
MANUAL DE BUENA PRACTICA PARA RESIDENCIAS DE PERSONAS ANCIANAS

Diputación
Foral de Alava

Departamento de Bienestar Social
Instituto Foral de Bienestar Social



Arabako
Foru Aldundia

Gizarte Ongizaterako Saila
Gizarte Ongizaterako Foru Erakundea

Edita: Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Alava
Imprime: Imprenta de la Diputación Foral de Alava
Fotocomposición: Fotocomposición Arriaga, S.L.
Diseño de cubierta e
ilustraciones interiores: José Julio Arregui
Fotografías: Fotos antiguas cedidas por Archivo Municipal de Vitoria-Gasteiz
(sección fotografía) - Autor: E. Guinea
IKATZ-Casa de fotografía
UGALDE-Fotógrafos
I.S.B.N.: 84-7821-267-1
D.L.: VI-52-1996

COORDINADORES GRUPOS DE TRABAJO

MARIN LEON, José Antonio • MARTÍN ZURIMENDI, Elena • S.I., I.S. CENTRO DE DOCUMENTACION Y ESTUDIOS

PERSONAS QUE HAN COLABORADO

ABAD QUINTANILLA, Trinidad (R. Samaniego)
AGORRETA PINILLA, Susana (R. Arana)
ALDEANO GARLITO, Mercedes (R. Samaniego)
AMELIBIA ARRIZABALAGA, Marta (R. Ajuria)
AMONDARAIN SAMANIEGO, Begoña (R. Oyón)
ANDA FERNANDEZ, José Luis (R. Txagorritxu)
ARAMENDIA RAMIREZ, Begoña (R. Samaniego)
ARGOTE MARTINEZ, Brígida (R. Samaniego)
ARTAZA ARTABE, Ignacio (R. Arana)
AXPE MARTINEZ, Lucia (R. Txagorritxu)
AZOFRA MARTINEZ, Milagros (R. Ajuria)
BASTERRA ARANA, Edurne (R. Ajuria)
BENGOCHEA AGUIRRE, Begoña (R. Amurrio)
BENITO ANTOÑANZAS, Rosa M^o (R. Arana)
BUENO SAEZ DE ALBENIZ, M^o José (R. Arana)
CORDOBA MERINO, Susana (Sec. Serv. Sociales)
COTCHICO PECIÑA, Alicia (R. Arana)
CUBILLO MARTINEZ, M^o Luz (R. Amurrio)
DURAN SANCHEZ, M^o Mar (R. Oyón)
ELGUEA RUIZ DE GAUNA, Ana Rosa (R. Samaniego)
EQUIPO TECNICO DE LA R. SALVATIERRA
FERNANDEZ FERNANDEZ, Rosario (R. Ajuria)
FERNANDEZ IBAÑEZ, Teresa de Jesús
(R. Samaniego)
FERNANDEZ MARTINEZ, Purificación (R. Amurrio)
FERNANDEZ ORTIZ DE MURUA, Blanca (R. Oyón)
FRESNO ASENSIO, Isabel (R. Samaniego)
FRESNO ASENSIO, Yolanda (R. Samaniego)
GACEO PEREZ DE ONRAITA, Rosa M^o (R. Arana)
GANZABAL MUGURUZA, M^o José (R. Amurrio)
GARCIA DE GARAYO ISASI, Amaya (R. Samaniego)
GARCIA LOPEZ-GIL, M^o Carmen (R. Oyón)
GARCIA MURO, M^o Dolores (R. Oyón)
GARMENDIA USARRALDE, Izaskun (R. Oyón)
GOMEZ DE SEGURA PASCUAL, Camino (R. Amurrio)
GONZALEZ DE ALAIZA PEREZ DE VILLARREAL,
Rebeca (R. Samaniego)
GONZALEZ DE DURANA GAMARRA, Esther
(R. Arana)
ITURRITXA VELEZ DE ELBURGO, Eva
(Secretaría de Servicios Sociales)
ITZA INTXAUSTI, Leire
(Secretaría de Servicios Sociales)
LARREA UGARTE, M^o Jesús
(Secretaría de Servicios Sociales)
LASA OCHOA DE OLANO, Ana M^o (R. Salvatierra)
LAZARO ALONSO, Pedro (R. Arana)
LEONARDO SAEZ DE ADANA, Milagros (R. Ajuria)
LOBO MEDINA, Milagros (R. Amurrio)
LOPEZ ALONSO, Begoña (R. Arana)
LOPEZ DE AUDICANA GIMENEZ DE ABERASTURI,
Itziar (R. Samaniego)
LOPEZ MOYA, Manuel (R. Ajuria)
LOPEZ PEREZ, M^o Angeles (R. Amurrio)
LOPEZ TOLOSA, Milagros (R. Amurrio)
LOZA BARRIUSO, Piedad (R. Oyón)
LUENGO SANZ, M^o Angeles (R. Samaniego)
MARTIN SANCHEZ, M^o Soledad (R. Amurrio)
MARTINEZ PELLITERO, Carmen (R. Samaniego)
MENDEZ OLEA, Concepción (R. Amurrio)
MORAN ROMO, Paula (R. Amurrio)
MORAZA ARGOTE, Purificación (R. Ajuria)
NARBONA HERNANI, Ana Esther (R. Samaniego)
OLMEDO IZAR DE LAFUENTE, Ana Rosa
(R. Samaniego)
ORTIZ DE BARRON ARRIZABALAGA, Luis Miguel
(R. Arana)
ORTIZ DE URBINA VILLAR, M^o Asun (R. Samaniego)
PADRON MATEU, Yolanda (R. Samaniego)
PAREJO RAMIREZ, Ana (R. Samaniego)
PASCUAL BERGANZO, M^o Victoria (R. Samaniego)
PEREZ DE HEREDIA ABERASTURI, Xabier (R. Ajuria)
PEREZ DE HEREDIA UGARTE, Encarnación
(R. Amurrio)
PINAL ALVAREZ, Begoña (R. Txagorritxu)
POLAINA GONZALEZ, M^o Cruz (R. Arana)
RABANAQUE ARCONADA, Begoña (R. Samaniego)
RECIO LUQUE, Rosa M^o (R. Samaniego)
REDONDO ODRIA, M^o Jesús (R. Amurrio)
RODRIGUEZ RAMIRO, Inmaculada (R. Arana)
RUIZ DE APODACA AIZPURU, M^o Teresa
(Dirección T. Edad)
RUIZ DE OLANO RUIZ DE LARREA, José M^o
(R. Txagorritxu)
SAEZ DE HEREDIA LOPEZ DE ULLIVARRI, Natividad
(R. Ajuria)
SAEZ LOPEZ, Lourdes (R. Amurrio)
SAINZ-PARDO PEÑALOSA, M^o Angeles (R. Arana)
SALBIDEA MARTINEZ, Consuelo (R. Samaniego)
SANTAMARIA SAIZ DE MATURANA, Carmen
(R. Oyón)
TEJADA ARANA, Juan José (R. Samaniego)
TORAL RUBIO, Carmen (R. Ajuria)
URRA ETXALAR, M^o José (R. Samaniego)
URRESTI BARANDIARAN, Juan José (R. Ajuria)
YOLDI ARREGUI, Oscar (R. Ajuria)
ZABALA CABREDO, Inmaculada (R. Samaniego)

P RESENTACION

El Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Alava, cuenta con una serie de centros residenciales para personas ancianas, localizados en el conjunto del territorio alavés.

En los últimos años, junto a los esfuerzos realizados por mejorar los recursos residenciales en sus aspectos cuantitativos, aumentando la oferta de plazas y de centros, se está intentando transformar la red residencial adaptándola a las necesidades y prioridades actuales. En este sentido, se han mejorado los aspectos físicos y arquitectónicos de los establecimientos y las dotaciones y medios disponibles en los centros; se ha procedido a la reestructuración de la red residencial, adaptándola progresivamente a la atención de ancianos con graves discapacidades; se han establecido ratios de personal/usuario adecuados y se ha profesionalizado el sector; se han elaborado normativas que favorezcan la participación de los usuarios y que garanticen los derechos y deberes de las personas alojadas...

Al objeto de mejorar cualitativamente la calidad de vida que ofrecen las residencias dependientes de dicha Institución, para que éstas se conviertan en una opción positiva y adecuada a las necesidades de las personas mayores, durante los años 1.991-1.994 se procedió a la evaluación de la red pública de residencias. De la evaluación llevada a cabo, se desprenden, principalmente, dos conclusiones:

- a) Que la calidad de atención que ofrecen estos establecimientos es totalmente correcta y homogénea en todos ellos.
- b) La segunda, que los aspectos físicos o materiales están mejor cuidados que los procedimientos de atención, es decir, que hay más puntos débiles en la práctica asistencial.

Por ello, se consideró totalmente necesario la elaboración de un Manual de Buena Práctica general, orientado al Sector de Tercera Edad, manual que parte de una filosofía asistencial basada en los derechos individuales y que incluye pautas de actuación que traducen, en la práctica cotidiana, el respeto y promoción de dicha filosofía.

Son muchos los países en los que, como complemento a la normativa específica, política de estándares, normas de acreditación, etc., se proponen programas, actuaciones, vías de solución a problemas corrientes, a través de los denominados manuales de buena práctica, los cuales vienen a regular la acción de los distintos estamentos profesionales comprometidos en la atención.

Su utilidad está más que demostrada y se considera que esta vía resulta eficaz de cara a la introducción de mejoras de procedimientos, teniendo en cuenta, sobre todo, que la influencia de la intervención personal en la calidad de la atención, rebasa muchas veces el propio impacto de los medios materiales.

Los manuales de buena práctica tienen por objeto normalizar los procedimientos de actuación del personal con el fin de evitar actitudes inadecuadas, improvisaciones y sentimientos de inseguridad que afectan negativamente tanto al personal como a los

usuarios; sirven también para recoger los numerosos "pactos" o "consensos" implícitos existentes en relación a la práctica cotidiana. Constituyen, en definitiva, un punto de referencia obligado para asegurar la calidad de vida de la comunidad que cada establecimiento residencial constituye.

Para que los manuales de buena práctica resulten operativos, no deben alejarse de la realidad ni constituir un simple desideratum; deben centrarse en la recomendación de prácticas posibles. Desde esta perspectiva, constituyen la esencia de la práctica real positiva y deben basarse, por ello, en el conocimiento de la realidad concreta de la propia cultura, para considerarla en sus aspectos respetables y transformarla, de forma decidida y prudente, en sus aspectos menos positivos.

La confección de un manual exige en uno u otro grado la participación de los estamentos implicados en la vida residencial, aunque sólo sea porque, según se ha dicho, buena parte del contenido de un manual es el resultado de un consenso social. Por ello, el proceso de redacción de un manual de buena práctica, debe servir para facilitar el encuentro entre los distintos profesionales en torno a cuestiones estrictamente técnicas.

El Manual que hemos realizado, es el resultado del esfuerzo del conjunto de personas que, día a día, desarrollan su actividad en el medio residencial y que por tanto, como buenos conocedores de las aproximaciones y desviaciones de los principios básicos que deben regir la asistencia a los ancianos en residencias, han aportado sus opiniones y han participado directamente en la elaboración del Manual.

Hemos de citar así mismo, al Centro de Documentación y Estudios SIIS de San Sebastián, cuyo equipo técnico preparó toda la documentación inicial, coordinó las mesas redondas, transcribió y adaptó las aportaciones de los profesionales del Instituto Foral de Bienestar Social y aportó la base para el manual definitivo. En concreto, la metodología seguida ha tenido las siguientes fases:

1.- Análisis de la documentación existente y confección del borrador inicial

Elaboración del "manual de manuales", esto es, de un producto que sigue el esquema perfilado y que recoge las transcripciones, resúmenes o adaptaciones de partes seleccionadas de los distintos manuales sobre los que se trabajó.

