemas en la Etapa final de la Vida

- **Negociando:** La frase “hagamos un trato”. La persona intenta corregir la pérdida haciendo tratos con otras personas, a veces con Dios u otra divinidad. Frases como, “Dios mío, te prometo comenzar a asistir a la iglesia,” o “Por favor, que la prueba para mi cáncer esté equivocada, yo prometo que si la prueba sale equivocada cambiare mi vida y me uniré a la Peace Corps” son los tratos que se hacen durante la aflicción y son normales.
- **Depresión:** Esta etapa es la más peligrosa durante la aflicción. Todos pasamos por la depresión antes de poder sanar de una gran pérdida. Tal vez no les puede interesar mucho en la vida, el comer, dormir o estar entre la gente. Algunos tal vez se quieren dar por vencidos y no salgan de la cama. Si se encuentran presentes pensamientos de suicidio, es posible que se necesite ayuda profesional.
- **Culpa:** La culpa la señalan declaraciones como, “si solo hubiera hecho o sido...” Usualmente es por cosas que no pueden cambiar. Las personas suelen culparse a sí mismas en un esfuerzo para darle sentido a la pérdida. “Esta es mi culpa, yo lo cause por...”
- **Aceptación:** Es posible vivir en el presente. Es una decisión de estar en paz con las cosas. El saber que ninguna cantidad de rechazo, negociar, ira o depresión regresará a la persona o dará marcha atrás a la situación. El aceptar y la esperanza quieren decir que la persona entiende que la vida nunca volverá a ser la misma, pero que la vida sigue y el dolor disminuye a medida que pasa el tiempo.

B. EL PROCESO DE MORIR

La muerte llega a su propio tiempo y a su propia manera, y la muerte es única a cada persona. Puede que usted note estos cambios en la persona al llegarse el fin de su vida.

Uno de tres meses antes de morir

- **Aislamiento.** Así comienza a apartarse del mundo y enfocar hacia adentro. El mundo de la persona se torna más pequeño, posiblemente formado solo de amistades y familiares cercanos. Notará que la persona posiblemente duerma más siestas, se queda en cama todo el día; y el dormir mas ya es normal. Es más significativo el tacto, por lo que disminuye la comunicación con palabras.
- **Alimentos:** Comemos para vivir. Cuando el cuerpo se prepara para morir, es perfectamente natural que deje de alimentarse. Este es uno de los conceptos más difíciles de aceptar para la familia. **Está bien si no come.**

La persona que está por morir notará que disminuye el alimento. Se prefieren líquidos y no sólidos. Lo primero que deja de comer son las carnes y enseguida vegetales y otros alimentos difíciles de digerir. Los antojos vienen y van.

Una o dos semanas antes de morir

- **Desorientación:** Ahora la persona duerme la mayoría del tiempo y no parece que puede mantener los ojos abiertos, pero se le puede despertar del sueño. La persona puede confundirse al hablarle usted. La persona puede comenzar a hablar de hechos pasados y personas que ya han muerto. El enfoque es la transición de este mundo al siguiente.
- **Cambios físicos**
 - Baja la presión de la sangre la mayoría de las veces.
 - El pulso se torna errático, subiendo o bajando.
 - Cambia el color de la piel.
 - Cambia la respiración. Tiene un ritmo errático, ya sube o baja.

De uno a dos días, hasta horas antes de morir

- **Cambios físicos**
 - Puede surgir un arranque de energía.
 - Los patrones de resuello son más despacio o irregulares, a veces cesando de 10 a 45 segundos.
 - Tal vez se pueda escuchar congestión.
 - Los ojos pueden estar abiertos o entre abiertos y tener la mirada nublada.
 - Las manos y los pies se ponen morados y partes del cuerpo se llenan de manchas.
 - Tal vez la persona no responda.

C. PROBLEMAS EMOCIONALES

El cliente y familia

Cada persona es única al demostrar sus emociones. El hecho de que algunas personas no demuestren lo que los demás piensan que sería lo normal no quiere decir que no estén sufriendo.

