

Guía para Familias Cuidadoras



EDITA. Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (CANF-COCEMFE Andalucía).

PATROCINA. Consejería de Salud.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN. JM Domínguez.

IMPRIME. Cajón de Letras.

FOTOGRAFÍA DE PORTADA. Luis Serrano y Miguel Domínguez.

DEPÓSITO LEGAL. SE-

Introducción.....	5
1. La persona cuidadora.....	8
2. Funciones de la persona cuidadora.....	12
2.1 Función Asistencial.....	12
Higiene/Aseo	
La orina y la defecación	
La alimentación	
El vestido	
Los cambios posturales	
Cambios posturales más frecuentes	
Medidas correctoras para los cambios posturales	
Movilizaciones posturales y ejercicio	
Las transferencias	
Grúas de transferencias	
Los arneses	
Indicaciones para el uso de la grúa y el arnés	
2.2 Función de Acompañamiento.....	37
2.3 Función Emocional.....	44
3. Cómo debe cuidarse la persona cuidadora.....	48
4. Bibliografía.....	52



Según datos de la base estatal de personas con discapacidad del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), alrededor de un 9 por ciento de la población española, más de 3 millones y medio de personas, tienen algún tipo de discapacidad. Este porcentaje se eleva al 10 por ciento en el caso de Andalucía, lo que se traduce en que más de 715.000 personas en la comunidad andaluza tienen algún tipo de discapacidad o limitación que les ha causado, o puede llegar a causar, una dependencia para las actividades de la vida diaria o necesidades de apoyo para su autonomía personal en igualdad de oportunidades.

La promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia contempla como objetivo general mejorar la calidad de vida y la autonomía personal de estas personas y, de forma más específica, facilitar a las personas en situación de dependencia una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que deseen y sea posible, así como proporcionarles un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.

Entre las prestaciones que contempla dicha Ley se encuentra la vinculada a los cuidados no profesionales, una prestación económica en principio considerada de tipo excepcional, pero que, según datos oficiales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia del IMSERSO, copa más del 50 por ciento del total de los servicios y prestaciones reconocidos por la Ley.

Por lo tanto, hasta el momento, esta Ley está garantizando los derechos de las personas en situación de dependencia, en demasiados casos, a través de los clásicos

cuidados informales, proporcionados por familiares -en su mayoría son mujeres, con cifras que superan el 85 por ciento- sin la formación ni capacidades adecuadas para atender las necesidades de sus familiares.

Con esta guía, **la Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (CANF-COCEMFE Andalucía)** pretende ofrecer una herramienta eminentemente práctica para aquellas personas cuidadoras que se ocupan de familiares que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, han perdido en mayor o menor grado su autonomía física y precisan apoyos en distintos ámbitos para la realización de las actividades de su vida diaria.

La guía parte del perfil ideal de la persona cuidadora, y se centra en las distintas funciones que ésta ha de asumir: la asistencial, la de acompañamiento y la emocional; aspectos que contienen recomendaciones prácticas con ejemplos e imágenes ilustrativas. Se incluye aquí una serie de ayudas técnicas que colaboran al trabajo de las personas cuidadoras, y la forma de optimizar su uso. En la parte final de la guía se realiza una aproximación al autocuidado de la persona cuidadora, y la forma de prepararse física y mentalmente para el desarrollo de sus competencias de forma más segura y eficaz.

Esperamos que esta guía colabore a mejorar la salud y calidad de vida de las personas en situación de dependencia y de sus familias.



guía
para **familias**
cuidadoras

asistencia
acompañamiento
animación

la persona **cuidadora**

capítulo **1**

Por lo general, la familia es la que asume en gran medida el cuidado de las personas en situación de dependencia. La asistencia a estas personas es una de las actividades que más estrés genera en una familia, debido a la necesidad de asunción de nuevos roles dentro de la estructura familiar.

La persona cuidadora es la que se ocupa de la mayor parte de las tareas relacionadas con la atención de la persona en situación de dependencia, y la que permite la satisfacción de sus necesidades de salud, materiales y emocionales. En la mayoría de las familias es una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados que, además, recae mayoritariamente en mujeres del entorno familiar (parejas, hijas, madres...). Hasta tal punto es así que más de ocho de cada diez personas que están cuidando a un familiar con dependencia en este país son mujeres.

La mayor parte de las personas cuidadoras son mujeres porque la sociedad ha establecido durante mucho tiempo

actividades, responsabilidades y funciones distintas para mujeres y para hombres. A las mujeres se les ha asignado tradicionalmente las tareas de cuidado y domésticas y, a los hombres, las relacionadas con el empleo y los recursos económicos. Esta división no responde a razones biológicas o naturales, por lo que puede modificarse para compartir por igual mujeres y hombres estas tareas y responsabilidades.

Esto se hace más necesario aún desde que las mujeres se han incorporado masivamente al empleo y están desarrollando jornadas de trabajo tanto fuera como dentro de casa sin la colaboración, al cincuenta por ciento, de los hombres. Pero al margen del grado de participación de las mujeres en el empleo, es deseable que las tareas de cuidado sean una labor compartida por toda la unidad de convivencia, involucrándose, especialmente, los hombres.

Es conveniente que la persona cuidadora y su entorno familiar tengan las siguientes cualidades:

- Una formación adecuada es básica, sobre todo, de co-



nocimientos en los niveles prácticos y actitudinales; es decir, sobre **“cómo hacer mejor las cosas”**. Una persona sólo se desarrolla y mejora a través de información y formación constante.

- Hay que poseer una **“personalidad evolutiva”**, siendo conscientes de que siempre existen aspectos susceptibles de mejora en las actuaciones. Técnicas empleadas, ayudas usadas o formas de pensar que han sido válidas hasta el momento, siempre pueden mejorarse.

- Hay que tener capacidad para pensar **“qué hacer”** y **“cómo hacerlo”** en función de la situación planteada. Hay que tener una gran capacidad de decisión, y saber elegir la solución más adecuada a las posibles dificultades o nuevas situaciones que puedan presentarse.

- Es básico gozar de buena salud, tanto física como mental, para resistir el ritmo de trabajo. **“Si nos hacemos daño, no podremos seguir cuidando”**.

- Hay que tener **“habilidad motora”**, sobre todo manual, para que los movimientos sean precisos, siendo fundamental la capacidad de permanecer alerta con todos los sentidos:

- El oído: para escuchar toses, gritos, gemidos o ruidos.

- La vista: para observar erosiones, cambios de color de la piel, en el aspecto de la persona en situación de dependencia -por ejemplo, cambios en el color de la orina-

- El olfato: para captar olores que se puedan producir tanto en la persona atendida como en el hogar y que deban de ser tratados adecuadamente (por ejemplo, olor a gas debido a un escape).

- El tacto: para percibir cambios en la temperatura, estado de la piel, etc.

- Debe fomentarse una **“actitud positiva, vitalista y creativa”** para todo tipo de situaciones.

- Debe desarrollarse una **“personalidad serena”**, para actuar con tranquilidad ante cualquier situación, por desagrado o peligrosa que sea.

- La persona cuidadora principal debe facilitar y contar con un entorno familiar que facilite la **“responsabilidad compartida”**.

- Deben conocerse los mecanismos y estrategias para el **“autocuidado”**, y no caer en la sobrecarga física y emocional y el aislamiento social.



CANF-COCEMFE
ANDALUCÍA

guía
para **familias**
cuidadoras

asistencia
acompañamiento
animación

funciones
de la
persona
cuidadora

capítulo 2

Al atender a una persona en situación de dependencia, la persona cuidadora debe saber cuáles son sus funciones y cuál es la mejor manera de realizar su trabajo, para evitar molestias y daños de todo tipo, tanto a ella misma como a la persona a la que atiende.

Se han delimitado las funciones de la persona cuidadora en tres tipos:

- 2.1. Función asistencial
- 2.2. Función de acompañamiento
- 2.3. Función emocional

2.1. FUNCIÓN ASISTENCIAL

En función del grado de discapacidad y autonomía de la persona, existirán distintos niveles de atención asistencial en campos como **la higiene personal, la alimentación, el vestido, los cambios y las movilizaciones posturales o ejercicios.**

A continuación, y partiendo de que cada persona tendrá sus necesidades particulares, se ofrece una serie de recomendaciones básicas para garantizar una adecuada función asistencial.

HIGIENE / ASEO

Se entiende por higiene, la limpieza de lugares o personas con el objetivo de mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades. El aseo es el conjunto de las medidas higiénicas que se emplean para la buena conservación y limpieza de la piel, siendo éste el órgano más grande del cuerpo. Suele hacerse con agua y jabón para eliminar el polvo, células muertas, evitar el crecimiento

bacteriano, mejorar la circulación, etc. El aseo es un hábito, naturalmente saludable, que elimina olores corporales, favorece la circulación y crea bienestar, por lo que hay que realizarlo tantas veces como sea necesario al cabo de día.

Generalidades a tener en cuenta a la hora del aseo

Cuando se procede a bañar, duchar o asear a una persona en situación de dependencia, la persona cuidadora ha de ser consciente de que se está ocupando de un aspecto muy íntimo y delicado. Deben conocerse cuáles son las capacidades de esa persona, y motivarla a que haga por ella misma todo lo que esté en su mano, para darle mayor autonomía y mejorar su autoestima.

Es conveniente aprovechar el momento del aseo personal para inspeccionar el cuerpo, por si hubiera escaras, úlceras o cualquier anomalía. Deben revisarse especialmente aquellas zonas enrojecidas después de estar un rato sin apoyo, como rozaduras, pequeñas heridas, ampollas, zonas húmedas, pliegues, etc.

Ante cualquier síntoma de aparición de úlceras por presión o escaras, debe ponerlo en conocimiento del personal sanitario para su tratamiento.

De modo general, a la hora de realizar las tareas de aseo se atenderán a las siguientes normas:

- Se realizará siempre que sea posible entre dos personas, para favorecer la movilización y seguridad. Se explicará lo que se va a hacer, creando un ambiente íntimo y cerrando la puerta si hay más personas en la vivienda



- Se mantendrá una temperatura ambiente de unos 22 y 24° C, y la del agua, a 39°-44° C para personas adultas y de 37°-39° C para niños/as.

- Hay que evitar las corrientes de aire.

- Es conveniente la utilización de barras de seguridad.

- La ducha no debe de estar fija en la pared para permitir movimientos ascendentes y descendentes, y poder retirar el 'teléfono' para dirigir el agua donde se desee en todo momento.

- Se aprovechará el momento del aseo para masajear la piel y favorecer la circulación sanguínea.

- Se seguirá el siguiente orden de lavado para las partes del cuerpo:

- 1°. Afeitado, en caso de hombres.

- 2°. Cabellos.

- 3°. Ojos.

- 4°. Cara y orejas.

- 5°. Cuello y hombros.

- 6°. Brazos, manos y axilas.

- 7°. Tórax y mamas.

- 8°. Abdomen.

- 9°. Piernas y pies.

- 10°. Espalda y nalgas.

- 11°. Región genital.