2.- Discusión del documento base, recogida y ordenación de propuestas

El documento provisional elaborado se sometió a una revisión crítica en la que participaron numerosos profesionales del área de Tercera Edad (auxiliares, monitores de tiempo libre, personal médico y de enfermería, asistentes sociales, psicólogos, directores de centro, director de área...) y de la Secretaría Técnica del Departamento. Las aportaciones se efectuaron por dos vías, directamente por escrito, y a través de mesas redondas específicamente organizadas con este fin.

3.- Redacción del Manual

Con las aportaciones recogidas en la segunda fase del trabajo, se procedió a la redacción del manual definitivo, adaptado a la realidad y consensuado en sus formulaciones básicas.

El manual elaborado no es un documento cerrado. Pretendemos que esté abierto a posteriores reelaboraciones, en función de los cambios que se vayan experimentando en la práctica asistencial, en respuesta y adaptación a las necesidades cambiantes de los usuarios de residencias. Lógicamente, el proceso abierto en torno a la elaboración de un manual constituye una ocasión inmejorable para el oportuno reciclaje del personal.

El manual se estructura en doce capítulos, dándose mayor relieve al apartado de las rutinas diarias, ya que son esas actuaciones, no por sencillas menos importantes, las que cobran especial importancia en la práctica asistencial diaria, puesto que al resultar tan repetitivas pueden facilitar el que se caiga, de forma inconsciente, en malas prácticas:

- 1 Principios básicos. Derechos de los usuarios
- 2 Proceso de admisión (preingreso, ingreso, admisiones de emergencia)

- ③ Aspectos administrativos (fichas, incapacidad jurídica, reconocimiento deuda ...)
- ④ Atención individualizada
- ⑤ Rutinas diarias
- ⑥ Comunicación, interacción social
- ⑦ Animación socio-cultural
- ⑧ El papel de las familias
- ⑨ Voluntariado
- ⑩ Personal
- ⑪ Prevención de accidentes y caídas; protección contra incendios
- ⑫ Problemas especiales (mentales, sensoriales, de incontinencia ...)

Así mismo, consta de una parte de anexos que incluye algunos protocolos de actuación que garantizan las adecuadas respuestas a circunstancias determinadas.

Por último, señalar que el Manual constituye un documento básico que contiene preceptos fundamentales y que puede tener aplicabilidad inmediata en numerosos aspectos, mientras que hay otros, que hoy por hoy constituyen un horizonte de referencia hacia el que dirigir las actuaciones. También indicar que se trata de un manual de referencia común para el conjunto de residencias, aunque exige un desarrollo posterior desagregado a nivel de cada centro, que incluya las características específicas de cada servicio.

Esperamos que esta iniciativa redunde en la calidad de la atención prestada en nuestras residencias y que pueda servir de apoyo a otras personas interesadas en este tema, en el de las "buenas prácticas" en residencias de ancianos.

NDICE

| | | |
|----------|---|----|
| 1 | PRINCIPIOS BASICOS. DERECHOS DE LOS USUARIOS | 11 |
| 1.1 | Introducción | 11 |
| 1.2 | Derechos de los usuarios | 13 |
| 2 | PROCESO DE ADMISION | 16 |
| 2.1 | Preingreso.Toma de decisión | 17 |
| 2.1.1 | Primer contacto. Información | 17 |
| 2.1.2 | Folleto | 18 |
| 2.1.3 | Visitas y entrevistas | 18 |
| 2.1.4 | Tarifas y condiciones | 18 |
| 2.1.5 | Evaluación | 19 |
| 2.2 | Ingreso | 19 |
| 2.2.1 | Formalización de la admisión | 19 |
| 2.2.2 | Preparación para la admisión | 19 |
| 2.2.3 | Ingreso | 20 |
| 2.3 | Admisiones de emergencia | 22 |
| 3 | ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | 23 |
| 3.1 | Fichas, registros y documentos escritos | 23 |
| 3.2 | La incapacitación | 24 |
| 3.3 | Reconocimiento de deuda | 26 |
| 3.4 | Procedimiento de quejas | 27 |
| 3.4.1 | Algunas cuestiones de principio | 27 |
| 3.4.2 | Reticencias previsibles | 27 |
| 3.4.3 | Pautas para el diseño y la aplicación del procedimiento de quejas | 27 |
| 3.5 | Finanzas personales | 29 |
| 4 | ATENCION INDIVIDUALIZADA | 33 |
| 5 | FORMA DE VIDA. ACTIVIDADES Y PRACTICAS DIARIAS | 35 |
| 5.1 | Cuidados personales | 35 |
| 5.1.1 | Hora de levantarse | 35 |
| 5.1.2 | Baño | 35 |
| 5.1.3 | Aseo personal | 36 |
| 5.1.4 | Utilización del servicio | 37 |
| 5.1.5 | Vestirse | 37 |
| 5.1.6 | Limpieza y orden de la habitación | 38 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 5.1.7 | Hora de acostarse | 38 |
| 5.2 | Comidas | 39 |
| 5.2.1 | Presentación | 39 |
| 5.2.2 | Horario | 39 |
| 5.2.3 | Menús | 40 |
| 5.2.4 | Ayudas técnicas | 40 |
| 5.2.5 | Comedor | 40 |
| 5.2.6 | Dieta | 40 |
| 5.3 | Uso de las habitaciones | 41 |
| 6 | COMUNICACION, INTERACCION SOCIAL | 43 |
| 6.1 | Cómo comunicarse | 43 |
| 7 | ANIMACION SOCIO-CULTURAL DE LOS RESIDENTES | 47 |
| 7.1 | Necesidades de actividad física y mental | 47 |
| 7.2 | Actividades en el interior de la residencia | 48 |
| 7.2.1 | Actividades autónomas y estimuladas | 48 |
| 7.2.2 | Actividades organizadas y dirigidas | 49 |
| 7.2.3 | Estimulos exteriores | 51 |
| 7.3 | Actividades en el exterior | 52 |
| 8 | EL PAPEL DE LOS FAMILIARES EN LA RESIDENCIA | 55 |
| 8.1 | La interrelación familia-institución | 56 |
| 8.2 | El proceso de adaptación familiar | 56 |
| 8.3 | La familia como fuente complementaria de cuidado | 56 |
| 8.4 | Asambleas de familiares | 57 |
| 9 | EL VOLUNTARIADO EN LA RESIDENCIA | 59 |
| 9.1 | Elementos conceptuales | 59 |
| 9.2 | Aspectos a tener en cuenta en la acción voluntaria | 59 |
| 10 | PERSONAL | 61 |
| 10.1 | El estrés, el síndrome del quemado y su prevención | 62 |
| 11 | PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, CAIDAS Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS | 65 |
| 11.1 | Caidas | 65 |
| 11.2 | Protección contra incendios | 67 |
| 11.3 | Protocolos y registros | 68 |
| 12 | PROBLEMAS ESPECIALES | 69 |
| 12.1 | Problemas mentales | 69 |
| 12.1.1 | Protección de la Salud Mental | 69 |
| 12.1.2 | Estados confusionales | 70 |
| 12.1.3 | Trastornos paranoides | 70 |
| 12.1.4 | Demencia | 70 |
| 12.1.5 | Depresión | 71 |
| 12.1.6 | Manejo de los trastornos mentales | 72 |
| 12.1.7 | Actividades para residentes con deterioro mental | 77 |

| | |
|---|------------|
| 12.1.8 La cohabitación de ancianos con y sin problemas mentales | 80 |
| 12.2 Problemas sensoriales | 81 |
| 12.2.1 Pérdida de visión | 83 |
| 12.2.2 Pérdida auditiva | 86 |
| 12.3 Problemas de incontinencia | 90 |
| 12.3.1 Causas de la incontinencia | 90 |
| 12.3.2 Cómo ayudar a mantener la continencia | 92 |
| 12.4 Problemas de movilidad | 93 |
| 12.4.1 Valoración de las actividades de la vida diaria | 94 |
| 12.4.2 Andar | 95 |
| 12.4.3 Sillas | 98 |
| 12.4.4 Vestirse | 101 |
| 12.4.5 El baño | 101 |
| 12.4.6 Retretes | 102 |
| 12.4.7 Camas | 103 |
| 12.4.8 Sillas de ruedas, trasladar y levantar | 105 |
| 12.5 Salud, enfermedad y muerte | 106 |
| 12.5.1 La enfermedad | 106 |
| 12.5.2 Atención sanitaria | 107 |
| 12.5.3 La muerte y los moribundos | 108 |
| ANEXOS | 115 |
| 1. Tipos de baño | 117 |
| 2. Aseo personal | 121 |
| 3. Vestirse | 125 |
| 4. Accesorios para la incontinencia | 127 |
| 5. Ayudas para andar y su uso | 131 |
| 6. Principios para levantar a los residentes adecuadamente | 139 |
| 7. Cuestionario OMS para el estudio de caídas en el anciano | 143 |
| BIBLIOGRAFIA | 151 |

P

RINCIPIOS BASICOS / DERECHOS DE LOS USUARIOS

1.1 INTRODUCCIÓN

Como cualquier otra institución la residencial está condicionada por su pasado. No hace todavía tanto tiempo y, todavía hoy en realidades muy próximas a la nuestra, las residencias de ancianos conocidas bajo los términos asilos y casas de misericordia servían para albergar a las personas no siempre ancianas, que carecían de recursos para vivir en la comunidad.

Algunos historiadores han puesto de relieve que, en realidad, el asilo cumplía una doble función, la de dar cobijo a los ancianos y enfermos pobres y sin familia, y la de aleccionar a la sociedad de los riesgos de la imprevisión, de la ociosidad y el vicio puesto que a estos factores se atribuía el origen de la indigencia de la población que acogía.

Así pues el asilo constituía por un lado la ayuda misericordiosa, pero al mismo tiempo el castigo para las personas que habían disipado su salud y su vida, sin hacer ningún tipo de previsión. En parte por ello, al margen de las condiciones de vida que ofrecían, los asilos y las misericordias no constituían un hábitat deseado. "Te meteré en la misericordia", "acabarás en el asilo" ha sido una advertencia/amenaza comúnmente utilizada ante el anciano "rebelde" o el joven calavera.

Generaciones de ancianos han vivido su ingreso en una institución asilar como el episodio final de una vida fracasada. El ingreso en el asilo marcaba con su estigma a las personas que no tenían sitio en la comunidad. Y el miedo a ese estigma explica, tanto o más que el deseo de independencia, o que el arraigo al entorno

sociocultural, el esfuerzo desesperado de muchos ancianos por evitar el internamiento, viviendo precariamente en condiciones lamentables.

Es posible que las instituciones asilares/residenciales hayan evolucionado más rápidamente que la actitud social que suscitan, pero el hecho cierto es que todavía prevalecen enquistadas dentro y fuera de aquellas, más en unos medios que en otros, formas de pensar, actitudes, pequeños "tics" si se quiere, que tienen su origen en el turbio pasado asilar, en un tiempo muy próximo, insistimos, en el que la atención al anciano nacía como un acto de misericordia por parte de quien la dispensaba y no como un derecho de quien la recibía.

Alguna consideración histórico-sociológica más, puede no ser vana para subrayar la importancia que tiene la definición precisa de los derechos y obligaciones de los usuarios y de las prácticas asistenciales de cara a evitar la posible influencia de inercias institucionales de carácter negativo.