Algunas diferencias en la manera de sufrir:

- Algunas personas se dan a expresar; otras son muy calladas.
- Algunas personas aceptan; otras se niegan o entran en shock.
- Algunas personas lloran; otras son muy estoicas (sin emoción).
- Algunas personas están enojadas; otras parecen contentas.

Trabajadores de cuidado directo

Es natural que tengan una conexión entre sí el DCW y la persona a quien cuida. El DCW puede sufrir al morir esa persona tal y como si fuese esa persona un familiar. Algunas estrategias para sobrellevarlo se describen en la Sección D enseguida.

2 Ejercicio

Este ejercicio le ayudará a entender la dinámica de una familia que trata con una pérdida, ya sea muerte de un ser querido, incapacidad o cualquier otro cambio significativo.

- Imagínese un carrusel de cuna. En el carrusel hay cinco figuritas de la familia: mamá, papá, hermana, hermano y abuela. La familia está balanceada hasta que se lleva a cabo una diagnosis de uno de sus miembros.
- Digamos que el hermano acaba de sufrir un accidente y se lastimó la medula espinal. Quite al hermano del carrusel y ¿qué sucede? El carrusel ya no está balanceado. Para que el carrusel vuelva a lograr balancearse, todos en la familia necesitan renegociar su puesto familiar.
- Otros miembros de la familia pueden tener sus propias dificultades. Su puesto en el carrusel cambia. Por ejemplo, la hermana está pasando por su propia crisis como adolescente. El padre tal vez no pueda enfrentar los demás cambios y comience a beber. La abuela está en su propio mundo. A veces, todo el carrusel familiar lo está tratando de balancear una sola persona. En este caso, la madre.

D. ESTRATEGIAS PARA SOBRELLEVAR

El permitirnos a nosotros mismos sufrir ayuda a *sobrevivir sanamente una pena*. El no permitirnoslo puede causar problemas emocionales y/o físicos en el futuro. Cuídese a sí mismo haciendo lo siguiente:

- **Hablando:** Aproveche el sistema de apoyo social o hable con alguien del clero o con un consejero.
- **Escritura:** Comience a llevar un diario, hasta a escribirle cartas a la persona fallecida acerca de las cosas que desea hubiera dicho.
- **Recordando:** Recuerde los buenos momentos. Plante un jardín en memoria de la persona o apoye las causas en las que la persona se involucraba.
- **Durmiendo lo suficiente, haciendo ejercicio y alimentándose sanamente:** Mantenga su cuerpo sano. No se apoye en el alcohol o las drogas para mitigar el dolor. Esto empeora por lo general la situación.
- **Planeando anticipadamente:** Comprenda que los aniversarios, días festivos y días especiales serán difíciles al principio. Planee pasar el tiempo en compañía de un grupo de apoyo social que aprecie.
- **No titubee para pedir ayuda:** Existe ayuda a su alcance, solo pídala. (Vea la Sección 1, Recursos, más adelante en este mismo capítulo.)

Cliente y familia

Los DCWs deben de estar al tanto de las necesidades de las personas a quienes ayudan. Si usted piensa que la manera de penar de una persona no es una manera sana, hable con su supervisor. Él o ella tal vez puedan hacer arreglos para recursos con una agencia o la comunidad.

Trabajadores de cuidado directo

Las personas sufren de diferentes maneras. Permítase usted sufrir a su manera. Tal vez usted tenga que hablar con un apoyo social que valore. Tal vez usted necesite tiempo para relajarse. Intente ser amable consigo mismo y busque la ayuda que necesita. Su supervisor puede ser muy útil en programar recursos de ayuda con agencias o en la comunidad.

E. ASUNTOS CULTURALES Y RELIGIOSOS

Las diferencias culturales y familiares pueden influir en el proceso de morir y la muerte en sí. Los DCWs deben de conocer las diferentes creencias y prácticas de las personas a quienes ellos cuidan. Las culturas son diferentes y puede ser difícil el ser competente del todo. Pida ayuda a su supervisor en cuanto a tratar con las necesidades de la persona.