- Se prestará especial cuidado a las vías y sondajes evitando tracciones bruscas y desconexiones. Es importante realizar un secado de la piel meticuloso, sin frotar. Hay que evitar el uso de alcoholes, colonias y polvos de talco sobre las zonas con lesiones, escaras o heridas.

- Para la posterior hidratación de la piel se usarán cremas hidratantes hasta su total absorción, evitando las zonas con lesiones, y masajeando especialmente aquellas enrojecidas.

Se utilizará la ducha o la bañera siempre que se pueda mover a la persona de la cama. Es importante tenerlo todo preparado antes de comenzar para no retrasar la acción y no dejar sola a la persona en el baño. Como norma general se emplearán:

- Jabón líquido no irritante, manopla, peine, cepillo dental y vaso.

- Toalla para el cuerpo, toalla para la cara y otra para ponerla en la silla de ruedas, en caso de que se use.

- La ropa limpia.

- La persona cuidadora debe llevar ropa cómoda, que le permita moverse sin problemas y zapatillas antideslizantes.

Procedimiento en la bañera

- Lavarse las manos.

- Llenar la bañera con agua caliente.

- Ayudar a desvestirse y a entrar en la bañera a la persona en situación de dependencia.

- El suelo de la bañera debe estar provisto de alfombra antideslizante.

- Ayudar a la persona en su aseo y observar el estado de la piel.





- Finalizado el baño, secar bien, sobre todo, entre los dedos de los pies para evitar hongos, teniendo especial cuidado en mantener seca la zona de pliegues cutáneos y la zona genital.

- A los pies de la bañera deberá situarse otra alfombra que evite resbalones y caídas.

- Ayudar a vestirse a la persona en situación de dependencia y acompañarla a otra habitación.

- Nunca deben usarse flotadores de baño si aparece cualquier indicio de úlceras por presión (escaras) en la zona de las nalgas.

Procedimiento en la ducha

- Lavarse las manos.
- Preparar el equipo necesario.
- Ayudar a la persona en las tareas de aseo que le supongan dificultad, por ejemplo, en el lavado de cabeza o espalda.

- La ducha debe estar provista de una barandilla que sirva de sujeción y si fuera necesario también de un asiento de ducha que ofrezca comodidad durante el aseo.

- Finalizada la ducha, secamos bien, sobre todo, entre los dedos de los pies para evitar hongos, y teniendo especial cuidado en mantener seca la zona de pliegues cutáneos y la zona genital.

- Ayudar a vestirse a la persona en situación de dependencia y acompañarla a otra habitación.

Procedimiento del aseo en la cama

El aseo en la cama está indicado para todas aquellas personas que no puedan o deban moverse. Es conveniente hacerse entre dos personas, para facilitar las movilizaciones y disminuir el tiempo empleado.

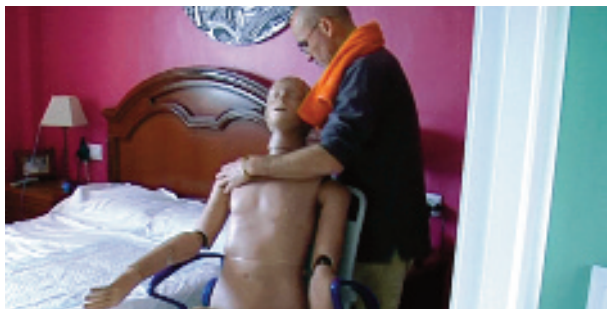
Procedimiento antes del aseo en la cama

- Informar de que va a realizarse y preparar el material.
- Si la cama es articulada, situarla en posición horizontal.
- Lavarse las manos y ponerse los guantes. Es importante saber si la persona a la que se va a asear tiene algún tipo de alergia al látex ya que hay algunas discapacidades que llevan esta alergia asociada.
- Asegurarse de que en la habitación existe suficiente intimidad.
- Mantener puertas y ventanas cerradas para evitar las corrientes de aire.

- Cubrir el colchón con un cubre cama impermeable para evitar que se moje.
- Ofrecer la cuña a la persona en situación de dependencia antes de empezar.
- Desvestir y cubrir con la sábana superior. Sólo se quedará al descubierto la zona del cuerpo a lavar.

Procedimiento durante el aseo en la cama

- Se cambiará el agua tantas veces como sea necesario.
- Lavar en primer lugar cara, cuello y hombros. En el caso de los hombres, se realizará en primer lugar el afeitado.
- Continuar con los miembros superiores, comenzando desde las axilas hasta los dedos.
- El tórax y abdomen se lavan con movimientos circulares. Secar cuidadosamente, haciendo hincapié en los pliegues submamarios de la mujer.
- Los miembros inferiores se limpian en sentido descendente, desde las ingles hasta los pies.



- Colocar a la persona en la posición lateral de seguridad para lavar la espalda, desde la nuca hasta los glúteos. Es importante observar atentamente la piel en esta zona, por el riesgo de aparición de úlceras por presión; cualquier cambio percibido, debe ponerse en conocimiento de un médico.

- Aprovechar el aseo para dar un pequeño masaje con loción hidratante y reactivar la circulación. Si la persona puede incorporarse, se le ayuda a sentarse para que se facilite el lavado y secado de la espalda.

- La zona genital es la última en lavarse. Colocar de decúbito supino (boca arriba, acostada sobre la espalda) y poner la cuña bajo la pelvis. Hacer resbalar el agua desde el pubis hacia el ano.

- En la mujer, limpiar bien los labios mayores y menores (prestando cuidado y atención al clítoris) separándolos para lavar, la zona del orificio de la uretra, la entrada de vagina y el ano.

- En el hombre, limpiar primero el escroto y los pliegues inguinales; luego retraer el prepucio para limpiar el glande. Finalmente se limpiará el ano.

Procedimiento tras el aseo en la cama

- Vestir a la persona . A la hora de vestirla, si tuviera perfusión intravenosa, primero se introducirá el bote de suero y el brazo correspondiente, y luego el otro brazo.

Higiene dental, lavado de cabeza, corte de uñas

- Si la persona en situación de dependencia no puede sola, colaborar en el aseo de los dientes, ya que es muy importante para mantener un buen estado de salud. El ce-



pillado de dientes ha de ser en círculos, con un cepillo en buen estado, por grupos de dos o tres piezas y con una duración de unos 3-4 minutos. Tras el cepillado, usar agua y enjuague bucal.

- Para realizar el aseo del **cabello** de una persona en la cama, se coloca tumbada boca arriba, con la cabeza sobre la orilla de la cama, una vez cubierto el cuerpo con una sábana. Taparle los oídos para evitar que entre agua en ellos. Mojar el pelo y aplicar champú, masajeando el cuero cabelludo con las yemas de los dedos. Aclarar bien y repetir la misma operación para efectuar un segundo lavado. Secar con la toalla y retirar el equipo. Desenredar el cabello y secarlo con el secador. Comprobar que no se ha mojado la ropa y sábanas durante el lavado y acomodarla de nuevo en la cama. Puede aprovecharse para realizar a continuación el lavado del cuerpo.

- El momento después del baño es el idóneo para cortar las uñas de manos y pies, pues el agua las reblandece. En caso de realizarse el aseo en la cama, puede facilitarse su corte introduciendo manos y pies en agua durante un rato. Lo fundamental es cortar las **uñas** rectas, redondeando con una lima un poquito en las esquinas.

LA ORINA Y DEFECACIÓN

Dentro de la función asistencial, además del aseo hay otros aspectos que la persona cuidadora realiza, como la colocación de la cuña o el colector, el cambio de pañales, el sondaje y el vaciado de la bolsa de orina o el mero acompañamiento al inodoro, según la situación concreta de dependencia de la persona.

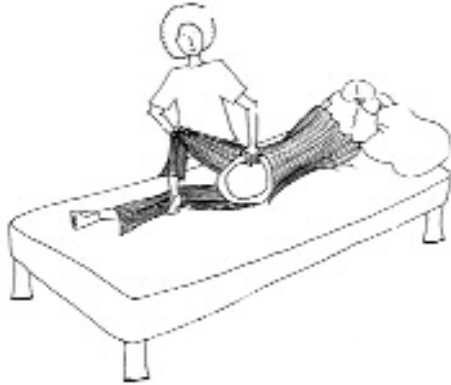
La atención a las necesidades fisiológicas se hará tantas veces como sea necesario, atendiendo a las peticiones de la persona. Hay que estar pendientes, especialmente en caso de las personas que no controlan esfínteres y usan pañal o sonda.

La cuña y la botella

La ventaja que ofrecen estos sistemas es que permiten a las personas en situación de dependencia orinar y defecar en la propia cama. Como para el resto de las técnicas, debe mantenerse un ambiente de respeto y de intimidad.

La cuña se usa para la defecación, tanto del hombre como de la mujer, y para la micción de la mujer. La botella se usa sólo para la micción del hombre.

Se necesita: la cuña o la botella -según el caso-, guantes desechables, toalla, manopla, jabón neutro, agua, pa-



pel higiénico y toallitas húmedas.

Colocación de la cuña

Para proceder a la colocación de la cuña en la cama, debe hacerse con las manos limpias y con guantes. Una recomendación es poner algo de papel higiénico en el fondo de la cuña antes de su uso, para facilitar su posterior limpieza en caso de defecación.

* Si la persona en situación de dependencia puede colaborar:

- Pedirle que, apoyando los talones en la cama, levante las caderas; entonces, introducir la cuña con el mango hacia los pies y la parte plana debajo del coxis.

* Si la persona en situación de dependencia no puede colaborar:

- Entre dos personas, levantar la pelvis de la persona en situación de dependencia para poder introducir la

cuña; o bien, si se está solo/a colocar a la persona en la postura lateral de seguridad, colocar la cuña sobre la cama a la altura adecuada y volver a la posición inicial.

En ambos casos, tras la colocación de la cuña:

- Dejar a la persona sola siempre que sea posible, para una mayor intimidad. En caso de no poder dejarla sola, se la tapa.
- Limpiar con toallitas húmedas o una manopla y secar con papel higiénico o una toalla.
- Vaciar la cuña en el retrete y limpiarla desinfectando para evitar posibles infecciones y enfermedades.
- Lavarse las manos.

La botella

Está indicada para la recogida de la orina del hombre. Para proceder a su colocación, debe hacerse con las manos limpias y con guantes.

- Si la persona en situación de dependencia puede, se colocará ella misma la botella, para darle así mayor autonomía e independencia; si no es así, se introduce el pene en la botella.

- Tapar a la persona.

- Una vez haya finalizado, ofrecerle papel higiénico, una manopla jabonosa, toallitas húmedas... para que se limpie, o bien, limpiarlo si no puede.

- Vaciar la botella en el retrete y limpiarla, desinfectando



para evitar posibles infecciones y lavarse las manos.