Las instituciones, dejó dicho Goffman, absorben parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporcionan, en cierto modo, un mundo propio: tienen en síntesis tendencias absorbentes. Esta cualidad de absorbencia es especialmente peligrosa en las denominadas instituciones totales, es decir, en aquellas en las que las distintas actividades de la vida, aquellas que de ordinario se ejercen en ámbitos distintos y en compañía de diferentes personas -se trabaja en un sitio, se come y se duerme en otro, el tiempo de ocio transcurre normalmente en otro diferente- se llevan a



Antiguo Asilo Provincial.

cabo en un mismo sitio, rompiéndose las barreras de separación de los referidos ámbitos de vida. Cada etapa de la actividad diaria de la persona institucionalizada, se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas.

Otra característica importante de las instituciones totales es que las actividades se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución. De ella se deduce que los deseos e intereses particulares del usuario/interno pueden no coincidir con los de la institución, aunque a ellos deben subordinarse.

Nuestras instituciones residenciales no caben felizmente dentro de la definición estricta de institución total, pero es preciso seguir desarrollando esfuerzos cualitativos a todos los niveles para alejarse más todavía del posible influjo de dicho modelo. Por el bien de los usuarios, obviamente, pero también por el interés de los trabajadores, ya que resulta muy difícil lograr un nivel de calidad de vida aceptable dentro de una institución total,

cualquiera que sea el rol que se asuma en ella.

El usuario de una institución residencial debe haber podido elegir dicha solución ante un amplio abanico de opciones. Es tanto como decir que su elección debe ser positiva y en ningún caso determinada por la falta de recursos económicos. El usuario debe ser consciente de su derecho a disfrutar de la vida residencial.

"Las residencias son para vivir en ellas" se titula un excelente manual de evaluación y con él sus autores quieren subrayar que dichas instituciones constituyen el hogar de los usuarios, su casa. El respeto de este principio, tan simple en apariencia, y tan frecuentemente vulnerado, garantiza probablemente la calidad de la práctica en la mayoría de las situaciones que se presentan en la vida residencial.

La residencia debe promocionar la autonomía de los usuarios. Esto significa que sus programas deben reducir al máximo la tendencia absorbente a la que antes se ha aludido, con el fin de que la necesaria adaptación a las rutinas no se traduzca en un mayor o menor grado de hospitalismo o institucionalismo, términos que señalan una dependencia de la



Antiguo Hospicio-Comedor

institución mayor de la necesaria o razonable.

Así pues, para evitar situaciones de dependencia, los ámbitos de vida deben distinguirse lo más claramente posible e integrarse, también dentro de lo posible, en el medio comunitario desde donde debe darse respuesta a las necesidades de los usuarios, sean de orden sanitario, cultural o de cualquier otra índole.

El principio fundamental que debe regir la filosofía de las instituciones residenciales es que las personas ancianas tienen derecho a llevar, en la medida de sus deseos, una vida lo más normal posible; derecho a la oportunidad de vivir, aprender y disfrutar del ocio y del tiempo libre sin ser automáticamente excluidos de los riesgos inherentes a la vida diaria.

1.2. DERECHOS DE LOS USUARIOS

PRIVACIDAD

Derecho de las personas a estar solas sin ser molestadas y sin que nadie se entrometa en sus asuntos.

- Los residentes tienen derecho a disponer de un espacio privado (una habitación individual), a utilizarlo como y cuando quieran y a preservarlo cerrando la puerta con llave.
- Los residentes tienen derecho a guardar sus pertenencias en un lugar privado y bajo llave.
- Se facilitará, en la medida de lo posible, que los residentes puedan instalar sus propios muebles y enseres en las habitaciones.
- Tienen derecho a compartir habitación con su pareja.
- La residencia debe garantizar la confidencialidad de las fichas personales de los usuarios y del tratamiento médico que siguen. Los residentes deberán tener la oportunidad de aprobar o rechazar la salida de sus expedientes de la residencia excepto en el caso de que el

propio residente se traslade a otro servicio.

- Tienen derecho a recibir y enviar correspondencia cerrada.
- Tienen derecho a controlar sus finanzas personales, o en su caso, cuando la institución asume la representación legal, a ser informados del estado de sus cuentas siempre que lo requieran.
- Los residentes podrán recibir visitas en privado en sus habitaciones o en otro lugar acondicionado para tal fin.
- Los residentes podrán reunirse y comunicarse en privado con quien lo deseen.

DIGNIDAD

Reconocimiento del valor intrínseco de las personas, en toda circunstancia, respetando su individualidad y necesidades personales.

- Las residencias deben asegurar que se respeten y cumplan las necesidades o deseos de todos los residentes, siempre que sea posible, teniendo particularmente en cuenta factores étnicos, religiosos y culturales.
- El personal debe respetar la dignidad de los residentes a la hora de dirigirse a ellos, de ayudarles a bañarse, a vestirse, y de tratar problemas como la incontinencia.
- Se debe garantizar la no existencia de malos tratos físicos y psíquicos.
- Se debe garantizar la no existencia de restricciones físicas y químicas excepto en caso de prescripción médica.
- No se obligará a los residentes a realizar servicios que no forman parte de su plan de atención.
- Se deben respetar las necesidades sexuales de los residentes.
- No se debe obligar a los usuarios a que realicen nada en contra de su voluntad.

AUTONOMIA

Posibilidad de actuar y pensar sin tener que referirse a otra persona, incluyendo la voluntad de asumir cierto grado de riesgo calculado.

- Salvo en los casos de evidente y probada discapacidad mental, cualquier toma de decisión debe realizarse

partiendo de la consideración de que los residentes son capaces de elegir su propio estilo de vida (administrar su economía, su medicación, sus actividades, guardar llaves).

- Si por las especiales circunstancias del usuario hubiera que proceder a algún tipo de restricción, la decisión deberá ser consensuada entre el equipo y la familia. Se le comunicará al usuario explicándosele las razones de la medida, y ésta quedará inscrita en un registro. Este tipo de decisiones se revisará periódicamente, cuando menos una vez cada tres meses.

Además de estas actuaciones excepcionales, deberán consultarse regularmente a los residentes y a sus representantes aquellas cuestiones que atañen a la organización y prácticas ordinarias.

ELECCION

Posibilidad de elegir libremente entre una serie de opciones.

- Los residentes deben tener la oportunidad de elegir su ropa, sus amistades, la hora de acostarse y levantarse de la cama, las actividades que desean realizar, y alguna variante en el menú diario.
- Los usuarios podrán darse de baja en la residencia si lo desean.
- Deberán tener acceso a todos los recursos y servicios comunitarios: servicios sanitarios, sociales, ocio y educación.
- Los residentes podrán participar en todas las actividades sociales, religiosas y comunitarias que deseen fuera de la residencia.

DERECHOS

Mantenimiento de todos los derechos asociados a la ciudadanía.

- Cada residente deberá tener un contrato escrito en el que se formulen los términos y las condiciones de los servicios que le serán proporcionados.
- La residencia debe disponer de un procedimiento de reclamación por escrito que incluya el recurso a otros estamentos fuera de la residencia.
- Los residentes no renuncian a sus derechos cívicos cuando ingresan en la

residencia. Esta debe salvaguardarlos y contribuir a que puedan ejercerlos.

- Los residentes deben estar bien informados de todas las normas y reglamentos que regulan la residencia.
- Los residentes deben ser informados de su estado de salud, a no ser que esta información pueda resultar perjudicial por criterio médico.

SATISFACCION

Realización de las aspiraciones y capacidades personales en todos los aspectos de la vida diaria.

- La asistencia residencial debe ofrecer a las personas mayores la oportunidad de mejorar su calidad de vida proporcionándoles un entorno seguro, manejable y confortable, además de apoyo y estímulo para maximizar sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales y sociales.

Las residencias deben ser cautelosas ante el riesgo de restricción de los derechos de los usuarios como resultado de prácticas institucionales y procedimientos que dan prioridad a los intereses de la institución.

Las residencias deberán disponer de procedimientos de autocontrol y evaluación de sus prácticas en función de sus objetivos.

Los servicios de atención diurna y otras actividades no directamente relacionadas con la atención a los residentes deberán organizarse y localizarse de forma que no afecten negativamente al estilo de vida de los residentes.

Como principio general deberá procurarse que los residentes desarrollen al máximo su autonomía, aceptando los riesgos y demorando, en la medida de lo posible, el recurso a medidas restrictivas. En esa línea las ayudas técnicas se ajustarán lo más exactamente posible a las necesidades reales de los usuarios.

• PRIVACIDAD

Derecho de las personas a estar solas sin ser molestadas y sin que nadie se entrometa en sus asuntos.

• DIGNIDAD

Reconocimiento del valor intrínseco de las personas, en toda circunstancia, respetando su individualidad y necesidades personales.

• AUTONOMIA

Posibilidad de actuar y pensar sin tener que referirse a otra persona, incluyendo la voluntad de asumir cierto grado de riesgo calculado.

• ELECCION

Posibilidad de elegir libremente entre una serie de opciones.

• DERECHOS

Mantenimiento de todos los derechos asociados a la ciudadanía.

• SATISFACCION

Realización de las aspiraciones y capacidades personales en todos los aspectos de la vida diaria.



P

ROCESO DE ADMISION

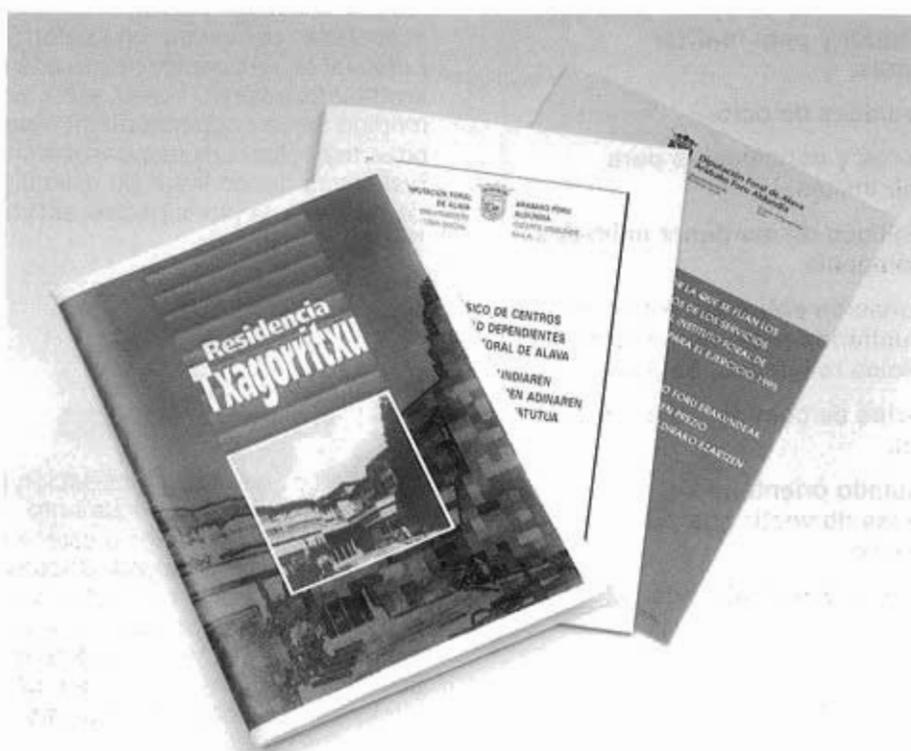
El proceso de admisión se puede dividir en dos partes: la primera está relacionada con la toma de decisión de la entrada y la segunda con la admisión propiamente dicha.

2.1. PREINGRESO. TOMA DE DECISION

2.1.1. PRIMER CONTACTO. INFORMACIÓN

Cuando una persona se dirige al servicio social de base recabando información, debe ofrecérsele documentación escrita sobre las características básicas y la forma de vida de la residencia. Es el momento de dar cuenta de las restricciones que existan,

informar sobre las tarifas y señalar la posibilidad de ausentarse durante ciertos periodos de tiempo. Asimismo, se informará sobre el procedimiento administrativo de ingreso en Centros de la Tercera Edad dependientes de la Diputación de Alava, regulado en normativa por el Instituto Foral de Bienestar Social.