Algunas religiones o culturas:

- Prohíben o desaniman el embalsamar y la autopsia.
- No permiten que toquen el cuerpo si no es un familiar.
- No quieren que se toque el cuerpo poco después de morir.
- Cubren los espejos de la casa poco después que muere un miembro de la familia.
- Sacan el agua de la habitación después de morir el miembro de la familia.

F. DIRECTRIZ ANTICIPADA

Directriz Anticipada son los documentos que especifican el tipo de tratamiento que quiere o no quiere la persona que se encuentra en condiciones medicas de cuidado y bajo las cuales tal vez no pueda comunicar sus deseos. Generalmente son dos formularios los que tienen que ver con la directriz anticipada:

- **Testamento en vida:** Un perfil del cuidado médico que quiere o no quiere la persona si él o ella llega a no poder comunicar sus deseos o a tomar decisiones.
- **Poder Notarial Durable para asistencia médica:** Señala a otra persona como agente o sucedáneo para tomar las decisiones médicas si la persona no lo puede hacer.

La directriz anticipada la puede hacer el individuo sin necesidad de un abogado. La directriz anticipada se debe de completar mientras la persona aun es competente. En Arizona no tienen que estar notariados los formularios. Las formas de Arizona no serán válidas si la persona se muda a otro estado donde se requiere la notarización.

Se puede encontrar más información acerca de directrices anticipadas en el manual del curso en el Capítulo 2, Éticas y Asuntos Legales en *Principios de Cuidado: Fundamentos*.

Directriz de cuidado médico pre-hospitalización

La directriz de cuidado médico pre-hospitalización, también conocido como *orden para no resucitar (DNR por sus siglas en inglés)*, o *el formulario anaranjado*, es un tipo especial de directriz anticipada. Este formulario dice que si deja de palpitar el corazón o cesa la respiración, la persona no quiere, bajo ninguna circunstancia, que le den resucitación cardiopulmonar (CPR por sus siglas en inglés). Este formulario, el cual está escrito en papel color anaranjado chillante, les avisa a los paramédicos, y al equipo medico de rescate en emergencias, que ya se ha tomado esta opción.

El formulario anaranjado se debe de colgar en la puerta del refrigerador o al revés de la puerta de la sala donde la puedan ver los paramédicos por si acaso la persona sufre un ataque cardiaco y/o respiratorio.



Si el cliente tiene un formulario anaranjado, el DCW debe de comunicarse con la supervisión de la agencia para informarse según las políticas y los procesos de la agencia en cuanto a CPR para el cliente.

El formulario anaranjado solo es en caso de un ataque cardiaco y ataque respiratorio. Si el cliente tiene algún otro tipo de emergencia médica, el DCW debe de tomar medidas de primeros auxilios, incluyendo el llamar al 911 como haya sido indicado.

Se puede conseguir más información para las personas que viven en Arizona en:

- Health Care Decisions (Decisiones de Cuidado de Salud), www.hcdecisions.org/
- Arizona Attorney General's website (Página en Internet de la Fiscalía de Arizona), www.azag.gov/life_care/index.html

G. HOSPICIO

Hospicio es un programa de cuidado y apoyo para quien está desahuciado. Un medico tiene que certificar que a la persona le quedan menos de seis meses de vida. La diagnosis de la persona puede ser cáncer, insuficiencia renal, enfisema, enfermedad de Alzheimer o algún otro trastorno que esté en etapa terminal. Un equipo especialmente capacitado es el que cuida de la persona totalmente. Esto incluye sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. El hospicio también brinda apoyo a los familiares de la persona desahuciada. Los servicios generalmente se brindan en casa, pero también se pueden brindar en un sitio de pacientes internados. El hospicio se enfoca en medidas de comodidad, no en aliviar la enfermedad. El DCW puede cuidar de la casa y brindar otros servicios de apoyo.