El cambio de pañales

Es recomendable seguir estos consejos para realizar el cambio de pañal en la cama:

- Mantener el lugar a una temperatura adecuada y sin corrientes de aire.
- Si la cama es articulada, situarla en posición horizontal.
- Lavarse las manos y tener siempre a mano todo lo que se necesite.
- Abrir el pañal limpio y colocar a la persona de lado.
- Retirar el pañal usado y situar el pañal limpio con los adhesivos hacia arriba, bajo del cuerpo de la persona, intentando que quede centrado.
- Limpiar con toallitas húmedas o una manopla jabo-

nosa y secar con papel higiénico o una toalla. Si es necesario y no hay alteraciones en la piel, aplicar crema, pomada o talcos para evitar irritaciones.

- Al retirar el pañal usado, se hará con cuidado para evitar ensuciar las piernas o la cama. Para enrollarlo, se emplearán los extremos de velcro de su cierre.
- A continuación, girar a la persona hacia el lado contrario para recolocar el pañal, y situarla boca arriba.
- Separar con cuidado las piernas y subir la parte delantera del pañal, extendiéndolo hasta la cintura y centrarlo bien para evitar escapes de orina.
- Cerrar el pañal de un lado y, tensándolo, pegar el otro lado sin que llegue a oprimir demasiado el abdomen.

La colocación del colector de orina

El colector de orina es una funda elástica que se desliza sobre el pene. Uno de sus extremos presenta un orificio al que se le conecta la bolsa de recogida de orina y el otro queda fijado a la base del pene mediante una tira circular o un apósito autoadhesivo. Actualmente existen en el mercado colectores autoadhesivos en toda su longitud, que no precisan fijación en la base del pene.

Están indicados para hombres incontinentes que tienen vaciamiento vesical – de la vejiga – completo y espontáneo. Su utilidad a largo plazo es relativa, ya que su uso continuado puede provocar irritación en la piel de la base del pene y dolor, de ahí que sean recomendables sólo para periodos limitados de tiempo. Como para cualquier otra técnica, es necesario tener preparado el material que va a emplearse:



- Colector peneano. Los hay de distintos tamaños, por lo que es preciso elegir la talla adecuada para evitar que el pene quede comprimido o que el dispositivo se suelte.

- Bolsa con tubo de drenaje para el almacenamiento de la orina.

- Gasas.

- Útiles de aseo: jabón neutro y toalla.

- Guantes desechables.

Para colocar el colector hay que efectuar los siguientes pasos:

Antes de poner el colector

- Informar de que va a realizarse y preparar el material.

- Lavarse las manos y ponerse los guantes.

- Limpiar los genitales con agua y jabón neutro, y secarlos cuidadosamente para eliminar las secreciones que puedan irritar la piel de la persona en situación de dependencia y facilitar el deslizamiento del colector.

- Sujetar la bolsa de diuresis en el lateral de la cama, dejando la conexión a la vista para facilitar su rápida unión al colector.

Para poner el colector

- Sujetar el pene de la persona en situación de dependencia con la mano no dominante (si es diestro/a, con la mano izquierda; y viceversa).

- Realizar una ligera presión para disminuir las posibilidades de erección.

- Con la otra mano, colocar la base del colector sobre el glande (la parte superior del pene) y deslizarlo suave y uniformemente hacia la base del pene.

- Dejar 2'5 cm entre el glande del pene y el tubo de drenaje del colector, para evitar el exceso de presión.

- Fijar el colector -si no es autoadhesivo- mediante la cinta específica alrededor de la base del pene. La cinta asegura la sujeción a la piel y el material se expande con los cambios de tamaño del pene. Jamás usar esparadrapo para fijarlo, ya que este material no es expansible y puede oprimir el pene y reducir el flujo sanguíneo.

- Conectar la bolsa de diuresis al extremo del colector. Si la persona en situación de dependencia está encamada, sujetar la bolsa a la cama; y si puede andar, sujetar a la extremidad inferior. Comprobar que no hay obstrucciones en los sistemas de conexión y de drenaje.

- Quitarse los guantes y lavarse las manos.

Cuidados posteriores

- Comprobar el buen estado de la piel del pene a los 30 minutos de la colocación del colector. Verificar el adecuado drenaje de la orina.

- Cambiar el colector y evaluar el estado del pene cada 24 horas.

- Revisar periódicamente la bolsa de diuresis y vaciarla con tanta frecuencia como sea necesaria.



Colocación de la sonda vesical

Ésta técnica consiste en la introducción de una sonda a través de la uretra hasta la vejiga para facilitar la salida de la orina contenida en su interior. Para poner una sonda se empleará el siguiente material:

- Sistema colector.
- Antiséptico.
- Guantes.
- Campo estéril para el material.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico.
- Jeringa.
- Suero fisiológico.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Bolsa para residuos.
- Empapadera (salvacamas).
- Sonda vesical, de calibre, tipo y material adecuado. Las medidas más frecuentemente empleadas son las siguientes:

TIPO DE SONDA	SEGÚN CALIBRE	SEGÚN LONGITUD
Hombres Adultos	CH 16 a 22	40 cm
Mujeres adultas	CH 14 a 16	20 cm
Sondas pediátricas	CH 06 a 10	20 cm

Consideraciones previas

- La colocación de una sonda no debe realizarse sin la formación adecuada. Ante cualquier duda, consultar con profesionales sanitarios.

- No forzar la entrada de la sonda si se encuentra resistencia.
- Colocar la bolsa por debajo del nivel de la vejiga.
- Evitar tirones y el excesivo llenado de la bolsa, que pueden provocar traumatismos o desconexiones accidentales del sistema.
- Tener en cuenta los cambios periódicos recomendados para cada tipo de sonda.

Antes de la colocación de la sonda

- La persona cuidadora debe lavarse las manos con jabón.
- Informar siempre a la persona en situación de dependencia del proceso que va a realizarse.
- Preservar la intimidad y mantener el lugar a una temperatura adecuada y sin corrientes de aire.
- Si la cama es articulada, situarla en posición horizontal.
- Tener siempre a mano todo lo necesario.
- Colocar a la persona decúbito supino (boca arriba); si es mujer, manteniendo las piernas flexionadas.
- Lavar los genitales y la zona anal.

Procedimiento de sondaje

A) Sondaje permanente

- Desinfectar la zona con gasas y antisépticos.
- Colocar el campo estéril y depositar el material estéril sobre éste.
- Ponerse los guantes estériles. Es importante saber si la persona a la que se va a sondar tiene algún tipo de alergia al látex, ya que hay algunas discapacidades que llevan esta alergia asociada. Otra opción, es la utilización de guantes de vinilo.
- Comprobar el correcto inflado del balón de la sonda.
- Lubricar el extremo de la sonda que se introducirá, y en los hombres, también la primera porción del meato urinario (orificio por donde sale la orina).
- Coger la sonda lubricada con la mano dominante (la derecha si se es diestro/a; y viceversa) e introducir en el meato urinario sin forzar.
- En caso de los hombres: Mantener el pene en ángulo recto, con el prepucio retraído. Tras introducir unos 6-8 centímetros de sonda, colocar el pene en un ángulo de 60° con respecto al cuerpo e introducir los 10–15 cm restantes. Si se pide a la persona que haga fuerza como si fuera a orinar, se permite una penetración más suave.
- En el caso de las mujeres: separar los labios mayores y menores con la mano no dominante, e introducir de 5 a 10 centímetros. Si la mujer está menstruando, después del lavado, se efectuará el taponamiento de la vagina con una gasa estéril hasta que se finalice el procedimiento.
- Cuando salga la orina, introducir 2 ó 3 centímetros más, pinzar el extremo de la sonda, e inflar el balón con

el contenido de la jeringa. Deslizar muy suavemente la sonda hacia el exterior, hasta notar una ligera resistencia.

- Conectar la sonda al sistema de recogida y sujetarlo al soporte de la cama, siempre por debajo del nivel de la vejiga.
- Fijar el catéter en la parte interna del muslo, evitando que se formen ángulos que puedan obstruir el paso de la orina.
- Recoger el material usado.
- Lavarse las manos.

B) Sondaje temporal

- El procedimiento de introducción es el mismo que en el sondaje permanente, sin la necesidad de inflar el balón posteriormente.
- Retirar la sonda una vez evacuada la orina.
- Lavarse las manos.

Mantenimiento

- Higiene diaria y meticulosa de los genitales y de la sonda.

Retirada del catéter

- Colocar una empapadera (un salvacamás), deslizando bajo las nalgas de la persona.
- Extraer con la jeringa el contenido del globo de la sonda.



- Sujetar la sonda con la gasa y retirarla suavemente, depositándola en la bolsa para residuos.
- Ofrecer la botella o la cuña si la persona lo necesita.
- No vaciar la vejiga bruscamente.
- Comprobar que el volumen de la orina en cada micción es el adecuado tras la retirada de la sonda. Si no orina entre las 6 u 8 horas después, valorar los signos de retención urinaria y comunicarlo a un profesional sanitario.
- Recoger el material.
- Lavarse las manos.

LA ALIMENTACIÓN

La alimentación es algo esencial en el ciclo vital de las personas en situación de dependencia, que influye directamente en la buena salud y la calidad de vida. Al ayudar a alguien en esta tarea, hay que ser conscientes de que en algunos casos es difícil aceptar ayuda para ser alimentado por otra persona. Como personas cuidadoras, he-



mos de respetar la dignidad de la otra persona y fomentar, en la medida de lo posible, su independencia en esta actividad diaria, por lo que no deben olvidarse los siguientes aspectos básicos:

- Tratar a la persona como adulta, en caso que lo sea.
- Ofrecer en la medida de lo posible distintas opciones para comer, intentando que la dieta sea equilibrada y completa. Deben proporcionarse diariamente proteínas, vitaminas de frutas y verduras. Un buen aporte nutricional no sólo favorece la cicatrización de las úlceras por presión (escaras), sino que también evita su aparición.
- Debe asegurarse que la persona en situación de dependencia ingiera la suficiente cantidad de líquidos para mantener la piel en buen estado y mejorar el estado general de la salud. Hay que tener en cuenta la deshidratación que pueden causar algunos medicamentos y que, por ejemplo, los riñones de una persona mayor necesitan una mayor cantidad de líquidos para funcionar de forma adecuada. La reducción de líquidos no reduce la incontinencia, sino que por el contrario, puede llegar a ocasionar concentración en la orina e irritar la vejiga, pudiendo generar en infección.
- Es aconsejable, salvo prescripción médica, la ingesta mínima diaria de 6-8 vasos de agua junto a zumos, café, té sin azúcar, etc. Si la persona en situación de dependencia tiene dificultades para tragar agua o líquidos claros, es conveniente que tome líquidos un poco más espesos, tales como néctar de frutas, jugo de vegetales, cremas o batidos.
- No comer con prisas; debe ser una actividad agradable y relajada. Es importante hacer la comida juntos.

- A la hora de la ingesta, se procurará una postura cómoda a la persona, apropiada para la acción que va a realizarse.
- Algunas personas necesitan que se les recuerde que deben masticar o tragar.
- Es recomendable conocer y disponer de utensilios que faciliten la comida: hay cubiertos adaptados a distintos tipos de discapacidad, platos con divisiones y bordes facilitan comer con cubiertos, etc. Las cañitas flexibles son muy útiles cuando se bebe en la cama. A la hora de ingerir líquidos puede ser más fácil que sea en tazas, ya que se agarran mejor por el asa.
- Para evitar las manchas, es recomendable el uso de baberos o algún protector para la ropa o para la cama si la ingesta se realiza allí.