2.1.2. FOLLETO

Los servicios residenciales deberán disponer de un folleto informativo, diseñado de forma que sea fácilmente comprensible y refleje el modo de vida en el centro. Sería conveniente que tratase los siguientes **aspectos**:

- **Características del edificio y entorno inmediato (superficie, número de habitaciones individuales, dobles, etc.)**
- **Equipamiento e instalaciones**
- **Número de usuarios**
- **Metas y objetivos del servicio**
- **Habitaciones**
 - **Posibilidad de instalar en las habitaciones ciertos enseres personales, cambiar la disposición de los muebles y la decoración según los gustos de los usuarios.**
 - **Alcance de la privacidad de la habitación y posesiones personales.**
 - **Disponibilidad de servicios para el aseo personal.**
- **Información general**
 - **Posibilidad de acomodación para estancias cortas o períodos de prueba.**
 - **Disponibilidad de ayuda para salir al exterior y para realizar compras.**
 - **Actividades de ocio.**
 - **Horarios y condiciones para recibir visitas.**
 - **Posibilidad de mantener animales de compañía.**
 - **Información sobre los recursos comunitarios próximos: tiendas, servicios religiosos, bancos, etc.**
 - **Horarios de comidas, tipo de menú.**
 - **Un listado orientativo de las prendas de vestir que puede necesitar.**
 - **Servicios especializados.**

2.1.3. VISITAS Y ENTREVISTAS

Las personas que solicitan información deben visitar la residencia antes de tomar la decisión de ingresar en ella. Es conveniente asimismo que un miembro responsable del personal de la institución visite al futuro residente -si éste lo acepta- en su domicilio, con el fin de establecer un primer contacto, conocer su forma de vida y orientarle sobre los enseres personales que podrá llevar a la residencia.

Se preguntará al usuario, y se registrará, la forma en que desea ser tratado y presentado ante la colectividad. Se evitará transmitir el mensaje de que no se preocupe por nada, y que la institución se lo solucionará todo.

Se debe recordar en este momento al futuro residente, que la decisión de entrar en la residencia no tiene por qué ser definitiva, ya que, tras un período de prueba se procederá a valorar de nuevo la situación.

El usuario podrá cursar baja siempre que lo desee

Es recomendable establecer una relación con los familiares próximos ya que, con frecuencia, éstos suelen tener gran importancia en la vida de las personas mayores. Los familiares deben entender la filosofía del centro, el rol del personal y deben conocer sus normas. Sería conveniente hablar sobre el tipo de relación que los familiares piensan mantener con el residente, si van a ser visitas puntuales, periódicas, si los familiares desean participar en las actividades del centro, en la atención personal del residente (ayuda a la hora de levantarse, lavarse, comer, etc.), en qué medida van a ocuparse de su ropa o de otros aspectos. Los responsables de la residencia deben tratar de estimular, desde un principio, la participación activa de los familiares y amigos.

2.1.4. TARIFAS Y CONDICIONES

Las condiciones de acomodación pueden estar descritas en un documento independiente del folleto o estar incluidas en él. El contenido de este documento se debe analizar punto por punto, y el responsable de la residencia se debe asegurar que el futuro residente entiende y acepta todos los aspectos que se tratan. Debería incluir, como mínimo, las siguientes cuestiones:

Es conveniente que en todas las habitaciones exista un ejemplar del folleto.

- **Cuantía de la tarifa y procedimiento de pago.**
- **Tipo de servicios que ofrece la residencia cubiertos por la tarifa ordinaria.**
- **Otros servicios no incluidos, que deben ser satisfechos aparte.**
- **Procedimiento de actualización de tarifas.**
- **Disponibilidad de personal y funciones asignadas.**
- **Papel del voluntariado en la residencia.**
- **Condiciones en que los residentes pueden ausentarse temporalmente de la residencia.**
- **Circunstancias en que se puede pedir a los residentes que abandonen la residencia.**
- **Procedimiento para solicitar la salida definitiva de la residencia, o el traslado a otro servicio residencial.**
- **Condiciones en que el edificio y su contenido están asegurados; extensión de la cobertura a los enseres personales del residente (pérdidas de ropa, etc.)**
- **Información sobre el procedimiento de quejas, bien ante los responsables de la residencia o ante estamentos superiores.**
- **Condiciones de la relación con los familiares.**
- **Procedimiento que sigue cuando se produce el fallecimiento de un residente (se deben tener en cuenta los deseos de los residentes y las tradiciones sociales y culturales).**

Asimismo se debe facilitar la normativa de precios públicos, el Estatuto de Centros para la Tercera Edad y el Reglamento de Régimen Interior.

2.1.5. EVALUACIÓN

Previo al ingreso se debe realizar una evaluación del estado físico y psíquico y del grado de autonomía de la persona demandante, con el fin de valorar si la residencia se adecua a sus necesidades o debe ser orientada hacia otros servicios.

A la hora de realizar esta evaluación, la Comisión de Orientación y Valoración utilizará los informes médicos y sociales de que disponga el solicitante y, si se considera necesario, se consultará a los profesionales que lo han tratado: médico, ATS, asistente social, etc.

La evaluación inicial deberá incluir los siguientes aspectos:

- Una historia social, que recogerá detalles sobre la forma de vida del futuro residente, su entorno social, los acontecimientos vitales, las personas próximas, etc. Esta información adquiere especial importancia cuando el futuro residente padece de confusión mental.
- Las circunstancias actuales, los factores que han determinado la solicitud de ingreso en la residencia y la actitud, tanto de la persona demandante como de sus familiares, ante el cambio.
- Una valoración del estado físico y mental del futuro residente, incluyendo su grado de dependencia para las actividades de la vida diaria.
- Disposiciones en torno a las finanzas personales, propiedades y medidas a tomar en caso de fallecimiento.

La evaluación inicial se incorporará al dossier personal del residente y se podrá utilizar en la elaboración de los planes individuales o fichas de seguimiento.

2.2. INGRESO

2.2.1. FORMALIZACIÓN DE LA ADMISIÓN

Una vez que la persona solicitante y el servicio pertinente han decidido la admisión, se debe concretar la fecha de ingreso, la duración del período de prueba, los objetos y enseres personales que el futuro residente llevará consigo y el procedimiento a seguir en caso de fallecimiento.

2.2.2. PREPARACIÓN PARA LA ADMISIÓN

- **Período de adaptación**

Durante los primeros seis meses posteriores al ingreso, se entenderá que los residentes se encuentran en período de adaptación personal a las características y funcionamiento del Centro y recibirán cuantos apoyos técnicos sean precisos en

orden a posibilitar su integración. Es importante establecer este período de prueba ya que, de esta forma, tanto el residente como el responsable de la residencia, tras conocer el modo de vida y los problemas que pueden plantearse, tienen la posibilidad de replantearse la decisión. A pesar de que en la práctica las alternativas son escasas, el hecho de saber que existe un período de prueba, ayuda al futuro residente a tener conciencia de sus derechos como persona adulta y como consumidor. El ingreso en la residencia debe ser una elección positiva.

A este respecto conviene asegurarse de que se mantiene la vivienda anterior hasta que la decisión sea definitiva; si el residente procede de un hospital o de otra residencia deberá asegurarse la posibilidad de un hipotético retorno.

• Enseres personales

Es posible que algunos residentes deseen conservar ciertos enseres, objetos, etc. que configuran su identidad: fotografías, libros, cuadros, plantas, adornos, sobrecamas, etc. Las habitaciones deben disponer de espacio para colocar estos objetos, así como de un armario con la posibilidad de guardar bajo llave las pertenencias personales.

Sería conveniente prever la posibilidad de que los residentes lleven sus propios muebles si lo desean; en este caso se debería tratar de encontrar el espacio adecuado para colocarlos, retirando, si es preciso, los muebles de la residencia.

A veces no es suficiente informar a los residentes de que pueden llevar sus enseres personales y es necesario ayudarles a elegirlos, empaquetarlos, transportarlos y colocarlos. Aunque el servicio residencial no se haga cargo de estas tareas, sí debe asegurarse de que el residente dispone de la ayuda para hacerlo.

• Embalaje y desembalaje

Algunos residentes pueden necesitar ayuda para desempaquetar sus equipajes, ordenar la habitación y disponer sus objetos y enseres personales. Tanto si son los familiares como si es el personal de la residencia el que proporciona esta ayuda, el residente debe estar presente y será él quien decida la disposición general. Es importante asegurarse de que el residente dispone de fácil acceso a las ayudas técnicas, gafas, aparatos auditivos, dentaduras, bastones, etc.

• Planificación del primer día

El personal de la residencia con experiencia de otros ingresos debe valorar si los nuevos residentes son bien recibidos o, si por el contrario, se aprecia alguna reticencia. Se procurará recabar el apoyo de otros residentes para crear un clima de confianza, aunque en algunos casos, se deberá calcular si es preferible esforzarse por ofrecer al nuevo residente un acogimiento caluroso o dejar que conozca el entorno por sí mismo.

En cualquier caso, se deberán evitar en el primer momento situaciones o procedimientos que puedan producir en el residente la sensación de pérdida de control de sí mismo o de su identidad personal, como puede ser el desprenderse de sus objetos de valor, documentos, medicamentos, un examen médico, un baño inmediatamente después de la entrada ...

Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La hora. Debe elegirse el momento más adecuado de acuerdo con el ritmo de trabajo y las circunstancias personales del residente, procurándose que sea un período tranquilo de la jornada.
- Los acompañantes del nuevo residente. Es pertinente plantearse, si el nuevo residente puede hacerse acompañar por otra persona en el momento del ingreso, e incluso durante el primer día de estancia.
- Referente o trabajador clave. Es conveniente seleccionar previo al ingreso, a una persona determinada con el fin de que pueda mantener una relación más cercana con el nuevo residente, preocuparse por su bienestar y su integración en el medio.
- Los otros residentes. Conviene que los residentes estén informados del nuevo ingreso y que participen en la recepción, presentación e introducción de los nuevos en la vida residencial.

2.2.3. INGRESO

El día del ingreso

- Se le debe preguntar sobre la forma en que desea ser tratado y presentado ante la colectividad.

- Su habitación debe estar bien aireada e incluirse algún detalle como un ramo de flores.
- Un miembro del personal debe explicar detalladamente:
 - La situación de las instalaciones: aseos, baños, escaleras, ascensor, salidas de emergencia.
 - Las rutinas como horarios de comidas, turnos del personal, reuniones.
 - El funcionamiento de aparatos como el ascensor, el timbre de alarma, el teléfono.
 - El lugar donde se guardan objetos que el residente pueda necesitar: elementos de menaje, ayudas técnicas...
 - Y la persona concreta a quien debe dirigirse si desea cualquier cosa.

Si el residente está nervioso o confuso en el primer momento, es recomendable estar a su lado, escuchándole simplemente, ayudándole a instalarse, o bien dejarle solo con su acompañante. En ese caso, el personal le proporcionará las instrucciones e información mínimas, dejando para otro momento los detalles.

- El personal debe asegurarse de que disponga de las gafas, dentadura u otras ayudas técnicas.
- Es importante ofrecer al residente, desde el primer momento, un lugar donde pueda guardar bajo llave sus pertenencias personales.