2 H. ACTIVIDAD DURANTE LA PENA

El propósito de este ejercicio es el despegarse de amistades, familiares y actividades que tanto queremos. Este ejercicio se refiere a indicadores de sufrimiento que pueden sentir sus clientes.

Útiles

- 15 hojas de papel de aproximadamente (1" x 2") para cada persona.
- Plumas.
- Bote de la basura.

Actividad

Piense en 5 familiares, 5 amistades o conocidos y 5 actividades que a usted le gustan (ejemplo: leer, ver la televisión, jugar tenis, boliche, costura, correr, etc.). Escriba el nombre de un familiar, amistad o actividad en cada pedazo de papel. Luego acomode los pedazos de papel para poder ver cada uno. Tome algún tiempo para reflejar. Piense aproximadamente unos 2 a 5 minutos en *cada* persona y en *cada* actividad que ha escogido.

- **Escenario 1:** Imagínese usted en un accidente de tránsito y ha sufrido usted una lesión a la médula espinal. Ahora como persona en silla de ruedas, ¿cuales actividades ya no puede llevar a cabo? Rompa esas actividades y tirelas. ¿Hay algunas personas con las que usted directamente hacia estas cosas? Rompa sus nombres y tírelos.
- **Escenario 2:** Imagínese que tiene usted una tos persistente y va al médico. Se da cuenta que tiene cáncer y se necesita someter a quimioterapia. Se le sugiere que tal vez necesite tomar un año de descanso en el trabajo. ¿Escribió usted los nombres de algunas personas que ve en el trabajo? Rompa esos nombres y tírelos.
- **Escenario #3:** Imagínese que apenas se da cuenta que se le ha diagnosticado con ceguera inoperable. ¿Cómo afectaría a las actividades que usted ha escogido? Rompa y tire las actividades que usted no podrá hacer por quedar ciega/o.
- **Escenario #4:** Ahora tome dos personas de las que ha escogido y hágalas a un lado. ¿Qué sentiría si ellas ya no tomaran parte en su vida?

¿Qué sintió usted cuando, en hecho, tuvo que despojarse de alguna actividad o persona? ¿Qué sintió cuando separó y puso al lado a dos seres amados?

I. RECURSOS

- Area Agency on Aging Senior Help Line (Línea Telefónica para las Agencias Locales de Ayuda a Personas de Avanzada Edad) , (602) 264-2255
- Community Information and Referral (Referencia e Información en la Comunidad), (602) 263-8856
- Si la persona que ha fallecido estaba de acuerdo en el servicio de hospicio, llame a su trabajador/a social para esa agencia de hospicio.
- Se puede obtener información sobre una directriz anticipada para las personas que viven en Arizona en los siguientes sitios:
 - Health Care Decisions (Decisiones de Cuidado de Salud), www.hcdecisions.org/
 - Arizona Attorney General's website (Página de Internet de la Fiscalía de Arizona), www.azag.gov/life_care/index.html

APÉNDICE

Requisitos de Educación en Arizona para Trabajadores de Cuidado Directo

Trabajadores de Cuidado Directo (DCWs por sus siglas en inglés) deben llenar los requisitos de capacitación y pruebas si trabajan para agencias que proveen servicios bajo programas de fondos públicos en Arizona.

Estos requisitos de capacitación aplican a estos servicios que se le brindan en casa a la persona:

- Auxiliar de hogar
- Cuidado personal
- Trabajo doméstico/Limpieza de la casa

Aplica para los programas ofrecidos por estas agencias:

- Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS por sus siglas en inglés), Cuidado de Largo Plazo de Arizona (ALTCS por sus siglas en inglés)
- Arizona Department of Economic Security (Departamento de Seguridad Económica de Arizona, DES por sus siglas en inglés), Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo, DDD por sus siglas en inglés)
- Arizona Department of Economic Security (DES por sus siglas en inglés), Division of Aging and Adult Services [División de Servicios en Envejecimiento y Adultos (DAAS por sus siglas en inglés), y sus programas ofrecidos por las Agencias de Envejecimiento Locales (AAA por sus siglas en inglés).