EL VESTIDO

En este procedimiento también debe potenciarse la independencia y fomentar la autoestima. Para ello se ofrecen las siguientes recomendaciones:



- Elegir ropa cómoda que facilite la acción y acorde a las preferencias de las personas en situación de dependencia, evitando botones, ropa ajustada o cordones para facilitar su cambio.
- La postura para vestirse o desvestirse debe ser cómoda, siendo recomendable que la persona esté sentada si puede hacerlo.
- Si la persona tiene una hemiplejía, hay que empezar a vestir por el hemisferio afectado, y desvestir al revés.
- En caso de vestir a la mujer, hay que ser flexibles con el uso de prendas como el sujetador o la faja, ya que pueden ser más incómodas que prácticas.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que tanto las prendas de vestir como las ropas de cama sean de tejidos naturales, como algodón, hilo o lino, procurando siempre que estén estiradas, sin arrugas ni pliegues.

LOS CAMBIOS POSTURALES

El objetivo de los cambios posturales es conseguir que todas las partes del cuerpo de la persona en situación de dependencia estén correctamente alineadas y distribuir uniformemente su peso corporal. Normalmente, están indicados para personas con una escasa o nula movilidad que están encamadas.

Utilidad de los cambios posturales

- Mantienen el buen estado de músculos y huesos. Los cambios posturales alivian la rigidez articular y la flacidez muscular.

- Favorecen la función cardiaca y respiratoria. Una inmovilidad prolongada facilita la acumulación de secreciones, la aparición de trombos circulatorios, etc.

- Previenen complicaciones genitourinarias y digestivas. La falta de ejercicio puede provocar estreñimiento debido a la falta de movimiento intestinal.

- **Previenen las úlceras por presión (escaras).** Estas lesiones de la piel aparecen como consecuencia de la presión prolongada de algunas partes del cuerpo sobre un plano duro. Suelen darse con mayor frecuencia en las prominencias óseas: región sacra -por encima de los glúteos, zona limítrofe entre glúteos y muslos, talones, rodillas, codos o caderas. No sólo la inmovilización en cama es favorecedora, sino también las sillas de ruedas, sillones... Pueden evitarse gracias a los cambios posturales, que hacen que los puntos de presión vayan cambiando, sin olvidar la importancia de una adecuada higiene, alimentación e hidratación para prevenir su aparición.

A la hora de realizar cambios posturales hay que tener en cuenta varios aspectos:

- Conocimiento de la persona en situación de dependencia, de sus necesidades, de sus limitaciones de movilidad y del tiempo para cada cambio de posición. En personas encamadas son recomendables estos cambios cada dos o tres horas y en las que están sentadas, cada hora aproximadamente; si la persona no necesita ayuda para realizar los movimientos, debe moverse para descargar el peso de las nalgas cada 15 ó 30 minutos.

- Hay que evitar mover a la persona arrastrándola sobre la ropa de cama. Si no quedara otra opción, hacerlo elevando la cabeza de la cama, sin sobrepasar un ángulo

de unos 30° con respecto a la cama y realizar la maniobra en el menor tiempo posible.

- Cada vez que se hace un cambio postural es aconsejable mover las articulaciones con movimientos suaves y saber que éstas nunca han de estar completamente estiradas.

- Mantener hábitos higiénicos correctos y aprovechar estos momentos para valorar el estado de la piel, realizando pequeños masajes circulares que activen el riego sanguíneo.

- Resulta muy conveniente que la persona cuidadora use una faja cuando vaya a realizar cualquier tipo de cambio o movilización postural, para prevenir tirones musculares, lumbalgias, etc.

- Seleccionar las medidas y el equipo más adecuado para cada movilización.

- Adecuar el entorno, procurando que facilite en la medida de lo posible nuestra movilidad y la de la persona en situación de dependencia.



CAMBIOS POSTURALES MÁS FRECUENTES

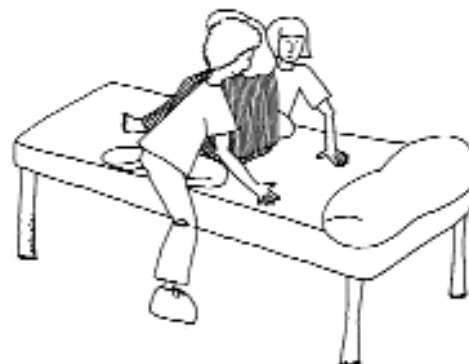
Cambio postural 1: Desplazamiento hacia arriba de la silla / sillón

Es habitual que la persona que se encuentra sentada de forma prolongada se deslice sobre la silla. Si no puede colocarse sola, o necesita ayuda, la persona cuidadora colaborará a que recupere la posición inicial mediante esta técnica:

- Situarse tras el respaldo de la silla.
- Rodear a la persona en situación de dependencia con los brazos por debajo de las axilas, a la altura del pecho. En el caso de las mujeres, habrá que prestar especial atención a no dañar la zona del pecho al realizar esta técnica.
- Entrelazar los brazos a la altura de los antebrazos. (No las manos; podría provocarse una lesión en los dedos de la persona cuidadora, o escurrirse y caer a la persona en situación de dependencia).
- Con las piernas semiflexionadas, inclinar el tronco hacia delante y realizar un movimiento suave, hacia detrás y hacia arriba, hasta llegar a la posición deseada.

Cambio postural 2: Desplazamiento hacia arriba de la cama

Para esta maniobra, se parte de la persona en situación de dependencia tumbada boca arriba en la cama. Si la cama es articulada, hay que ponerla en posición horizontal.



Si la persona puede colaborar

- Colocarse a un lado de la cama.
- Retirar las almohadas, sujetando la cabeza.
- Pedir a la persona en situación de dependencia que se sujete a la cabecera de la cama y que flexione las rodillas hasta apoyar los pies sobre el colchón. Indicar que apoye toda la planta de los pies, no sólo los talones.
- Pasar el brazo más cercano a la cabecera de la cama por debajo del cuello de la persona en situación de dependencia, llevándolo hasta el omóplato, para asegurar la estabilidad de su cabeza.
- Colocar el otro brazo debajo de los muslos.
- Posteriormente, llevar a la persona en situación de dependencia hacia arriba de la cama, al tiempo que ésta empujará en el mismo sentido apoyándose en los pies. Se recomienda utilizar alguna expresión tipo “un, dos, tres... ahora”.



Si la persona no puede colaborar

Si la persona no puede colaborar debido a que se encuentra en una situación de gran dependencia, pueden utilizarse procedimientos distintos, para lo que se recomienda la ayuda de una tercera persona.

Procedimiento en el que las dos personas están al mismo lado de la cama

- Asegurarse de que el cuerpo de la persona tenga una correcta alineación; es decir, brazos extendidos y pegados al cuerpo y piernas juntas y extendidas.
- La persona que esté más próxima a la cabecera de la cama, situará su brazo más cercano a la cabeza de la persona por debajo de su cuello, hasta llevarlo al hombro, y su otro brazo, por debajo de la zona lumbar.
- La otra persona coloca uno de los brazos por debajo de los glúteos, y el otro brazo, por debajo de los muslos.
- Una vez posicionadas, realizarán un movimiento al unísono hacia arriba de la cama.

Procedimiento en el que cada persona está a un lado de la cama

- En este caso, las dos personas se colocan una frente a la otra.
- Cada una coloca su brazo más cercano a la cabecera de la cama debajo del omóplato de la persona, y el otro brazo por debajo de los glúteos. Una vez posicionadas, realizarán un movimiento al unísono hacia arriba de la cama.

Procedimiento con uso de la entremetida (sábana doblada en su largo a la mitad y colocada bajo el cuerpo)

- En este procedimiento, cada una de las dos personas cuidadoras se coloca a un lado de la cama.
- Cada una toma la esquina superior e inferior de la entremetida, por la parte situada en su lado de la cama.



- A continuación, tiran suavemente de la sábana hacia arriba, desplazando a la persona hasta la posición deseada.

Cambio postural 3: Colocación en decúbito lateral (postura lateral de seguridad)

- Para esta maniobra, se parte de la persona en situación de dependencia tumbada boca arriba en la cama, que permanece en posición horizontal.

- Tomar el brazo de la persona en situación de dependencia que queda más próximo y separar del cuerpo - hasta formar un ángulo de unos 45°, para evitar que, al finalizar la movilización, dicho brazo quede atrapado bajo el cuerpo.

- Flexionar el otro brazo de la persona sobre el abdomen y cruzar la pierna más alejada sobre la más cercana.

- Sujetar el hombro más alejado de la persona con una mano y la rodilla flexionada con la otra.

- La persona cuidadora tira del cuerpo de la persona hacia sí, quedando en posición lateral.

Cambio postural 4: En decúbito prono (boca abajo)

Para esta maniobra, se parte de la persona en situación de dependencia tumbada boca arriba en la cama, que permanece en posición horizontal. Puede llevarse a cabo de dos formas:

Procedimiento sin entremetida

- Para esta técnica sólo es necesaria una persona, que se colocará en uno de los lados de la cama.

- En primer lugar, colocar a la persona en situación de dependencia en el borde de la cama.

- A continuación, el brazo sobre el que se va a realizar el giro se coloca flexionado por detrás de su cabeza, manteniendo el otro brazo extendido y paralelo al cuerpo. Al mismo tiempo, se flexiona ligeramente la pierna de este mismo lado.

- La persona cuidadora coloca una de sus manos sobre el hombro de la persona más cercano, y la otra sobre la rodilla, que se encuentra flexionada.

- A continuación, empujar suavemente hasta que el cuerpo gire por completo, quedando boca abajo.

- En este momento, se alinea el brazo flexionado con el resto del cuerpo, y se gira la cabeza hacia un lado para facilitar la respiración.

Procedimiento con entremetida

- Para esta técnica será necesaria la ayuda de dos personas, colocándose cada una a un lado de la cama.

- Cada una toma la esquina superior e inferior de la entremetida, por la parte situada en su lado de la cama.

- Entonces, se tira suavemente de la sábana hacia el lado al que se desea desplazar a la persona en situación de dependencia .

- Una persona permanece pendiente de sujetar a la persona durante el giro, mientras la otra tira suavemente de



la entremetida, enrollándola sobre la persona para que ésta gire y quede colocada de espaldas.

- Girar la cabeza hacia un lado para facilitar la respiración.

Cambio postural 5: de acostada a sentada

- Se parte de la persona en situación de dependencia tumbada boca arriba en la cama, que permanece en posición horizontal.

- La persona cuidadora, con la espalda recta y las piernas flexionadas, se sitúa en el lado de la cama donde va a sentarse la persona.