Tras el ingreso

- El personal debe continuar presentando al nuevo residente ante los demás y repitiendo sus nombres, ya que puede resultarle difícil retener nuevos nombres. Los trabajadores deben dirigirse al nuevo residente por su nombre, evitando diminutivos y otras familiaridades, salvo cuando sea por deseo explícito del propio residente.
- Ambiente. El personal debe estar disponible para ayudar al residente a familiarizarse con el edificio y su entorno, responder a sus preguntas y escucharle y hablarle especialmente durante el primer período.
- Mantenimiento de relaciones. Sería recomendable que el personal animase al residente a continuar en contacto con sus familiares y amigos, comunicarles su

nueva dirección por carta o por teléfono con el fin de mantener las relaciones.

- Evitar la excesiva información, adaptándose a sus circunstancias y ritmo de comprensión y asimilación.
- El personal de acogida no debe desligarse bruscamente y procederá a hacer las presentaciones al comité de residentes, con el fin de apoyarle los primeros días y establecer relaciones si lo desea.

Revisiones posteriores. Ingreso definitivo

Tras el período de prueba se debe realizar una valoración de la estancia cuyo resultado será uno de los siguientes:

- Retorno a la situación anterior.
- Derivación a un establecimiento distinto
- Ampliación del período de prueba, en este caso se deberán tomar las medidas necesarias para seguir conservando la residencia anterior.

En la reunión de valoración pueden tomar parte el responsable de la residencia, el referente o trabajador clave, algunos familiares o amigos del residente, el cónyuge o compañero y el propio residente. La primera reunión será el punto de partida de posteriores revisiones periódicas, en las que se examinará la adaptación del residente a la vida residencial, sus deseos, necesidades, etc.

Es posible que los residentes no estén acostumbrados a participar en reuniones formales, por tanto se procurará que el ambiente sea relajado, informal, –quizás el mejor lugar sea la habitación del interesado–, animando el encuentro con un café, un aperitivo, etc.

En principio, el residente debe participar en la discusión de todas las cuestiones que le conciernen pero hay aspectos como la incontinencia, la higiene personal, etc. que puede ser mejor tratarlos en su ausencia.

Los principales temas debatidos y las decisiones tomadas en la reunión se deben plasmar en un documento escrito. Sería recomendable utilizar una ficha estándar para todas las residencias.

2.3. ADMISIONES DE EMERGENCIA

Son admisiones aprobadas por el organismo competente pero no planificadas, y que se producen cuando una persona necesita urgentemente de acomodo a resultas de una emergencia médica o social (por ejemplo la muerte de la persona que se ocupaba de ella en caso de dependencia, la desaparición de la vivienda habitual por un incendio, etc.).

En estas situaciones se debe prestar especial atención al residente porque la experiencia puede ser traumática y no hay tiempo para preparar la admisión.

De todas formas, se deben valorar las posibles alternativas optando, si es posible por una solución comunitaria, y adoptando el servicio residencial como último recurso.



A

SPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1. FICHAS, REGISTROS Y DOCUMENTOS ESCRITOS

Con el nombre de fichas nos referimos a documentos que contienen datos personales de los residentes. Algunas son fijas, es decir, se cumplimentan una vez y se archivan, y otras recogen informaciones periódicas.

Es evidente la necesidad de registrar un mínimo de datos sobre los residentes para conocer la situación de la población institucionalizada, mantener archivos estadísticos, identificar una persona de contacto en el exterior, etc. Además de estos datos básicos, se podrán recoger otros relativos a las características de los residentes y su forma de vida, que ayudarán a estudiar sus necesidades y a planificar de una manera más racional la respuesta asistencial.

Con frecuencia, su cumplimentación supone un trabajo adicional a las tareas del personal; por tanto conviene que sea lo más ágil posible para no restar tiempo de atención directa a los usuarios.

Se deberá tener en cuenta la privacidad de los residentes considerando cierto tipo de información personal como confidencial, especialmente la que se refiere a su salud y su vida personal y social, y determinando qué personas pueden acceder a ella. Los archivos que contienen la información confidencial deberán estar cerrados bajo llave. Es recomendable que los residentes, si lo desean, puedan acceder a sus propios historiales.

Como fichas fijas se proponen dos:

- Una ficha individual conteniendo sus datos básicos: nombre y apellidos, edad, sexo, persona de contacto, etc.
- Una evaluación inicial que recogerá: la historia social, los factores que han determinado el ingreso, las actitudes de la persona demandante y de sus familiares ante el ingreso, una valoración del estado físico y mental del residente y las disposiciones en torno a las finanzas personales, propiedades y medidas a tomar en caso de fallecimiento.

Además se recomienda mantener:

- Un dossier individual, que comprenderá evaluaciones periódicas del estado físico y mental del usuario, información sobre el plan asistencial de carácter médico, psicológico y social, y todos los aspectos que se consideren importantes a tener en cuenta para el mejor conocimiento de cada usuario: hábitos, deseos, necesidades particulares, hobbies, etc.
- El libro diario del personal conteniendo los acontecimientos más reseñables.

Por otra parte, los siguientes **documentos escritos** resultan útiles en la organización y gestión de las residencias de ancianos:

- **Un reglamento de régimen interior.**
- **Un folleto informativo sobre las características y servicios que ofrece el centro.**
- **Un libro de instrucciones o manual de buena práctica para el personal.**

- Un contrato escrito entre cada residente y la dirección especificando los términos y condiciones de residencia y los servicios que se le prestan.
- Un registro que especifique el dinero y los objetos valiosos depositados por cada usuario al entrar en la residencia.
- Protocolos de actuación escritos para situaciones de emergencia.
- Disposiciones o procedimientos escritos acerca del manejo de medicamentos, es decir, condiciones de provisión, almacenamiento, administración y control.
- Procedimientos de quejas por escrito.

- Un registro de las quejas y reclamaciones presentadas y de las medidas adoptadas como respuesta.
- Actas de reuniones del personal, del comité de residentes y de las asambleas generales.
- Un registro de accidentes del personal y de los usuarios en la residencia.
- Un registro de las comidas servidas 'por lo menos durante el último mes'.
- Un registro de los simulacros de incendio realizados y de las revisiones del equipamiento para la prevención de incendios, inspecciones de sanidad y de los equipos de gas y electricidad.
- Copias de los informes realizados por los inspectores de los servicios residenciales o informes de evaluación periódicos.

3.2. LA INCAPACITACIÓN

A todos nos consta que, con el tiempo, algunas de las personas que ingresan en las residencias, pierden, por su edad o a consecuencia de alguna enfermedad, su capacidad para tomar decisiones, para autoprotgerse, o para defender sus intereses.

Cuando esto ocurre, lo habitual suele ser que sus familiares más próximos tomen automáticamente las decisiones en su lugar, o que lo haga, si aquéllos no existen, la propia institución.

Esta práctica, por bien intencionada que pueda ser en la mayoría de los casos, no es la correcta, porque no viene acompañada de ningún tipo de control legal que garantice la protección de los derechos de la persona representada, y puede, por lo tanto, dar lugar a abusos.

Existe un modo de solucionar estas situaciones con todas las garantías, y de acuerdo con la ley: aplicar el procedimiento de incapacidad previsto en el Código Civil.

La cuestión es muy delicada, porque estamos hablando de la pérdida de la capacidad que, en principio, tiene toda persona para realizar actos con eficacia jurídica: adquirir un derecho o una obligación, extinguirlo, modificarlo, etc. La declaración judicial de esta pérdida supone que otra persona, designada por el juez, va a ser la encargada de representar y de defender los intereses de la persona incapaz.

Si este es el resultado, muchos se preguntarán cuál es la diferencia entre esta vía legal y la práctica habitual, que presenta además la ventaja de evitar un trámite "humillante" para el anciano, y un procedimiento largo y costoso pocas veces justificado por la cuantía y el valor de sus bienes.

Pues bien, la diferencia estriba en las garantías:

- 1 El procedimiento judicial de incapacidad es lo que se denomina un procedimiento "contradictorio": intervienen por un lado quienes solicitan la declaración de incapacidad (ya sean los familiares, ya el fiscal), y por otro el presunto incapaz, debidamente asistido de un defensor (el fiscal si no actúa como demandante o el defensor judicial), y representado por un procurador.
- 2 Esto significa que el procedimiento sólo acabará en declaración de incapacidad si quien la solicita consigue probar, por los medios que estime oportunos, la falta de capacidad.

Pero además, para mayor protección de los derechos, el juez debe:

- oír las declaraciones de los parientes más próximos del presunto incapaz;
- examinarlo por sí mismo;
- solicitar el dictamen de un médico que afirme, o que por el contrario niegue,

la existencia de una enfermedad o de deficiencias físicas o psíquicas que "impidan a la persona gobernarse por sí misma";

- practicar otras pruebas que considere convenientes.
- 3 En este tipo de procedimiento, la ley no permite ni el "allanamiento", ni la "transacción": es decir, que ni el presunto incapaz puede declarar que efectivamente lo es para poner fin al procedimiento, ni las dos partes pueden llegar a un acuerdo sobre el alcance de la incapacidad.

Sólo el juez, por sentencia, puede declarar la extensión y los límites de la incapacitación. Además, como pueden variar las circunstancias (enfermedad o deficiencia) sobre las que se basa la sentencia, cabe la posibilidad de, en tal caso, iniciar un nuevo procedimiento destinado a modificar la sentencia anterior.

- 4 La sentencia de incapacitación establece el régimen de tutela al que debe quedar sometida la persona incapacitada. A partir de ese momento, la ejecución de los actos jurídicos para los que se haya declarado la incapacidad corresponde al tutor, aunque sus efectos sigan recayendo en la persona declarada incapaz o en su patrimonio (esto significa simplemente que si, por ejemplo, el tutor compra algo en el ejercicio de sus funciones de tutela, el propietario de ese bien será la persona incapaz a la que representa).

¿Quiénes pueden ser tutores?:

- Las personas jurídicas (instituciones, fundaciones, etc.) sin afán de lucro, entre cuyos fines figura la protección de los incapacitados.
- Las personas físicas que se encuentren en ejercicio pleno de sus derechos civiles, salvo una serie de excepciones previstas por el Código Civil en protección de los derechos de la persona incapaz. Así, no podrán ser tutores quienes hayan sido suspendidos en el ejercicio de la patria potestad, quienes hayan sido removidos de una tutela anterior, las personas que estén cumpliendo alguna pena privativa de libertad, los que tuvieren importantes conflictos de intereses con el incapacitado, etc. (para una relación completa, conviene consultar los artículos 243 a 246 del Código Civil).

¿Qué medidas de control se establecen sobre el ejercicio de la tutela?:

- el juez puede exigir al tutor una fianza en garantía del cumplimiento de sus obligaciones;
- antes de empezar a ejercerse, debe hacerse un inventario de todos los bienes del incapaz, para poder controlar más adelante si se ha actuado correctamente;
- el juez puede ordenar que determinados bienes (dinero, objetos preciosos, valores, etc.) no queden en poder del tutor, sino depositados en alguna entidad que él considere conveniente;
- el tutor necesita la autorización del juez para internar al incapacitado en algún establecimiento de salud mental, así como para realizar toda una serie de actos jurídicos con importantes efectos sobre el patrimonio de la persona tutelada (ver artículo 271 del Código Civil);
- finalmente, la ley introduce una serie de prohibiciones que van expresamente dirigidas a evitar cualquier conflicto de intereses entre tutor y tutelado: no puede representarle en actos en los que también interviene él en su propio nombre o en representación de otros; no puede adquirir bienes del incapacitado ni transmitirle bienes propios; y no puede recibir bienes del tutelado hasta que no se apruebe definitivamente la gestión que ha llevado.

Todas estas garantías se han previsto en la ley precisamente para proteger los derechos y los intereses de la persona incapacitada, tanto durante el procedimiento de incapacitación, como posteriormente, durante el ejercicio de la tutela.