Aviso: Existen diferentes requisitos de capacitación para los trabajadores de cuidado en los locales de vida con asistencia. Por favor comuníquese con el Arizona Department of Health Services (Servicios del Departamento de Salubridad de Arizona) para más información.

Los estándares y requisitos de educación incluyen:

- Obtenga certificación en resucitación cardiopulmonar (RCP) y primeros auxilios.
- Demuestre destrezas, conocimiento y habilidad antes de brindar los servicios como cuidador con paga para el cuidado:
 - Pase las pruebas de conocimiento requeridas.
 - Demuestre destrezas.
- La capacitación y las pruebas están basadas en las Arizona Direct Care Worker Competencies (Competencias del Trabajador del Cuidado Directo de Arizona).

Apéndice

- Se le puede disculpar a un DCW que no tome la capacitación y las pruebas si el DCW presenta uno de los siguientes:
 - Un DCW que comenzó a trabajar antes de la fecha del primero de enero del 2011 se supone que llena los requisitos de capacitación y pruebas de la agencia en donde el DCW actualmente trabaja. Si el DCW comienza a trabajar con otra agencia el 1ro o después del 1ro de enero del 2011, él o ella tendrá que completar la prueba de competencia.
 - Un trabajador de cuidados que sea enfermero registrado (RN por sus siglas en inglés), enfermera licenciada (LPN por sus siglas en inglés), o asistente certificado en enfermería (CNA por sus siglas en inglés) están exentos de los requisitos para capacitación y pruebas para DCW. Esta excepción le permite a la agencia del DCW la discreción de dar pruebas y capacitación a sus empleados según deseen.
- Un DCW que no ha trabajado como DCW o no ha tenido experiencia similar al trabajo de un DCW los últimos dos años tendrá que demostrar competencia pasando ambas pruebas de conocimiento y destrezas antes de proveer los servicios.
- Los DCWs con experiencia previa deben de tomar un examen de reto. Si lo pasan, no se les exige más capacitación a ese nivel. El examen de reto se puede tomar una sola vez.
- Para poder ofrecer el Examen DCW Estandarizado de Arizona la organización debe ser un programa de capacitación aprobado. Esto puede incluir a agencias que emplean a DCWs y proveen servicios, colegios de comunidad y programas vocacionales privados.

COMPETENCIAS PARA LOS TRABAJADORES DE CUIDADO DIRECTO EN ARIZONA (CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS)

Envejecimiento y Discapacidades Físicas (Nivel 2)

Temas

- A. Enfermedades Crónicas y Discapacidades Físicas
- B. Requisitos Físicos y Emocionales de una Persona
- C. Cómo Transferir y Posicionar
- D. Cuidado Personal
- E. Planeando Actividades
- F. Cuidado Específico para la Demencia
- G. Pena y Problemas en la Etapa Final de la Vida

Destrezas

Las destrezas se examinarán mediante descripciones, juego de papeles, o simulaciones. El instructor proporcionará detalles sobre el caso, adaptándolo a los requisitos de la persona que recibe ayuda. Los instructores quizás pidan que hagan una descripción de los pasos involucrados en la ejecución de destrezas, una simulación (en que se juega un papel) en el marco de la clase o una demostración en el entorno del hogar, según sea apropiado. Para cada destreza se deben demostrar destrezas secundarias, incluso la comunicación y el realce de la dignidad e independencia del cliente.