- La persona cuidadora sitúa uno de sus brazos, el que esté más cerca de la cabeza de la persona, bajo su omoplato – hueso plano de la parte superior de la espalda, cerca del hombro -, y el otro, junto a la rodilla más alejada.

- Se realiza un suave tirón desde el omoplato –hueso plano de la espalda, cerca del hombro–, a la vez que se gira la mano que sujeta la rodilla hacia fuera, con lo cual, la persona queda ahora sentada sobre la cama.

Cambio postural 6: de sentada a de pie

- La persona cuidadora se sitúa frente a la persona en situación de dependencia, para proporcionarle seguridad y protección, y coloca sus pies delante de los pies de la persona para que hagan de barrera en caso de que pudiera resbalar.

- Colocar los brazos en los omóplatos – huesos planos de la parte superior de la espalda, cerca de los hombros-



de la persona en situación de dependencia, pasándolos por debajo de las axilas.

- Si puede colaborar, se le pide que se agarre a nuestros hombros.

- Se tira suavemente para elevar a la persona en situación de dependencia.

MEDIDAS CORRECTORA PARA LOS CAMBIOS POSTURALES

Como se ha visto, la persona en situación de dependencia puede encontrarse en distintas posiciones, y para cada una de ellas existen una serie de medidas correctoras que aseguran la protección de su piel y evitan la aparición de úlceras por presión o escaras.

En la posición de decúbito supino (tumbada boca arriba)

- El cuerpo reposa sobre la espalda.
- La cabeza y los hombros quedan elevados.
- Los brazos, alineados a lo largo del cuerpo.



- Las caderas rectas y los pies en ángulo recto.

Medidas correctoras

Se colocarán almohadas, cojines o peluches en los siguientes lugares:

- Debajo de la cabeza y hombros.
- Debajo de la zona lumbar (parte baja de la espalda).
- Debajo del muslo, para la flexión de las rodillas.
- En la zona externa del muslo, para evitar su rotación.

En la posición de decúbito lateral, (postura lateral de seguridad)

- El cuerpo reposa sobre uno de los lados.
- La cabeza y cuello quedan alineados con el tronco.
- Las rodillas y caderas quedan ligeramente flexionadas: la extremidad superior más flexionada que la de abajo.
- Los pies, en ángulo recto.

Medidas correctoras

Se colocarán almohadas, cojines o peluches en los siguientes lugares:

- Debajo de la cabeza.
- Detrás de la espalda, para evitar el deslizamiento hacia atrás.

- Debajo del brazo, para que la mano no cuelgue.
- Entre las piernas, para evitar que se produzcan roces.

En la posición de decúbito prono (tumbada boca abajo)

- El cuerpo reposa sobre el pecho, acentuándose así la curvatura lumbar.
- La cabeza está de lado y ligeramente flexionada.
- Los dedos de los pies descansan sobre la cama.

Medidas correctoras

Se colocarán almohadas, cojines o peluches en los siguientes lugares:

- Debajo de la cabeza.
- Debajo del abdomen: para relajar la zona lumbar, facilitar la respiración y, en el caso de las mujeres, disminuir la compresión del pecho.
- Dejar que los pies caigan de forma lateral; o bien colocar una almohada debajo para evitar la presión de los dedos sobre la cama.

En la posición de sentado

- La cabeza está recta y alineada con el cuerpo.
- La espalda está recta y la zona lumbar pegada al respaldo.



- Los pies descansan siempre sobre el suelo, en ángulo recto. Si éstos no llegan al suelo, se colocará un taburete debajo para evitar que queden colgando.

Medidas correctoras

Se colocarán almohadas, cojines o peluches en los siguientes lugares:

- Detrás de la cabeza, en la zona lumbar y bajo los brazos.

En la posición de pie

Si la persona en situación de dependencia puede permanecer de pie, las normas básicas que deben seguirse para su movilización son:

Por parte de la persona cuidadora

- Durante la movilización, la persona cuidadora separará las piernas, para facilitar su propia estabilidad. Se colocará lo más cerca posible de la persona en situación de dependencia, ya que así la fuerza necesaria para mantener el equilibrio es menor.

- La persona cuidadora utilizará su propio peso para contrarrestar el de la persona y economizar la energía.

- Al realizar un levantamiento, la persona cuidadora mantendrá la espalda recta y alineada, haciendo una ligera flexión de rodillas para aprovechar la fuerza de sus piernas.

- Si hay que girar, se hará con los pies, no con la cintura.

- Si no se puede realizar una movilización a solas, es aconsejable pedir ayuda.

Por parte de la persona en situación de dependencia

- Separar ligeramente los pies para aumentar la base de sustentación y mejorar la propia estabilidad.

- Procurar que las caderas se mantengan siempre encima del espacio delimitado por los pies, y que no se sitúen por delante o por detrás, para evitar desequilibrios.

- Mantener contraídos los músculos abdominales y glúteos (nalgas) y la espalda recta, echando los hombros hacia atrás.

MOVILIZACIONES POSTURALES Y EJERCICIO

Es importante para la persona en situación de dependencia realizar movimientos y ejercicios, lo que proporciona muchas ventajas tanto físicas como psicológicas. La ejercitación ayuda a mantener y conservar la masa muscular, favorecer el sistema respiratorio y cardiovascular, así como a evitar las deformaciones y malas posturas corporales. Beneficia también a la autonomía personal, al mejorarse la movilidad y permitir, con mayor o menor nivel de ayuda, llevar a cabo actividades de la vida diaria como asearse, ir al baño o vestirse.

Algunas recomendaciones a la hora de realizar movilizaciones posturales y ejercicios son:

- Favorecer que la persona en situación de dependencia colabore, en la medida de sus posibilidades.

- No olvidar que se trata de personas con movilidad reducida, por lo que habrá que actuar con paciencia y sin prisas.

- Los movimientos deben ser suaves y precisos, sin forzar, causar dolor o llevar al límite. Además, pueden lastimarse músculos o tendones si se actúa sobre una parte del cuerpo que no tenga sensibilidad.

- Cualquier momento del día es bueno para realizar estas movilizaciones, pero deberían planificarse y hacerse siempre en los mismos momentos, cada cuatro o cinco horas; aunque lo más recomendable es aprovechar la hora del aseo o los cambios posturales, aprovechando que van a moverse todas las partes del cuerpo.

- Es conveniente hacer la ejercitación antes de comer.

Pueden realizarse las siguientes movilizaciones o ejercicios con la persona en situación de dependencia tumbada en la cama:

La cabeza y cuello

- **Giro de cabeza:** Situar las manos a ambos lados de la cara de la persona, tumbada boca arriba. Girar la cabeza a derecha e izquierda.

- **Inclinación de la cabeza:** Situar las manos a ambos lados de la cara de la persona, tumbada boca arriba. Mover la cabeza hacia un hombro y luego hacia el otro.

- **Extensión del cuello:** Colocar una mano en la nuca y otra en la barbilla de la persona, tumbada boca arriba. Mover suavemente la cabeza hacia delante y hacia atrás.

Los hombros

- **Separación del hombro:** Con la persona tumbada boca arriba, extender su brazo con el codo estirado a lo largo de la cama y la palma de la mano hacia arriba. Bajar el brazo hasta el costado y subirlo hasta la cabeza repetidamente. Repetir con el otro brazo.

- **Rotación del hombro:** Con la persona tumbada boca arriba en la cama, separar el brazo del cuerpo y apoyando su codo sobre la cama, movilizar el antebrazo hacia delante y hacia atrás. Repetir con el otro brazo.

- **Flexión del hombro:** Con la persona tumbada boca arriba, llevar su brazo desde la cadera hasta la cabeza levantándolo. Repetir con el otro brazo.

Los brazos

- **Extensión del codo:** Con la persona tumbada boca arriba, separar el brazo del cuerpo y apoyar su codo sobre la cama. Sujetando el brazo, llevar su mano hacia el hombro y luego estirar el brazo. Repetir con el otro brazo.

- **Giro de muñeca:** Levantar ligeramente el brazo de la cama, flexionando el codo. Sujetar suavemente el antebrazo de la persona y con la otra mano moverle la mano formando círculos amplios, primero hacia fuera y luego hacia dentro.

Las caderas

- **Flexión de cadera:** Con la persona tumbada boca arriba, sujetar con una mano bajo la rodilla y con la otra bajo el talón. Levantar y bajar la pierna, manteniendo recta la rodilla. Repetir con la otra pierna.



• **Flexión de cadera y rodilla:** Con la persona tumbada boca arriba, sujetar con una mano la pierna bajo la rodilla y con la otra bajo el talón. Repetir con la otra pierna.

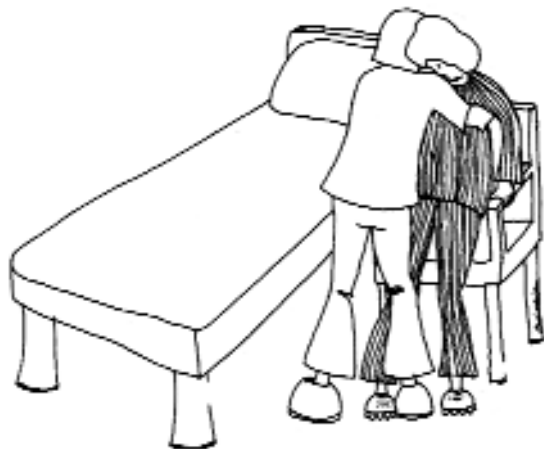
• **Extensión de cadera:** Con la persona tumbada boca abajo y las piernas estiradas, sujetar con una mano la pierna bajo la rodilla y la otra sobre el glúteo (nalga). Levantar y bajar la pierna. Repetir con la otra pierna.

Los tobillos

• **Extensión de tobillo:** Con la persona tumbada boca arriba, con las piernas estiradas, poner una mano bajo el talón y la otra junto a los dedos. Empujar hacia arriba y hacia abajo. Repetir con el otro pie.

• **Giro de tobillo:** Con la persona tumbada boca arriba, con las piernas estiradas, poner una mano bajo el talón y la otra junto a los dedos. Formar círculos amplios, primero hacia fuera y luego hacia dentro. Repetir con el otro pie.

LAS TRANSFERENCIAS



Las transferencias, son los desplazamientos que hace o se ayuda a hacer, a la persona.

Las más habituales pueden ser:

- De la cama a la silla de ruedas.
- De la cama / silla de ruedas al inodoro.
- De la cama / silla de ruedas a la ducha.
- De la cama / silla de ruedas al sofá.
- Del inodoro a la ducha.
- De la silla de ruedas al coche.
- Y viceversa.

La movilización de las personas en situación de dependencia es un acto frecuente y previo a muchos otros que requiere un estudio, un aprendizaje de la técnica y un entrenamiento, a fin de adquirir los hábitos, aptitudes y actitudes correctas. La adquisición de buenas prácticas permitirá reducir el esfuerzo y aumentar la eficacia en las movilizaciones, lo cual es indispensable para la prevención de la sobrecarga física –fundamentalmente, el dolor de espalda- y mental en las personas cuidadoras.