De modo que no tiene sentido creer que la incapacitación jurídica abre paso a posibles abusos. Al contrario, es la no intervención judicial la que puede crear situaciones de hecho que, al no estar sometidas a ningún mecanismo de control, pueden derivar en prácticas abusivas.

Es absolutamente imprescindible, por lo tanto, concienciarse de la necesidad de recurrir al procedimiento judicial en todos los posibles casos de incapacidad. Aunque es cierto que se plantea el problema de su lentitud, también es verdad que en los últimos años se ha agilizado considerablemente.

3.3. RECONOCIMIENTO DE DEUDA

La cuestión del reconocimiento de deuda preocupa a todos los implicados, directa o indirectamente, en la gestión residencial, porque a través de ella se pone sobre la mesa el tema de la participación del usuario en la financiación de los servicios residenciales, lo que, tarde o temprano, conduce necesariamente a entrar en el debate más amplio de cuál es o cuál debe ser la naturaleza de los servicios sociales.

Entrar en una discusión de tales dimensiones va más allá de la finalidad de esta guía. Así que, nos limitaremos a describir los elementos más importantes que intervienen en la decisión de si conviene, o no, recurrir al procedimiento del reconocimiento de deuda.

En realidad esta práctica está bastante generalizada. Incluso algunas normativas autonómicas que regulan los precios públicos de las residencias prevén el reconocimiento de deuda, como garantía del cobro de las cantidades adelantadas al usuario. El sistema, también ha sido admitido y, por lo tanto, en alguna medida reconocido por Sentencia Judicial.

Los principales problemas que plantea esta cuestión no son sólo jurídicos: sin duda, el derecho prevé más de un medio para que un acreedor pueda cobrar la deuda que le es debida. No creemos que interese aquí entrar en detalles de técnica jurídica.

El problema no está tanto ahí, como en el hecho mismo del reconocimiento de la deuda, por cuanto que, en cierto modo, supone replantearse la vocación universalista de los servicios sociales.

También son importantes otras consecuencias que la introducción de esta medida puede tener en la práctica: que los ancianos residentes sin recursos suficientes deben declarar, firmar y aceptar periódicamente su deuda con la sociedad, con lo que todo eso implica; que los ancianos se abstengan de demandar un servicio residencial que necesitan, por preservar un patrimonio que desean transmitir a sus hijos ...

Aun siendo conscientes de todo ello y, habiendo sido debatido ampliamente el tema en Alava, se ha instaurado este procedimiento de deuda en nuestro Territorio a partir del año 1995.

La normativa reguladora de los precios públicos aplicables a los servicios dependientes del Instituto Foral de Bienestar Social de Alava¹, establece para los usuarios de estos servicios la obligación de proceder al pago del precio público correspondiente.

Por lo tanto, conforme a esta normativa, los ancianos usuarios de los servicios de atención en residencias son los obligados directos al pago del precio previsto para las plazas residenciales.

Ahora bien, en caso de que no dispongan de ingresos suficientes para cubrir íntegramente ese importe, y siempre que así lo acrediten, abonarán, en concepto de pago parcial, el 75% de sus ingresos anuales totales, debiendo quedar siempre a su libre disposición una cantidad mínima, fijada para 1996 en 180.000 ptas.

Para cubrir la diferencia existente entre la cuantía del precio público y el importe calculado para el pago parcial, la norma prevé dos instrumentos de garantía del pago.

Por un lado, con carácter previo al ingreso, el anciano debe firmar un documento por el que se compromete a reconocer periódicamente la deuda que su estancia en la residencia, durante ese período, haya generado a favor del Instituto Foral de Bienestar Social.

Por otro, en cumplimiento del compromiso anterior, en diciembre de cada año, el anciano firma un documento por el que reconoce la deuda generada en el período inmediatamente anterior, se compromete a prestar la garantía que el Instituto Foral pudiera exigirle, y asume la obligación de no enajenar sus bienes y de no renunciar a derechos de naturaleza económica o patrimonial, mientras no haya saldado su deuda con dicho Instituto.

El cobro de la deuda se hace efectivo, por regla general, cuando deja de prestarse el servicio. Si para realizarlo fuera necesario recurrir a la ejecución patrimonial de los bienes, esta ejecución no podrá afectar a la vivienda ni cuando el interesado la necesite para su uso propio al salir de la residencia, ni cuando dicha vivienda constituya el único domicilio de su cónyuge y de los hijos que no formen otra unidad familiar.

¹ Decreto Foral 135/95 del Consejo de Diputados de 29 de diciembre, por el que se aprueba para 1996 la actualización de la normativa y los precios públicos a exigir por el Instituto Foral de Bienestar Social. BOTA n.º 6 de 15-1-96.

3.4. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS

3.4.1. ALGUNAS CUESTIONES DE PRINCIPIO

- Es evidente que cualquier servicio, en garantía de su calidad, debe ofrecer a los usuarios la posibilidad de presentar reclamaciones o quejas acerca de su funcionamiento.
- Es evidente también que cuando en un servicio se reconocen una serie de derechos a los usuarios, resulta imprescindible prever los órganos y los procedimientos a los que éstos deberán recurrir para proteger y defender eficazmente sus derechos.
- Esta vía de reclamación se hace especialmente necesaria cuando la relación usuario/prestador del servicio sitúa a las dos partes en situación de desigualdad. Este es precisamente el caso en la relación que se establece en una residencia de ancianos entre los usuarios del servicio y el personal que los atiende, especialmente cuando los primeros, por razones de edad o de enfermedad, se sienten extremadamente desprotegidos y vulnerables.
- La ineludible necesidad de un procedimiento de quejas se hace todavía más patente en un sector como el residencial, en el que la escasez de servicios alternativos puede presentar el riesgo de relegar a un segundo plano la protección de los derechos de los usuarios.

3.4.2. RETICENCIAS PREVISIBLES

La introducción de un procedimiento de quejas no es tarea fácil. Puede enfrentarse inicialmente a una serie de obstáculos o de reticencias, tanto por parte del personal como por parte de los usuarios.

El personal puede mostrarse poco cooperativo ante la perspectiva de tener que sumar a sus múltiples tareas la de participar en el procedimiento de reclamación (registrando las quejas, archivándolas, informando al órgano competente, etc.). No debe olvidarse además que, si bien el procedimiento tiene por finalidad principal la de proteger los derechos de los usuarios, también es, en contrapartida, un instrumento de control de

la calidad en la prestación del servicio. El personal puede temer que, si no se aplica con las precauciones necesarias, principalmente a la hora de comprobar la veracidad de las causas alegadas en las reclamaciones, alcance conclusiones erróneas que podrían en algún caso afectar a su futuro profesional.

También los usuarios pueden mostrarse, al principio, contrarios a la introducción de este tipo de procedimiento. En parte, porque les resulta difícil entender completamente el alcance y la puesta en práctica de estas tramitaciones: puede parecerles una complicación. En parte también, y sobre todo, porque temen que tras la reclamación vengan, por así decirlo, las represalias, y se encuentren en peor situación que al principio.

3.4.3. PAUTAS PARA EL DISEÑO Y LA APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE QUEJAS

- En el procedimiento de quejas pueden intervenir intereses casi contrapuestos, o por lo menos muy divergentes: los de los usuarios, los del personal y los de la dirección de la residencia. Por esta razón, para evitar enfoques parciales, conviene que todas estas categorías participen, por medio de representantes, en el diseño del procedimiento. Una implicación tan directa puede ayudar a superar las reticencias iniciales. Efectivamente, si las partes comprueban por sí mismas que se escuchan, se discuten y se admiten sus sugerencias, y que se prevén todas las garantías necesarias a un buen funcionamiento, crearán en la utilidad del sistema para solucionar conflictos y se mostrarán más dispuestas a contribuir a una aplicación real y eficaz del procedimiento.
- Conviene prever niveles de intervención diferenciados. Si la finalidad última de un procedimiento de queja es aportar una solución satisfactoria al conflicto en los plazos de tiempo más breves, es lógico recurrir inicialmente a algún tipo de reclamación y de negociación informal. De hecho, en muchos casos, lo único que desea el usuario es formular

su opinión sobre algún tema concreto, y sentir que le escuchan y que sus consideraciones se tienen en cuenta. Con frecuencia, la solución no plantea ningún tipo de problema. Si es así, lo mejor es tranquilizar al anciano, solucionando el problema inmediatamente, a poder ser, en su presencia. Esta forma de actuar aumentará su grado de confianza no sólo en el personal, sino también en el procedimiento de queja, y evitará tensiones y tramitaciones inútiles.

En ocasiones, sin embargo, las cosas pueden resultar algo más complicadas. Puede que la solución aportada no satisfaga al usuario, o que, simplemente, no se le haya propuesto ninguna solución inmediata al no considerarse pertinente la reclamación. En estos casos debe procederse a una reclamación formal, es decir, escrita, que se presentará a la persona competente, que puede ser el asistente social, para su correspondiente registro. El usuario debe conservar una copia firmada o sellada de la recepción de su queja. El responsable del registro de quejas debe informar de las mismas al órgano competente. A título indicativo se señalan como componentes de este órgano: dos representantes de la Junta de Gobierno, dos representantes de los trabajadores, uno de los cuales deberá ser auxiliar de enfermería y el coordinador social del Área de Tercera Edad. Conviene asegurar la presencia de

una persona ajena a la residencia y reputada por su imparcialidad y buen juicio.

Si la solución adoptada por este órgano tampoco satisface a la persona que ha presentado la reclamación, es necesario remitir el caso a los cauces administrativos correspondientes.

- Para que un procedimiento de este tipo sea realmente eficaz, es necesario que se prevean plazos prudentes de resolución.
- También resulta imprescindible un buen conocimiento de sus reglas de funcionamiento, tanto por parte del personal como por parte de los usuarios.

Para ello, conviene ofrecer al personal la formación adecuada, no sólo para que comprenda el sistema y sepa cuál es su participación en el mismo, sino para que lo integre en su rutina profesional y se acostumbre a informar automáticamente de su existencia y de sus pautas de funcionamiento a los usuarios, a sus familiares o a sus representantes. Ante todo, debe evitarse que se convierta en un tema tabú: debe aceptarse con la misma naturalidad que se aceptan otras medidas dirigidas a la protección de los usuarios y de sus derechos.

Esta labor de información debe complementarse con folletos explicativos, redactados en un lenguaje sencillo, de fácil comprensión, que eluda



tecnicismos. También deben preverse mecanismos de información especialmente adaptados a las necesidades de algunos usuarios (ver capítulo correspondiente a "Proceso de admisión").

- Dadas las dificultades de comprensión que pueden presentar algunos usuarios, y dado también cierto nivel de complejidad en el procedimiento, algunos ancianos necesitarían ayuda y asesoramiento para intervenir en el mismo. Esta función la puede cumplir un amigo, un familiar, o el representante que decida designar el usuario. Si no tuviera nadie a quien recurrir, debe orientársele hacia organismos capaces de prestarle el tipo de apoyo que requiera (por ejemplo, hacia alguna organización de voluntarios).
- También los miembros del personal requieren ciertas medidas de protección. Conviene no identificar el procedimiento de quejas con el procedimiento disciplinario. El registro de una reclamación no debe dar pie automáticamente a la apertura de un expediente disciplinario. Las razones son bien sencillas: el anciano puede tender a presentar la reclamación contra el miembro del personal con el que ha estado en contacto para tratar una determinada cuestión, pero puede que esa cuestión no dependa del miembro del personal, y en consecuencia no sería

justo que se le abriera un expediente sobre esa base; otras veces, puede ocurrir que el objeto de la queja no tenga gran trascendencia, y en tales casos, si bien debe solucionarse con la máxima rapidez, no debe ser razón suficiente para abrir un expediente disciplinario.