1. Ayuda con las actividades de la vida diaria (ADLs):
 - a. Vestimento
 - b. Aseo Personal, incluso el afeitarse y el cuidado bucal, de las uñas, y del cabello.
 - c. Cómo Bañarse (en la tina, con regadera, con esponja y en la cama).
 - d. Requisitos del Aseo Personal (cómo vaciar el catéter; el uso del cómodo o de la bacinilla).
 - e. Comida (asistencia total con la comida, cómo motivar/dar asistencia mano sobre mano).
2. Técnicas para posicionar y transferir a una persona
 - a. Ayuda con la ambulación.
 - b. Aplicación y uso de un cinturón de seguridad.
 - c. Técnicas para posicionar a una persona (en la cama/en la silla de ruedas).
 - d. Cómo transferir una persona a y de una silla de ruedas.

- e. Cómo transferir una persona de una cama.
3. Cómo reenfocar a una persona con demencia.

Enfermedades Crónicas y Discapacidades Físicas

1. Explique los terminos envejecimiento, enfermedad crónica y discapacidad.
2. Describa los siguientes sistemas del cuerpo y su función principal:
 - a. El corazón y la circulación.
 - b. Los pulmones.
 - c. El cerebro y el sistema nervioso.
 - d. La piel, los músculos y los huesos.
 - e. El estómago, los intestinos y la vejiga.
3. Explique el efecto del envejecimiento sobre el cuerpo.
4. Identifique las condiciones comunes que afectan a cada sistema del cuerpo, y explique cómo éstas afectarían el cuidado de una persona.
5. Describa las señas y síntomas de la angustia y depresión.
6. Explique los términos parálisis y amputación.

Requisitos Físicos y Emocionales de una Persona

1. Describa el impacto del envejecimiento sobre los requisitos físicos y emocionales de una persona.
2. Describa los requisitos físicos y emocionales de una persona con una condición psicológica o cognitiva.
3. Dé ejemplos de cómo determinar cuáles son las capacidades, requisitos y deseos de una persona cuando le está proporcionando asistencia.
4. Discuta el posible impacto emocional de una discapacidad física o de una enfermedad crónica.
5. Describa cómo la edad, enfermedad y discapacidad afectan la sexualidad.

Cómo Transferir y Posicionar

1. Identifique y describa cuáles son los dispositivos asistenciales comunes, incluso el cinturón de seguridad, los andadores y las sillas de ruedas.
2. Explique la importancia de la debida transferencia de destrezas y el uso seguro de dispositivos de asistencia.
3. Explique la importancia del reposicionamiento y enumere las técnicas para evitar daños a la piel y úlceras de presión.

4. Describa el propósito del elevador mecánico y/o de la tabla de deslizamiento.
5. Describa y juegue el papel de las técnicas para posicionar y transferir a una persona.
 - a. Ayuda con la ambulación.
 - b. Aplicación y uso del cinturón de seguridad.
 - c. Técnicas para posicionar a una persona (en la cama /en la silla de ruedas).
 - d. Cómo transferir a una persona a y de una silla de ruedas.
 - e. Cómo transferir a una persona fuera de la cama.

Cuidado Personal

1. Identifique y explique la relación entre el plan de servicio de una persona y el papel del trabajador de cuidado directo (DCW) cuando se proporciona asistencia con las actividades de la vida diaria (ADLs).
2. Dé ejemplos de las técnicas que se pueden usar para preservar la dignidad y la privacidad de una persona mientras le proporciona un cuidado personal.
3. Dé ejemplos de las técnicas que se pueden usar para promover un funcionamiento independiente y respetar las preferencias de una persona mientras le proporciona un cuidado personal.
4. Identifique 3-4 características de personas cuyo riesgo, en cuanto a la integridad de la piel, es inquietante.
5. Enumere las causas más comunes del deterioro de la piel.
6. Simule/juegue el papel o describa la asistencia requerida con las actividades de la vida diaria (ADLs):
 - a. Vestimento.
 - b. Aspecto personal, incluso el afeitado y el cuidado bucal, de las uñas y de la cabellera.
 - c. Bañado (en la tina, con regadera, con esponja/en la cama).
 - d. Requisitos del aseo personal, incluso el uso de productos contra la incontinencia y dispositivos para la colostomía; el vaciado del catéter; el posicionamiento del cómodo o de la bacinilla.
 - e. Comidas (asistencia total con la alimentación; cómo motivar/dar asistencia mano sobre mano).