Para facilitar las transferencias puede contarse con una serie de ayudas técnicas, como son las grúas y los arneses, de los que a continuación se realiza una descripción.

GRÚAS DE TRANSFERENCIAS

Las grúas más utilizadas se clasifican en tres grandes grupos: Grúa móvil o con ruedas, Grúa fija y Grúa de techo.



Grúa móvil o con ruedas

La principal ventaja de este tipo de grúas es que pueden trasladarse a cualquier punto donde se necesite hacer la transferencia. Además, permite el traslado entre habitaciones cercanas y practicar transferencias a sillas de ruedas, asientos de ducha, camas, tazas de inodoros, bañeras elevadas o incluso subir a la persona en situación de dependencia desde el suelo.

Dispone de una base con ruedas, que permite usarse en cualquier sitio donde haya espacio suficiente para la maniobra. Suele ser desmontable o plegable, lo que permite su fácil almacenamiento y transporte. Tiene frenos en las ruedas traseras, que deben ponerse siempre que vaya a colocarse o retirarse un arnés, para evitar posibles lesiones. Es necesario desplazar la grúa para realizar las transferencias, ya que por motivos de estabilidad, el brazo de la grúa no se gira respecto a su base. Algunas variantes de las grúas móviles con ruedas son:

- **Grúa móvil con arnés**

Está indicada para personas sin movilidad o con movi-

lidad reducida en las piernas, y personas de peso elevado que puedan permanecer en posición sentada. Permite una amplia variedad de trasferencias, tomando a la persona en situación de dependencia de posiciones como sentada o acostada y dejándola en cualquiera de las mismas. Existen varios modelos o tallas de grúas en función del peso que puedan soportar.

Posee una base que permite su apertura para acceder a elementos anchos, tales como las sillas de ruedas. La persona en situación de dependencia queda suspendida en el arnés. Los sistemas de elevación son mediante mecanismos hidráulicos o eléctricos, precisando un menor esfuerzo los eléctricos a la hora de elevar a la persona.

La ventaja que ofrece este tipo de grúas es que permiten hacer transferencias en cualquier sitio al que puedan acceder, siempre que haya espacio suficiente para maniobrar.

- **Grúa móvil para transferencia de personas en posición sentada**

Está indicada para transferencias de personas en si-



tuación de dependencia de posición sentada a sentada, de manera muy cómoda y rápida, facilitando el cambio de pañales si fuera preciso. Suele incluir un apoyo para los pies y apoyos tibiales. La sujeción de la persona se realiza a través de un arnés, rodeándola por debajo de las axilas.

El inconveniente que presentan es su contraindicación para personas con problemas óseos con riesgo de fracturas. Además, no permiten hacer transferencias en posición de tumbado ni desde el suelo.



Se trata de grúas que disponen de una silla que permite el traslado de una persona en la posición de sentada, es-

tando indicada, por tanto, para realizar transferencias en posición de sentado.

La ventaja que ofrece este tipo de grúa es que realiza transferencias cómodas y seguras en posición de sentado, facilitándose, por ejemplo, la higiene de la persona.

Grúa fija

Se trata de una grúa fijada al suelo o a la pared mediante un soporte. No ocupan mucho sitio y suelen ser ligeras. Los mecanismos de elevación, al igual que las grúas móviles, son hidráulicos o eléctricos, siendo más cómodos los segundos. En cuanto a su ventaja fundamental es que está



• Grúa móvil con camilla

Está indicada para personas encamadas con fractura de cadera, con politraumatismos, en las primeras fases de lesiones de columna o con cualquier otra patología que no permita a la persona en situación de dependencia permanecer en posición de sentada. Dispone de una camilla que permite el traslado de la persona tumbada.

lado de la persona tumbada.

La ventaja de este tipo de grúa es que permite hacer las transferencias y traslados en posición de tumbado y semirrecostado, de forma rápida, segura y cómoda. Su principal inconveniente es que son muy voluminosas y requieren grandes superficies para maniobrar.

• Grúa móvil con asiento fijo

allí donde se necesita, ocupando poco espacio. El inconveniente es que no puede usarse fuera de los sitios previstos, ni para realizar traslados. No obstante, existen modelos que permiten su utilización en distintas localizaciones.

Algunas variantes de las grúas fijas son:

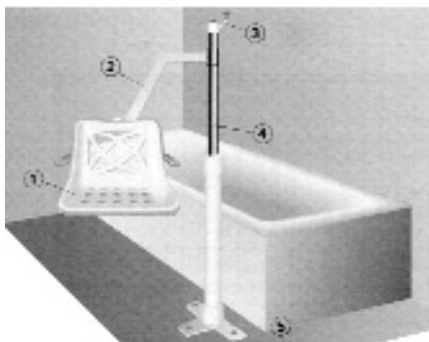
- **Grúa fija de propósito general**

Indicada para personas con fuerza limitada o ausencia de brazos y piernas. Está constituida por una percha y un arnés, en el que se sujeta a la persona que se va a transferir. Habitualmente se sitúa entre los elementos donde va a realizarse la transferencia, por ejemplo, entre la bañera y el inodoro.

La ventaja que presenta es que el soporte puede colocarse en distintas habitaciones, y transportar la grúa de un soporte a otro en función del uso que se le dé.

- **Grúa fija de bañera**

Está indicada para personas con grave dificultad para entrar y salir de la bañera, con movilidad reducida, sin movilidad o para personas de peso elevado. Por lo general tie-



nen un arnés tipo asiento, están construidas con materiales inoxidables y en muchos casos permiten el baño en la propia grúa.

Su ventaja es que al estar específicamente diseñadas para el uso en bañera, permite la realización de transferencias de forma rápida, cómoda y segura, sin necesidad de hacer obras.

- **Grúa de techo**

Son grúas fijadas al techo o suspendidas mediante una estructura. Constan de dos mecanismos: uno de desplazamiento a través de la estructura y otro de subida y bajada de la persona en situación de dependencia .



La ventaja de este tipo de grúas es que al ir por el techo no interfieren en el mobiliario, facilitando además transferencias sin esfuerzo para la persona cuidadora, dado que la mayoría de modelos transfieren de forma automatizada.

Como inconvenientes, a destacar, que sólo permiten hacer los traslados en el interior de las zonas en las que están instaladas. Además, su posibilidad de instalación depende de las características arquitectónicas, por no olvidar su elevado precio. Por otro lado, tienen tendencia al balanceo, por lo que pueden producir sensación de inseguridad.

La principal variante de las grúas de techo es:



• **Grúa de techo de rail**

Está indicada para sitios con muy poco espacio de maniobra y donde vaya a realizarse de forma habitual un mismo tipo de transferencias. Consta de un rail sujeto al techo, mediante el que se traslada a la persona en situación de dependencia para realizar la transferencia.

Como ventaja, permite la realización de transferencias con poco esfuerzo para la persona cuidadora, incluso en habitaciones con poco espacio de maniobra. Ocupa poco espacio útil y permite la transferencia autónoma del usuario. Su inconveniente es que únicamente puede realizarse la transferencia a lo largo de la línea en la que el rail está instalado.

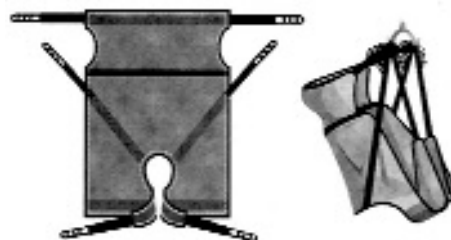
LOS ARNESES

La adecuada elección del arnés constituye un paso fundamental para el buen uso de la grúa. Existen varios tamaños o tallas para casi todos los modelos. El material de fabricación es muy variado: plástico, nailon o loneta. Es importante que el arnés sea lavable; los de plástico son de fácil limpieza y secado.

La selección del tipo de arnés más adecuado va a estar condicionado por el tipo de uso previsto y por las características de la persona en situación de dependencia que vaya a usarlo, tanto físicas – su peso o estatura- como relativas a su capacidad de movimiento. El diseño del arnés determinará la facilidad y el tiempo para hacer la transferencia.

Entre los arneses, los tipos más frecuentes son estos:

Arnés tipo hamaca



Está indicado para personas con poco control del tronco, puesto que ofrece apoyo a toda la columna vertebral o a buena parte de la misma. Existen diferentes modelos; algunos se colocan por debajo de las axilas, otros envuelven a la persona que se va a transferir, otros presentan apoyo para la cabeza, y otros cuentan con una apertura de evacuación con piernas separadas o piernas juntas.

La ventaja que ofrece es su amplia superficie de apoyo, que hace muy cómoda la transferencia.

Arnés universal o de apoyo dorso lumbar

Consiste en una pieza con forma de U, en la que la persona que va a ser transferida, apoya la zona lumbosacra (parte baja de la espalda y superior de las nalgas), por lo que está indicado para personas con buen control del tronco y la cabeza.

Es un arnés fácil de poner en la posición de sentado y tumbado, ofreciendo una superficie de apoyo adecuada que no produce dolor. Existen modelos que se pueden usar en el inodoro y para el cambio de pañales.

INDICACIONES PARA EL USO DE LA GRÚA Y EL ARNÉS

Una vez que se dispone de una grúa y arnés adecuados, los aspectos básicos para un correcto uso de los mismos son los siguientes:

- La grúa se coloca frente a la persona que va a ser transferida.
- Si es necesario, abrir las patas de la grúa para acercarnos lo más posible.
- Poner los frenos a la grúa para evitar accidentes.
- Si la transferencia se realiza desde una silla de ruedas, ponerle también los frenos a la silla. En este caso, y si la persona en situación de dependencia mantiene la verticalidad, retirar los reposabrazos de la silla para facilitar la colocación del arnés.
- Si la transferencia se realiza desde una cama, resulta más cómodo situar a la persona sentada, si puede mantenerse de forma estable y segura en dicha posición. En caso negativo, el arnés se colocará con la persona tumbada, girándola hacia un lado y situando el arnés debajo, para luego dar la vuelta hacia el otro lado y recolocar el arnés. Resulta muy útil si se dispone de cama articulada, reclinar un poco la cama. El arnés se coloca en la espalda, centrado bajo los glúteos, para que la persona quede sentada sobre éste.



- Las tiras destinadas a las piernas se tensan muy bien, evitando que queden pliegues que puedan hacer daño. Es recomendable, una vez que las tiras vayan a fijarse en la grúa, que se crucen -la tira de la pierna derecha se ancla sobre el brazo izquierdo de la grúa, y la cinta izquierda, sobre el brazo derecho- para evitar que las piernas se abran. En caso de que la persona quiera evacuar, no se cruzarán.

- Una vez colocadas las tiras para las piernas, se ponen las de los brazos, teniendo en cuenta que estén a la misma altura.

- Se comienza entonces la maniobra de ascensión de manera suave, avisando siempre a la persona del inicio de la acción.

- Cuando esté a la altura suficiente, se quitan los frenos y se cierran las patas de la grúa, para que resulte más fácil el traslado.

- Una vez allí, vuelven a ponerse los frenos de la grúa, se baja a la persona al lugar deseado y se retira el arnés.