Otra cosa es que, del estudio y de la investigación de la reclamación, se derive algún tipo de responsabilidad profesional. En ese caso, se remite la información al órgano competente, y se inicia un procedimiento disciplinario.

- Como todo procedimiento, el de quejas debe ser sometido a mecanismos de control que garanticen un eficaz y correcto funcionamiento. Esta función podría corresponder a los órganos competentes en materia de inspección de centros residenciales.
- La vía de la queja o de la reclamación no debe servir únicamente para resolver conflictos puntuales, sino que debe contribuir a la mejora del servicio. Para ello resulta imprescindible informar al personal, a los usuarios, y por qué no, a otros centros residenciales, de las soluciones alcanzadas y de las ventajas que de las mismas se han derivado.

3.5. FINANZAS PERSONALES

El tema de las cuestiones económicas es especialmente delicado en el ámbito residencial: por un lado es un campo propicio para los abusos, por otro también lo es para las sospechas. De modo que lo más recomendable es introducir una serie de medidas que a la vez que impidan lo primero, eviten lo segundo.

TESTAMENTO

Conviene que cuando una persona decide ingresar en una residencia, los responsables de la misma le recomienden, con tacto naturalmente, que haga su testamento previamente a su ingreso. Algunos ancianos seguirán su consejo, otros no, lo que significa que más tarde o más temprano, algunos residentes

expresarán su voluntad de testar. En tales casos, si el residente, sus familiares o su representante así lo solicitan o si dan muestras de no saber a quién dirigirse, los responsables de la residencia deben orientarles, dándoles el nombre y la dirección de varios abogados o notarios que no guarden ninguna relación con la residencia, remitiéndoles directamente al Colegio Oficial de Abogados o de Notarios, o dirigiéndoles a alguna organización voluntaria que pueda ofrecerles asesoría jurídica.

Excepto en casos de extrema urgencia, el personal y los responsables de la residencia no deben intervenir en calidad de testigos en ninguna declaración de últimas voluntades. Por supuesto, en ningún caso deben tomar parte en la redacción del testamento. Si el residente

hubiera perdido la facultad de expresar su voluntad, el caso deberá remitirse al Ministerio Fiscal, para iniciar un procedimiento de incapacitación.

DONACIONES EN VIDA

En principio, el residente es dueño de disponer de sus bienes como mejor le parezca. No obstante, dada la relación de dependencia existente entre el anciano y el personal o los responsables de la residencia, conviene para evitar abusos y para evitar sospechas, que la residencia aclare desde un principio cuál es su política respecto a las donaciones que desean hacer los residentes. Debe informarse a todos los miembros del personal y a todos los residentes de que los primeros no pueden aceptar de los segundos ni regalos, ni propinas. Esta prohibición debe constar también entre las condiciones establecidas en los contratos de trabajo del personal. Si a pesar de todo, algún residente insiste en querer hacer una donación en vida a algún miembro del personal o a la residencia, el responsable debe aconsejar al residente que consulte su decisión con un asesor imparcial ajeno a la residencia. También conviene que el miembro del personal en cuestión o el responsable de la residencia consulte, quizá con las autoridades competentes en materia de registro e inspección de las residencias, la decisión que debe tomar.

BIENES DE VALOR

Debe informarse a los residentes de que son ellos mismos quienes deben responsabilizarse de la gestión de sus ingresos y de la conservación de sus bienes de valor (dinero en efectivo, libretas de ahorro, talonarios, joyas, etc.). Para mayor facilidad, la residencia debe poner a su disposición un depósito o una caja fuerte, a la que sólo se puede acceder con la autorización del responsable: cada vez que un residente deposite o retire algún objeto, le será entregado un recibo en el que se especifique la fecha y la naturaleza de la operación realizada. Estas operaciones deben consignarse en un registro en el que consten el nombre del residente, la descripción de los objetos depositados, la fecha del depósito y, en su caso, la fecha en que se han retirado.

Debe informarse a los residentes del tipo de póliza de seguros contratado por la residencia para que, si lo consideran

necesario, puedan contratar una póliza que cubra sus propios bienes.

Si un residente se ausenta temporalmente del establecimiento (porque ingresa en un hospital, por ejemplo) debe dársele la posibilidad de dejar todos sus bienes en el depósito o en la caja fuerte, y esta operación debe constar en el registro y en un recibo que le es entregado al residente.

DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE

Ocurre con frecuencia que un anciano, con plena capacidad mental, decida, por lo general para evitar numerosos desplazamientos, autorizar a una persona (suele ser un familiar o un amigo) para que realice en su nombre determinadas operaciones de cobro de pensiones, pago de facturas, etc. Las entidades bancarias prevén a estos efectos trámites de autorización muy sencillos. Si el residente no conoce a nadie que pueda desempeñar esta función, es necesario orientarle hacia personas u organizaciones voluntarias capacitadas para hacerlo. Los nombres de estas personas u organizaciones deben constar en los registros de las autoridades competentes en materia de registro e inspección de residencias. El responsable de la residencia puede ocuparse de estas cuestiones sólo de forma excepcional y para operaciones muy concretas.

Si el residente desea otorgar poderes más amplios respecto a la administración de sus bienes, debe designar a un representante legal que quede autorizado para ello. El alcance y la duración de esta autorización vienen determinados, naturalmente, por quien la otorga. También aquí es necesario aconsejar al residente que consulte su decisión con un abogado o un asesor legal. Es recomendable que el responsable de la residencia no acepte en ningún caso el cargo de representante legal de alguno de los residentes.

Finalmente, añadiremos, que si los responsables de la residencia o los miembros del personal observan o creen observar alguna anomalía en la gestión de los bienes de un residente, conviene que se pongan en contacto con sus familiares más próximos, o en su caso, con el Ministerio Fiscal, para informarles de la situación y para que éstos adopten las medidas que estimen adecuadas.

- Se deberá tener en cuenta la privacidad de los residentes, considerando cierto tipo de información personal como confidencial, especialmente la que se refiere a su salud y a su vida personal y social.
- El procedimiento de incapacitación jurídica, prevé las garantías necesarias para proteger los derechos y los intereses de la persona incapacitada, tanto durante el propio procedimiento como durante el ejercicio de la tutela.

Resulta absolutamente imprescindible recurrir a este procedimiento en todos los casos posibles de incapacidad.

- Cualquier servicio en garantía de su calidad, debe ofrecer a los usuarios la posibilidad de presentar reclamaciones o quejas acerca de su funcionamiento, a fin de que los usuarios puedan recurrir a él, para proteger y defender eficazmente sus derechos.



A

TENCION INDIVIDUALIZADA

La atención dada por la residencia, ha de ser integral y proporcional a las necesidades de cada uno de los residentes. Para ello, se debe establecer un plan de atención individualizada, que abarque desde el preingreso hasta el momento en que el residente abandona definitivamente la residencia.

Dentro de este plan individualizado se ha de poner especial énfasis en cuidar al máximo los detalles que rodean el ingreso (preingreso, día del ingreso y primeros días de adaptación) por tratarse de momentos generalmente traumáticos para el anciano y su familia.

En un plazo razonablemente breve, se hará una primera valoración más completa del nuevo residente por parte de un equipo designado a tal efecto. En esa valoración se analiza su situación global (autonomía, salud, relaciones sociales y familiares...) con objeto de establecer el tipo e intensidad de ayuda que precisa. Asimismo se fijan objetivos a conseguir en cualquiera de las facetas que se consideren mejorables, indicando las acciones que se deben realizar para conseguirlo y estableciendo fechas de revisión. Como instrumento técnico para llevar a cabo la evaluación y planificación individual se recomienda el Geronte.

A cada residente se asignará un "referente" entre el personal de atención directa. Este referente es la persona encargada de recoger, sistematizar y tener actualizada la información relativa a sus residentes (normalmente cada referente lo será para varios residentes) además de canalizar sus demandas. El referente, dentro del equipo, es una de las personas más cualificadas para realizar las valoraciones y proponer

modificaciones en el tipo e intensidad de ayuda que se debe dar a los residentes de los que es referente, así como para proponer objetivos.

El equipo de valoración se reunirá semanalmente con el fin de compartir la información acerca de los usuarios y tomar las decisiones pertinentes. Las novedades de importancia en cuanto a la atención de un residente se comunicarán a todos los trabajadores que se relacionen con él.

La calidad en cada uno de los procesos de atención debe presidir el trabajo diario. Es importante que los residentes y sus familiares sepan y vivencien que la residencia no es un hotel ni un hospital y que en ella se prestan los servicios que en cada caso resulten adecuados a cada residente. Debe evitarse una atención excesiva o paternalista, fomentando prioritariamente el mantenimiento y potenciación de la autonomía de cada residente, su autoayuda y apoyo mutuo.

La convivencia de un elevado número de personas limita en parte los derechos individuales para que aquella sea posible. El reglamento de régimen interior tiene como objetivo básico la regulación de esa vida colectiva y, por tanto, es absolutamente necesario. Sin embargo, conviene que contemple sólo aspectos imprescindibles y que sea lo más flexible posible en su aplicación. En este sentido, las excepciones a las reglas o situaciones

generales deberán ser consideradas como indicadores de calidad de atención individualizada, siempre que no constituyan favoritismos injustificados.

Otro momento de especial significación y que debe ser tratado con sumo cuidado es el acompañamiento en los procesos de morir y de la muerte de los residentes.



FORMA DE VIDA, ACTIVIDADES Y PRACTICAS DIARIAS

Parece evidente que las residencias de ancianos, como otras instituciones colectivas, deben estar sujetas a ciertas normas, como los horarios, que garanticen el respeto mutuo entre los residentes, entre éstos y el personal, y permitan organizar la práctica asistencial necesaria. Como se ha mencionado en el capítulo introductorio, las instituciones cerradas conllevan el peligro de inducir en los usuarios, una cierta apatía y desentendimiento, y de acentuar la dependencia.

En este sentido, la organización de las rutinas, su grado de flexibilidad o rigidez, el estímulo de la autonomía, el nivel de proteccionismo o las actitudes del personal ante los usuarios van a influir extraordinariamente en la calidad de vida de los residentes.

Las actividades de la vida diaria ofrecen la oportunidad de aplicar los derechos de los usuarios y los principios básicos de la atención residencial, dignidad, privacidad, autonomía, oportunidad de elegir y de llevar una vida lo más satisfactoria posible.

En este capítulo se sugieren algunas pautas de actuación para el desarrollo de las rutinas.

5.1. CUIDADOS PERSONALES

El personal debe estimular y potenciar al máximo la capacidad de los residentes para realizar sus actividades de la vida diaria: levantarse y acostarse, asearse, bañarse, vestirse, comer e ir al servicio, tratando de desarrollar la confianza en sí mismos. Cuando una persona necesita ayuda se le proporcionará de una forma discreta.

5.1.1. HORA DE LEVANTARSE

Los residentes deben tener la posibilidad de levantarse de la cama cuando lo deseen; se deben evitar los "toques de diana" u horarios fijos para despertar a todos los usuarios.

Es posible que algunas personas no se encuentren bien y prefieran quedarse en la

cama sin acudir al desayuno o hacerlo en pijama y bata, se deben respetar estos deseos.

El personal, a primera hora de la mañana, visitará a los residentes enfermos para comprobar su estado y ver si necesitan algo, ayudará a las personas que lo necesitan en su aseo personal cotidiano: lavarse, peinarse, afeitarse, mantener su higiene dental, estado de las uñas, etc. y les acompañará al servicio. Antes de entrar en la habitación deberá llamar siempre a la puerta y esperar a ser invitado a entrar.