Planeando Actividades

1. Identifique los principios básicos y propósitos de las actividades y dé ejemplos.
2. Describa cómo el estado funcional de una persona afecta sus actividades.
3. Dé ejemplos de actividades apropiadas para consumidores con discapacidades específicas.
4. Describa el derecho de una persona de elegir o de rechazar actividades.

5. Dé un ejemplo de cómo elegir una actividad apropiada para los antecedentes culturales o religiosos de una persona.

Cuidado Específico para la Demencia

1. Defina los diferentes tipos de demencia.
2. Describa las etapas de la demencia.
3. Conozca los cambios en las habilidades cognitivas y describa la diferencia entre olvidos normales y olvidos asociados a la demencia.
4. Identifique los síntomas de depresión y del retraimiento de las actividades normales de la vida asociados a la demencia.
5. Comprenda los cambios de conducta y emociones.
6. Identifique y describa el cuidado específico de la demencia relacionado a:
 - a. Problemas de comunicación y el uso de la historia de la vida.
 - b. ADLs.
 - c. Manejo de conductas difíciles.
 - d. Planeando actividades.
 - e. Manejo del dolor.
 - f. Problemas de seguridad.
7. Juegue el papel o describa cómo reenfocar a una persona con demencia.

Pena y Problemas en la Etapa Final de la Vida

1. Identifique las etapas de la pena.
2. Dé ejemplos de la conducta durante las distintas etapas de la pena.
3. Entienda que la muerte es única para cada persona.
4. Describa los aspectos físicos (y emocionales) del proceso de la muerte.
5. Dé ejemplos de cómo las diferencias culturales y familiares influyen la muerte y su proceso.
6. Explique cómo la muerte puede afectar al DCW.
7. Identifique y explique las estrategias para sobrellevar la pena y/o la muerte.
8. Describa los recursos que la comunidad ofrece.

CRÉDITOS Y RECONOCIMIENTOS

Agradecemos nuestra deuda a numerosas fuentes, queriendo reconocer las siguientes, usadas o adaptadas con el permiso de las mismas:

- p. 1-10 por Mikael Häggström. Del dominio público, por medio de Wikimedia Commons.
- p. 1-13. por Mariana Ruiz Villarreal(LadyofHats) (Propia obra). Del dominio público, por medio de Wikimedia Commons.
- p. 1-15 Del dominio público. Fuente: National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer), National Institutes of Health (Institutos Nacionales de la Salud) (<http://training.seer.cancer.gov/anatomy/urinary/components>).
- p. 1-19 Imágenes simuladas de las enfermedades de los ojos (Eye diseases simulation images). Del dominio público. Fuente: National Eye Institute (Instituto Nacional Oftálmico) National Institutes of Health (Institutos Nacionales de la Salud)(www.nei.nih.gov).
- p. 1-22 Hypoglycemia symptoms reference (Referencia a síntomas de hipoglicemia), Novo Nordisk, Inc. Uso permitido.
- p. 1-23 Hyperglycemia symptoms reference (Referencia a síntomas de hiperglicemia), Novo Nordisk, Inc. Uso permitido.
- p. 2-3 Person with a disability (Persona con discapacidad). Uso licenciado a partir de Shutterstock.com.
- p. 2-3 Vertebra section (Sección de Vértebra). [Del dominio público] Fuente: National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases, (Instituto Nacional de la Artritis y Enfermedades Musculares, Esqueléticas y de la Piel) National Institutes of Health (Institutos Nacionales de la Salud). (www.naims.nih.gov)
- p. 2-4. Lateral view of spinal column (Vista lateral de la espina dorsal). Del dominio público. Fuente: National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Disease (Instituto Nacional de la Artritis y Enfermedades Musculares, Esqueléticas y de la Piel), National Institutes of Health (Institutos Nacionales de la Salud). (www.naims.nih.gov)
- p. 2-5 Adaptación de la imagen dibujada por Mikael Häggström (Archivo: Line-drawing of a human man.svg (Dibujo de un ser humano) [Del dominio público], por medio de Wikimedia Commons
- p. 2-9 Imagen cortesía del Invacare Supply Group.
- p. 3-6. Pensive elderly woman (Mujer anciana pensativa). Uso licenciado a partir de Shutterstock.com.
- p. 3-6 La sección sobre la depresión fue adaptada a partir de la publicación: Depression: Easy to Read (La depresión: fácil de deletrear), publicación No. 07-5084, Institute of Mental Health (Instituto Nacional de la Salud Mental), National Institutes of Health (Institutos Nacionales de la Salud) (www.nimh.nih.gov).