2.2. FUNCIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO

Las personas cuidadoras además de la función asistencial, asumen otro tipo de funciones, como es la de acompañamiento. La función de acompañamiento se realiza habitualmente a personas en situación de dependencia que son usuarias de sillas de ruedas, elemento que les permite participar de actividades sociales, formativas, laborales o vinculadas al ocio y el tiempo libre (acceso a parques, paseos, playas, cines, teatros, discotecas, salas de fiesta, etc.), en cuya elección deben ser tenidas en cuenta sus necesidades y preferencias.

A continuación se describen algunos puntos fundamentales a la hora de acompañar a una persona en silla de ruedas.

Cómo realizar una adecuada función de acompañamiento a una persona en silla de ruedas

- Atender siempre a los deseos y preferencias de la persona en situación de dependencia para maniobrar con la silla de ruedas. La persona cuidadora ha de estar atenta a las indicaciones de la persona, permitiéndole actuar en cada contexto según sus capacidades (lo que puede hacer). Asimismo, deberá prestar los niveles de apoyo más adecuados ante cada situación concreta, en función de las limitaciones físicas que la persona presente (lo que no puede hacer).

- Facilitar una buena comunicación con la persona en situación de dependencia. La persona acompañante debe tener presente en todo momento que está acompañando a una persona y hay que hacerla participe de todo y avisarla de cualquier maniobra.

- Antes de iniciar el traslado es básico colocar correctamente la silla de ruedas y bloquear los frenos para evitar caídas. Siempre que se pare la marcha, se pondrán los frenos de la silla de ruedas.

- Comprobar antes del inicio de la marcha qué elementos como vestidos, cojines o mantas están bien colocados para que no se enganchen a las ruedas de la silla.

- La persona acompañante no debe correr con la silla y evitar los movimientos bruscos.

- No deben asumirse riesgos innecesarios, como bajar escaleras sin ayuda. Ante cualquier duda acerca de la seguridad de determinada maniobra o itinerario, escoger una ruta alternativa.

- Fumar durante los desplazamientos puede perjudicar al control de la silla de ruedas, ya que al llevarla sólo con una mano, la silla puede girar de forma inesperada, sobre todo, en zonas con pendiente. Lo mismo puede ocurrir si se usa el teléfono móvil.

- En la calle, la persona acompañante procurará no distraerse y prestar especial atención a las barreras que puedan causar accidentes (alcantarillado, papeleras, señales de tráfico, alcorques -agujero alrededor de un árbol, etc.); y tendrá en cuenta que su altura no es la misma de la persona que está en la silla.

- Al realizar un descanso y sentarse, la persona acompañante lo hará de cara a la persona que está en la silla, para poder conversar y crear un ambiente agradable.

- No es recomendable el uso de largos bolsos u otros objetos colgantes que pueden caerse o engancharse en la silla.

- En terrenos desiguales, como calles empedradas, adoquinadas o con el pavimento en mal estado, es más fácil mover la silla inclinándola hacia atrás y levantando las ruedas delanteras, ya que al ser más pequeñas, pueden atascarse y causar algún daño; siempre avisando previamente de la maniobra.

De todo lo anterior se deduce que para realizar adecuadamente la función de acompañamiento es necesario el conocimiento de la silla de ruedas y de su uso.



LA SILLA DE RUEDAS

Hay varios tipos de silla de ruedas dependiendo de las necesidades de cada persona, en función de su grado de discapacidad y/o del uso que vaya a dársele. Así, pueden distinguirse estos tipos de sillas:

- Silla de ruedas manual estándar.
- Silla de ruedas ligera.
- Silla de ruedas de acompañante.
- Silla de ruedas manejada por manivelas.
- Silla de ruedas manual para el deporte.
- Silla con motor eléctrico con dirección asistida.
- Silla con motor eléctrico con dirección manual.
- Silla de ruedas de acompañante para niños/as.
- Silla de verticalización.

La elección de la silla de ruedas

La elección de la silla de ruedas depende de la constitución y las necesidades de la persona usuaria, por lo que se deben tener en cuenta las dimensiones, peso y necesidades clínicas. Es la silla la que ha de adecuarse a la persona usuaria, y no al revés, por lo que ha de estar preparada para las distintas actividades que se quieran realizar. También han de adecuarse al entorno donde la persona vaya a desenvolverse. Otros criterios que hay que barajar



ante la elección de la silla de ruedas son los económicos, la seguridad y el confort, la facilidad de maniobra o el transporte, y por supuesto, la seguridad.

A continuación se realiza la descripción de la **silla de ruedas manual estándar**, la más común debido a que es la más económica. Se trata de una silla de acero, plegable mediante un sistema de cruceta y con un asiento flexible tipo hamaca. Por lo general, no es regulable -salvo los reposapiés- y suele ser bastante pesada, no permitiendo desarrollar una vida muy activa.

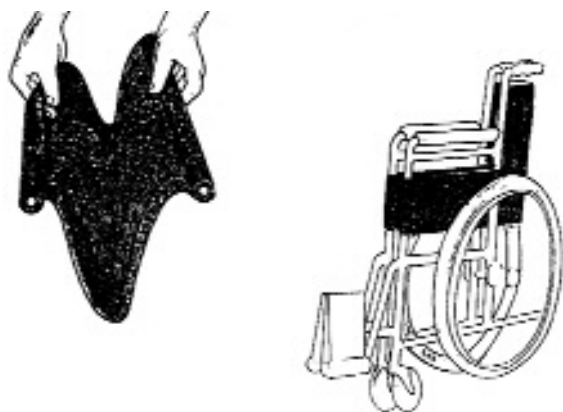
Generalmente una silla de ruedas manual presenta las siguientes dimensiones:

- 1,20 metros de largo.
- 0,70 metros de ancho.
- 0,94 metros de altura total.
- Hay que tener en cuenta estas medidas para hacer accesible el entorno.



La **silla de ruedas ligera** presenta claras mejoras. Está realizada con materiales más ligeros como la fibra de vidrio, por lo que su peso oscila entre los 7 y 15 Kg. Es fácilmente plegable y, en muchos casos, presenta ruedas de liberación rápida. El respaldar es más bajo, no dispone de reposabrazos, y las ruedas direccionales son más pequeñas. Aunque sea claramente más cara, es aconsejable para todas aquellas personas que puedan propulsarse y gocen de una vida activa.

Apertura de una silla de rueda



Hay que abrir la silla de ruedas antes de que se inicie la transferencia de la persona a la silla, para facilitar su traslado desde la cama o el sillón, y evitar posibles caídas.

Para desplegar o abrir una silla de ruedas, se hará cruzando los brazos y apoyándolos sobre los laterales del asiento, empujando suavemente hacia abajo con cuidado de no pillarse los dedos.

La silla de ruedas cuenta con partes móviles, como los reposabrazos y los reposapiés. Quitarlos facilita hacer las

transferencias u otras actividades, como puede ser entrar en ascensores. No deben maniobrarse las sillas por estas partes, debido a que al no estar fijadas se pueden salir y causar un accidente.

La conducción de la silla de ruedas

Para conducir la silla, la persona acompañante se situará tras la silla y la cogerá por los puños de maniobras que están en el respaldar. Antes del inicio de la marcha, y una vez bloqueados los frenos, debe colocarse a la persona correctamente sentada, comprobando la adecuada posición de sus brazos y sus piernas.

Para realizar una adecuada conducción de la silla además de tenerse en cuenta las indicaciones descritas en las páginas atrás, en el apartado de la guía relativo a cómo realizar una adecuada función de acompañamiento a una persona en silla de ruedas, se ofrecen a continuación una serie de recomendaciones para afrontar algunas situaciones que pueden ofrecer alguna complejidad, como son: **superar rampas, bordillos y escaleras.**

Cómo superar una rampa

- Debe tenerse en cuenta su inclinación y, en consecuencia, valorar la forma más adecuada de bajarla.
- Si tiene poca pendiente, puede bajarse con la silla de ruedas de frente.
- Si la pendiente es elevada, es mejor bajar de espaldas, ya que así se frena la caída y se ofrece más seguridad a la persona que va en la silla.
- Si junto a una escalera existe una rampa, es aconsejable

sejable utilizar esta última para evitar esfuerzos y riesgos innecesarios.

Cómo superar un bordillo

- Al subir o bajar bordillos, existe el riesgo de que las partes más bajas de la silla de ruedas (reposapiés y anti-vuelco) choquen o de que se queden encajadas en el bordillo, por lo que habrá que comprobar que no estorban.
- En caso de que exista la posibilidad de chocar, habrá que desmontarlos.
- Debe comprobarse que no existen otros desniveles o irregularidades que puedan ocasionar peligro a la hora de superarlos, como alcantarillas, alcorques, etc.
- Es muy importante colocar la silla totalmente perpendicular al bordillo, de tal forma que suban o bajen las dos ruedas a la vez.



Cómo subir un bordillo de frente

- Colocar la silla de frente, perpendicularmente al bordillo y de forma totalmente recta, para evitar accidentes.
- La persona acompañante levanta las ruedas delanteras, avisando de la maniobra.
- Se empuja lentamente la silla, hasta que las ruedas de propulsión (traseras) den en el bordillo.
- Se bajan entonces las ruedas delanteras, y se empuja suavemente la silla hasta subirla a la acera.

Cómo bajar un bordillo de espaldas

- Colocar la silla de espaldas y perpendicular al bordillo, de forma totalmente recta para evitar accidentes.
- La persona acompañante se sitúa en la parte baja del bordillo, agarra la silla por los puños de maniobra firmemente y deja caer la silla lentamente hasta que las ruedas de propulsión (las traseras) estén en el suelo. En esta posición, se inclina la silla -haciendo “el caballito”- para que bajen las ruedas pequeñas y los reposapiés.
- Una vez comprobado que no chocará con el bordillo, se baja la silla.

Cómo superar un bordillo utilizando la “técnica del caballito”

- Técnica empleada para subir y bajar bordillos de frente, con sillas de ruedas manuales recomendada para la superación de los bordillos y desniveles más pequeños.



- La persona acompañante se coloca detrás de la silla y pisa la barra de inclinación, empujando al mismo tiempo hacia abajo y hacia delante sobre los puños de maniobra de la silla.

- De esta forma, la silla se echa hacia atrás y las ruedas delanteras se levantan hasta superar el desnivel.

- En todo momento la persona acompañante debe avisar de lo que va a hacer y actuar de manera suave para evitar tirones cervicales o sustos innecesarios.

Cómo superar unas escaleras

Ante cualquier duda acerca de la seguridad de la maniobra, se recomienda evitar las escaleras y buscar itinerarios alternativos que no impliquen riesgos.

Cómo subir unas escaleras si sólo hay una persona acompañante

- Situar la silla de ruedas de espaldas a la escalera y en perpendicular al escalón, de forma totalmente recta para evitar accidentes.

- La persona acompañante se sitúa un par de escalones por encima, e inclina ligeramente la silla hacia atrás.

- Agarrar la silla con firmeza y tirar, con las piernas, no las lumbares, hacia sí y hacia arriba, para que las ruedas se deslicen sobre los escalones; nunca levantando la silla a pulso.

- En todo el procedimiento, la persona acompañante debe mantener la espalda recta y las piernas flexionadas, una delante de otra, para ejercer fuerza con éstas, y no con la espalda.

Cómo subir escaleras si hay dos personas acompañantes

- En caso de que sean dos personas las que ayuden a subir las escaleras, se parte de la misma posición del caso anterior: silla de ruedas de espaldas a la escalera, en perpendicular, y la primera persona acompañante situada un par de escalones por encima.



- La segunda persona acompañante se sitúa frente de la silla, y la sujeta por la estructura, nunca por las partes móviles como el reposapiés o el reposabrazos, ya que podrían salirse y causar algún accidente.

- Una vez situadas, empujar al unísono para superar cada escalón.

- Es recordable emplear alguna expresión tipo “un, dos, tres... ahora”, para realizar el movimiento y facilitar la acción.

- Se recomienda subir los escalones de uno en uno, y descansar si es necesario.

Cómo bajar escaleras, si sólo hay una persona acompañante

- Esta maniobra puede ser difícil de realizar con una sola persona, por lo que se recomienda que siempre haya dos personas acompañantes para hacerla.

- Para bajar escaleras la silla se sitúa de frente a las escaleras.

- La persona acompañante se sitúa detrás de la silla, la inclina ligeramente hacia atrás y con suavidad la lleva hasta el borde de la escalera, dejando las ruedas motrices (las traseras) perpendiculares al escalón.

- Es muy importante que las ruedas estén rectas y bajen a la vez, para evitar el vuelco de la silla.

- Manteniendo esta posición y agarrando la silla por los puños de maniobra firmemente, se desliza por el escalón con suavidad.

- Se recomienda bajar los escalones de uno en uno, y descansar si es necesario.

- En todo el procedimiento, la persona acompañante debe mantener la espalda recta y las piernas flexionadas, una delante de otra, para ejercer fuerza con éstas, y no con la espalda.

Cómo bajar escaleras si hay dos personas acompañantes

- Si se cuenta con la ayuda de una segunda persona acompañante, se parte de la misma posición del caso anterior: silla de ruedas de frente a la escalera, en perpendicular al escalón y la primera persona tras la silla.

- La segunda persona acompañante se coloca a los pies de la silla y la agarra por la estructura, nunca por sus partes móviles.

- La persona que está abajo colaborará a frenar suavemente la caída.



- Es recordable emplear alguna expresión tipo “un, dos, tres... ahora”, para realizar el movimiento y facilitar la acción.
- Se recomienda bajar los escalones de uno en uno, descansando si es necesario.
- Una vez superado el obstáculo, la silla se baja despacio, evitando los movimientos bruscos, e informando siempre a la persona de los movimientos que van a realizarse.

2.3 FUNCIÓN EMOCIONAL

La persona cuidadora no es sólo aquella que utiliza su fuerza física a la hora de procurar cuidados a la persona en situación de dependencia, o la que la acompaña en sus desplazamientos; además y, sobre todo, es la que pone toda su energía y su fuerza a la hora de comprenderla y facilitar su bienestar emocional.

Por ello, la persona cuidadora tiene que asumir otra serie de tareas no menos importantes que ocuparse de la higiene, la alimentación o las transferencias y movilizaciones de la persona, como son: hablar con sinceridad, preguntar, consultar o escuchar con paciencia, etc., para poder ofrecerle complicidad a la hora de enfrentarse con el mundo real.

Dentro de la función emocional, se encuadran las actitudes que la persona cuidadora debe tener para facilitar las relaciones con la persona en situación de dependencia a la que atiende. Se trata de una serie de posturas ante la vida que no sólo son positivas para un entorno donde se conviva con una persona, sino que favorecen la convi-

vencia y bienestar de cualquier familia.

Cómo realizar una adecuada función emocional

Para realizar una adecuada función emocional las personas cuidadoras deben:

- Abandonar sus preocupaciones personales durante el tiempo de cuidados.
- Intentar aliviar las posibles tensiones que puedan producirse en el entorno. Ser tolerante ante las situaciones tensas y las confrontaciones.
- Gozar de sentido del humor.
- Crear un clima de respeto, confianza y libertad para participar y opinar, libre de autoritarismos y decisiones unilaterales.
- Procurar la participación del resto de miembros de la familia en las actividades de la persona en situación de dependencia, y viceversa.
- No perder nunca las relaciones de persona a persona. Con el paso del tiempo, en ocasiones, se van dejando en un segundo plano las relaciones familiares, por ejemplo, entre madre e hijo, para establecerse lazos más fríos e inadecuados, del tipo enfermera-persona enferma.
- Confiar en las capacidades de la persona en situación de dependencia, valorando las tareas que puede realizar con mayor o menor nivel de ayuda o incluso sin ayuda.
- Favorecer siempre el diálogo y la comunicación con la persona en situación de dependencia.



- Actuar con paciencia, de forma comprensiva y con flexibilidad.
- Ser una persona dinámica, activa, sin caer en la monotonía.
- Procurar ser una persona motivada y motivadora.
- Ser una persona organizada con los recursos, tanto materiales como temporales.
- **Es fundamental ser optimista y resistente al desánimo.**



CANF-COCEMFE
ANDALUCÍA

guía
para **familias**
cuidadoras

asistencia
acompañamiento
animación

cómo debe
cuidarse
la persona
cuidadora

capítulo 3

La atención a la dependencia suele tener consecuencias, tanto en la vida privada de la persona cuidadora como en su entorno familiar, ya que supone cambios en la vida social, laboral, afectiva y profesional, pudiendo llegar en algunos casos a anularla, por lo que la persona cuidadora se ve afectada desde el punto de vista físico, psicológico, social, económico, etc.

Las ventajas del cuidado de la persona cuidadora son muchas y repercuten directamente sobre la persona en situación de dependencia, ya que mientras más se “autocuide”, mejor se encontrará para atender y desarrollar sus actividades, proporcionando una mejor calidad de vida tanto a sí misma como a la persona a la que atiende.

Físicamente, la persona cuidadora puede verse afectada por estos factores:

- El esfuerzo físico realizado en las transferencias.
- El agotamiento físico, por la cantidad de tareas asumidas.
- La sensación de fatiga y cansancio motivada por la falta de sueño.
- La tensión muscular generada por malas posturas.

Cómo combatir los problemas físicos:

- Cuidando la alimentación y la hidratación.
- Durmiendo y descansando lo suficiente.

- Realizando ejercicios diarios.
- Adoptando posturas correctas al movilizar a las personas en situación de dependencia.
- Contando con ayuda de otras personas cuidadoras y/o ayudas técnicas, como grúas para realizar las transferencias.

Psicológica y socialmente, la persona cuidadora puede verse afectada por:

- La aparición de sentimientos negativos.
- La sobrecarga, que se manifiesta en el abandono del cuidado del aspecto físico y con alteraciones emocionales, como depresión o ansiedad.
- Aparecen sentimientos como la soledad o el aislamiento, reduciéndose o eliminándose la participación en actividades sociales, laborales, culturales y recreativas.
- Surgen dificultades en la relación con la pareja, por dedicar demasiado tiempo al cuidado de la persona en situación de dependencia.
- Se reduce la economía, debido a la cantidad de recursos de los que es necesario disponer para el cuidado de la persona en situación de dependencia.

Cómo combatir los problemas psicológicos y sociales:

- Conociendo y asumiendo la situación. Es importante informarse y formarse acerca de cómo proporcionar cuidados, pero también de cómo “autocuidarse”.



- Actuando con calma y aprendiendo a relajarse.
- Planificando las tareas.
- No dejando de lado las necesidades propias. No hay que centrar la vida en los cuidados; debe compartirse el tiempo con otras tareas. Hay que buscar tiempos propios, para salir de la rutina y disfrutar.

• Resulta muy recomendable compartir las responsabilidades en el cuidado con otros miembros de la familia y con el entorno social más cercano. Siempre hay algo que los demás pueden hacer; ninguna ayuda es pequeña.

Hay que dejarse ayudar.

- Resolver cualquier duda, dificultad o conflicto que pueda plantearse con ayuda profesional.
- Buscar apoyo emocional en amistades, familiares y redes de iguales. Las redes de iguales están formadas por grupos de personas que comparten dificultades y se apoyan ante situaciones similares, aprendiendo unas de otras.
- Existen diversos tipos de ayudas, prestaciones y subvenciones públicas destinadas a ofrecer apoyos personales, económicos, ayudas técnicas o para la adaptación funcional de la vivienda, que permiten una atención más adecuada de las necesidades de la persona en situación de dependencia.
- Para la atención y el asesoramiento emocional, social y económico de las personas cuidadoras y las personas en situación de dependencia, pueden encontrarse apoyos totalmente gratuitos a través de las instituciones públicas, el movimiento asociativo de personas con discapacidad y los foros especializados de Internet.

Cuando una persona se convierte en cuidadora no sabe por cuanto tiempo lo será, pero por lo general, se trata de una actividad que puede llevar años. Por ello, es fundamental que la persona cuidadora esté preparada, se dote y, sobre todo, se cuide para desarrollar sus funciones en las mejores condiciones. Hay que ser conscientes de que, si nos hacemos daño, no podremos seguir cuidando.



CANF-COCEMFE
ANDALUCÍA

guía
para **familias**
cuidadoras

asistencia

acompañamiento

animación

bibliografía

capítulo **4**

- **Comisión de protocolos y procedimientos. Dirección de Enfermería.** Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

- **Díaz Valenzuela, A. Ortiz Morales, M.A., Granadino Cruz, R. Instauración, mantenimiento y retirada del Sondaje Vesical.** Metas. Número 42 Febrero 02.

- **Kocier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Fundamentos de Enfermería.** Conceptos, Proceso y Práctica. 7ª ed. Madrid. Interamericana. McGraw-Hill; 2005

- **Protocolos y procedimientos básicos. Dirección de Enfermería.** Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla 2004.

- **Alonso C, Estrada FJ. Trastornos de la micción. Incontinencia urinaria.** En: Espinàs J et al. Guía de actuación en atención primaria. 2ª ed. Barcelona: semFYC; 2002. p. 417-21.

- **Espinosa JM et al. Incontienencia urinaria. Síndromes geriátricos.** Programas básicos de salud. Programa del anciano. Madrid: Doyma; 2000. p. 17-29.

- **Espinosa JM, Portillo J, Muñoz F, Martos JM. Incontinencia urinaria.** En: Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores. Barcelona: semFYC; 2004. p. 215-27.

- **Esteve J, Mitjans J. Colector peneano. Enfermería. Técnicas clínicas.** Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 525-8.

- **Perry AG, Potter PA. Aplicación de una sonda de condón. Guía clínica de enfermería.** Técnicas y procedimientos básicos. Madrid: Harcourt Brace; 1998. p. 304-7.

- **Villa LF. Productos de parafarmacia.** Medimecum. Barcelona: Adis; 2002. p. 789-92.