Apéndice

- p. 4-12 Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 4-13 Ambas imágenes son del Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 4-15. Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 4-17 Imagen cortesía de Mountainside Medical Equipment, Macy, NY (www.mountaininside-medical.com).
- p. 4-19 El cuidado del pie para personas con diabetes (Foot Care for People with Diabetes). Novo Nordisk, Inc. Uso permitido.
- p. 4-22 Imagen cortesía de Mountainside Medical Equipment, Macy NY (www.mountaininside-medical.com).
- p. 4-25 Almohadilla para la incontinencia urinaria de personas adultas (Adult incontinence pad). Imagen cortesía de Allanda, Ltd., Bedfordshire, UK (www.allaboutincontinence.co.uk).
- p. 4-25. Catéter Foley. Imagen cortesía de Mountainside Medical Equipment, Macy, NY (www.mountaininside-medical.com).
- p. 4-27 Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 4-29 Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 4-31 Taburete de baño. Imagen cortesía de Mountainside Medical Equipment, Macy, NY (www.mountaininside-medical.com).
- p. 4-31 Silla de baño. Imagen cortesía de Elixair Medical, Inc., Santa Fe Springs, CA (www.elixair.net).
- p. 4-32. Asientos elevados para el inodoro. Imágenes cortesía de Allegro Medical Supplies, Inc., Mesa, AZ (www.allegromedical.com).
- p. 4-35. Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 5-5 Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 5-6 Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 5-10 Elevador Hoyer. Imagen cortesía de Active Forever, Scottsdale, AZ (www.activeforever.com).

Apéndice

- P 5-12 Ilustración del uso de una tabla de transferencia. Cortesía de Mobility Transfer Systems, Inc.
- p. 5-13 Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 5-14 Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 5-16. Ilustración de Lance Patton para el Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 5-18 Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 5-19 Proyecto del Currículo del Cuidado Directo de Arizona (Arizona Direct Care Curriculum Project).
- p. 5-22 Andadores. Imágenes cortesía de Mountainside Medical Equipment, Macy, NY (www.mountainside-medical.com).
- p. 5-23 Silla de ruedas. Fotografía cortesía de Allegro Medical, Inc., Mesa AZ (www.allegromedical.com)

ÍNDICE

Capítulo 4

Actividades de la vida diaria (ADL).....	4
Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL).....	5
Alimentación.....	35
Baño de cama.....	12, 15
Catéteres.....	26
Colostomía.....	28
Cuidado perineal.....	13
Dentaduras.....	23
Incontinencia.....	24
Laceración.....	7
Moratón.....	7
Ostomía.....	28
Piel.....	7
Úlceras de decúbito.....	8
Úlceras de presión.....	8

Capítulo 5

Andadores.....	21
Arco del movimiento (ROM).....	20
Ejercicios.....	20
Elevador mecánico.....	10
Herida de la espalda.....	3
Mecánicas del cuerpo.....	3
ROM.....	20, Vea Arco del movimiento
Transferencias.....	4

Capítulo 8

Demencia.....	3
---------------	---

Capítulo 9

Directivas anticipadas.....	9
El proceso de la muerte.....	6
Estrategias para sobrellevar.....	8
Las etapas de la pena.....	4