5.1.2. BAÑO

Actitudes ante el baño

El baño es una actividad con frecuencia rechazada por los residentes o asumida

como una obligación impuesta. Diversos factores influyen en esta actitud: el pudor de exponerse ante otra persona, una tendencia a la hipotermia, la falta de hábito bien por razones culturales o por escasez de medios, etc.

Sin embargo es necesario mantener la higiene personal sobre todo cuando se vive en colectividad, por una parte para prevenir infecciones y por otra porque aumenta la autoestima y la aceptación social, es más agradable para todos mantenerse limpio y aseado.

El papel del personal en este aspecto es el de tratar de hacer del baño un momento agradable y estimulante para los usuarios, respetando sus deseos, su intimidad, su dignidad y aprovechando la oportunidad para charlar con ellos y escucharles.

En primer lugar sería conveniente que los residentes pudieran elegir el momento del baño, tanto los que lo pueden hacer solos como los que necesitan ayuda o supervisión. En este caso, si el personal no está disponible en cualquier momento, se podrían ofrecer diferentes horarios, días de la semana para que cada usuario elija el que más le conviene.

Cuando un residente necesita ayuda exclusivamente para entrar y salir de la bañera, el personal deberá retirarse durante el baño.

Si un residente necesita ayuda práctica, deberá realizarse con discreción manteniendo siempre su dignidad e intimidad. Se tomarán las medidas necesarias para que el baño sea en privado; si se realiza en la cama en habitaciones compartidas o en salas de baño comunes, se instalarán cortinas o biombo alrededor. Si hay que trasladar al residente de su habitación a otra sala, se le ayudará a vestirse y desvestirse en el propio cuarto de baño, nunca se realizará el traslado con el residente desnudo.

Es recomendable que cada residente que necesita ayuda para bañarse, sea asistido siempre por la misma persona. A veces es necesario pedir ayuda a otra para trasladar al usuario a la bañera; en estos casos la ayuda de la segunda persona se limitará al traslado y se cubrirá al residente con una toalla.

El momento del baño ofrece asimismo la oportunidad de examinar la piel del residente; si se descubren manchas, llagas, o cualquier otra irregularidad se

deberá informar al A.T.S., al supervisor o al médico.

Tipos de baño

El baño se puede realizar de varias formas según el estado o las preferencias de cada persona:

- ducha o baño en bañera
- baño en la cama
- baño parcial
- baño en camilla
- baño de asiento

(ver anexo 1)

Durante el baño es importante hablar amablemente con el usuario. Aunque padezca confusión mental, se puede comentar qué día es, qué planes hay para el día y otros asuntos de interés del residente o del trabajador.

Normas de seguridad

Cualquiera que sea el tipo de baño se deben mantener unas normas de seguridad:

- 1 La temperatura del agua se debe medir con un termómetro de agua, se recomienda que esté entre los límites de 30 y 40º.
- 2 Se debe comprobar que la temperatura de la habitación donde el residente recibe el baño sea como mínimo de 20º.
- 3 El lugar donde se realiza el baño (cama, bañera, ducha o baño geriátrico) debe estar rodeado de una cortina o similar para proteger al residente de posibles corrientes de aire y mantener su intimidad.
- 4 Tanto el suelo de la bañera o ducha como la superficie que las rodea debe estar cubierto de material antideslizante para evitar caídas.

5.1.3. ASEO PERSONAL

Algunos residentes pueden tener dificultades para ocuparse de su aseo personal: peinarse, afeitarse, cuidarse las uñas, atender a su higiene oral, etc. A la hora de realizar estas actividades de la vida diaria, cada persona tiene su estilo propio que deberá ser, en la medida de lo posible, respetado. Algunos necesitan más que otros prepararse, arreglarse para sentirse cómodos, pero todos, incluso los que padecen confusión mental deben estar presentables.

En el anexo 2 se ofrecen algunas recomendaciones para una buena organización de las rutinas relacionadas con el aseo personal:

- Cuidado del cabello
- Afeitado
- Cuidado de los pies
- Higiene bucal
- Cuidado de la piel

5.1.4. UTILIZACIÓN DEL SERVICIO

Durante el día, los usuarios que requieran ayuda para ir al servicio deben ser asistidos siempre que lo necesiten. En ningún caso se utilizarán sillas con orinal o métodos semejantes para facilitar el trabajo del personal. Las puertas de los servicios deben estar claramente señaladas.

Las personas con problemas de movilidad pueden encontrar dificultades para ir al servicio por la noche incluso si está en la misma habitación; en estos casos se puede proponer el uso de bacinillas. Nunca se compartirá una misma bacinilla entre varios residentes y es preferible que el usuario que utiliza bacinilla esté en una habitación individual.

No se deben abrir las puertas de los baños o aseos cuando un usuario está en su interior, solo o acompañado por un miembro del personal. En este caso, si no hay espacio suficiente para las dos personas, se dejará la puerta abierta pero, si es posible, se cerrará la puerta del pasillo o del recinto en que se encuentra el servicio.

Por otra parte, como se verá en el capítulo correspondiente, deberá existir un plan especial para las personas que sufren incontinencia.

5.1.5. VESTIRSE

No es conveniente que los residentes pasen todo el día en pijama o bata, incluso si no salen de la residencia. El hecho de vestirse de calle durante el día favorece la orientación en el tiempo y es recomendable para prevenir la confusión mental, relativamente frecuente en las personas ancianas y que puede acelerarse en instituciones cerradas.

Siempre que sea posible, el personal deberá estimular a los residentes para que se interesen por su aspecto físico, limpieza y adecuación de sus ropas, etc. El cuidado del aspecto personal puede ocupar un tiempo considerable a los residentes, pero no se le debe dar prisa ni hacerlo por ellos, aunque resulte más rápido y cómodo. Se debe tener siempre presente que cuanto mayor sea la autonomía de los residentes, mayor será probablemente su autoestima.

Las personas con discapacidad deberán poder elegir también lo que quieren ponerse y se les animará a vestirse solos o a participar, en la medida de sus posibilidades (Para una ampliación de este tema, ver anexo 3).

Si los residentes sufren confusión u otra enfermedad mental, el personal les debe sugerir lo que se pueden poner y de qué manera se lo han de poner, tratando de preservar siempre su autonomía. Algunos residentes serán completamente dependientes, en estos casos, a modo recordatorio, el personal podría ir relatando lo que hace y estimular la participación del usuario para atarse los botones, cremalleras, etc.

Regularmente, el personal deberá revisar los guardarropas y, si lo considera necesario, sugerir a los usuarios que compren alguna prenda de vestir.

Algunas personas tienen tendencia a ensuciarse, bien por su discapacidad o por descuido; el personal deberá tenerlo en cuenta y advertírselo en caso de necesidad.

Es conveniente animar a los residentes a lavar y planchar sus prendas personales, siempre que tengan capacidad para hacerlo.

A la hora de vestirse, y en caso de necesidad, se deberán utilizar elementos y ayudas técnicas que faciliten la operación: velcro para pegar dos extremos, medias o calcetines en lugar de pantys, zapatos de fácil atadura, calzadores largos, pinzas u otros instrumentos largos para alcanzar objetos, evitar los vestidos y faldas estrechos, etc.

5.1.6. LIMPIEZA Y ORDEN DE LA HABITACIÓN

Es conveniente que los residentes no discapacitados se ocupen de sus habitaciones, como medida para conservar su autonomía y privacidad, así como para mantener cierto nivel de actividad. En cada residencia se deberá decidir si esta rutina se adopta como norma o como opción voluntaria.

Cuando es el personal quien se ocupa de limpiar las habitaciones, se deberá permitir la presencia de los usuarios y su participación en la tarea si así lo desean. Se les animará a ordenar sus efectos personales. Se hará lo posible para flexibilizar los horarios de limpieza, adaptándolos a los posibles hábitos de los residentes.

Al hacer la limpieza el personal deberá asegurarse de que no existen desperfectos en la habitación que pongan en peligro la seguridad y el confort de los residentes. Asimismo, se vigilará la existencia de medicamentos no prescritos.

Siempre que el personal considere necesario mirar en el interior de los armarios o cajones de los residentes deberá pedirles permiso y hacerlo en su presencia.

5.1.7. HORA DE ACOSTARSE

Los residentes tienen derecho a elegir la hora de acostarse, no es recomendable establecer un horario general fijo en función de las rutinas del personal. Sin embargo, dado que algunas personas necesitan ayuda y que los trabajadores tienen que organizar su tiempo para atender a las necesidades generales, se deberán establecer horarios individuales según los deseos de los residentes, que en principio deberán ser estables, y susceptibles de cambio tras previo aviso. Si es posible, la asistencia será individualizada, evitando la intervención de varias personas a la vez.

Los trabajadores ayudarán a las personas que lo necesiten a ir al servicio y realizar su higiene personal antes de acostarse. Deberán preparar un vaso de agua u otra bebida en la mesilla, si el residente tiene la costumbre de tomar algo durante la noche. Por otra parte, deberán asegurarse de que las bacinillas están limpias, de que hay papel higiénico en el servicio y de que tanto el interruptor de la luz como el timbre quedan al alcance de los residentes desde la cama.

Si los usuarios comparten habitación se debe negociar a qué hora se apagará la luz y si la puerta permanecerá cerrada o abierta por la noche. De todas formas la habitación debe estar bien ventilada.

El personal de noche asistirá a los residentes que todavía no se han acostado y que necesitan ayuda. Por otra parte, deberán conocer las pautas de actuación en caso de emergencia. A este respecto resultan indispensables los protocolos de actuación escritos.

Durante la noche el personal deberá estar dispuesto para charlar un rato (si se le requiere), ofrecer un vaso de leche, una galleta o algo semejante, acompañar al servicio o colocar la bacinilla a los residentes.

Es recomendable realizar una ronda nocturna por las habitaciones para asegurarse de que todos están bien. Los residentes que no quieran ser molestados deberán comunicarlo y el personal deberá respetar su deseo.

El personal visitará a todos los residentes enfermos, después de leer su parte diario, se asegurará de que disponen de lo que precisan y anotará los cambios observados.

Durante el día, en principio, los residentes que deseen acostarse podrán hacerlo; si necesitan ayuda, podrán solicitarla por parte del personal. Por su parte, el personal deberá valorar si es conveniente estimular a los residentes para que no permanezcan demasiado tiempo acostados o es preferible no intervenir.



5.2. COMIDAS

El comer constituye una fuente de placer para la mayoría de las personas. Además de satisfacer el hambre, la comida ofrece la oportunidad de disfrutar de diferentes sabores, ingredientes y formas de preparación; normalmente se realiza en grupo y estimula la conversación.

En las residencias de ancianos el momento de la comida adquiere gran importancia. La vida de muchos residentes gira en torno a ese momento que constituye el principal y en algunos casos incluso único punto de interés. No hay más que observar para apercibirse de ello, cómo la mayoría de las conversaciones giran en torno a los menús y que expectación se percibe en torno al comedor, mucho antes incluso de la hora de la comida. Por otra parte, el de la alimentación suele ser el principal motivo de queja en la mayoría de las instituciones residenciales, por ser también el principal motivo de interés.

La comida constituye pues un aspecto clave en la calidad de vida de los residentes y debe ser tratado con especial atención.

Se debe evitar la monotonía en la planificación de los menús, por ejemplo aquellos que a cada día de la semana le hacen corresponder un menú fijo. No hay

que olvidar por otra parte, lo agradecidos que resultan los menús especiales en fechas señaladas y los detalles diferenciadores de domingos y festivos.

5.2.1. PRESENTACIÓN

Es importante prestar atención a la presentación de la comida. Un plato que ofrece colorido resulta más atractivo especialmente para las personas confusas y con problemas de visión.

5.2.2. HORARIO

El horario debe ser lo más flexible posible, especialmente el del desayuno ya que determina la hora de levantarse de la cama. Se puede establecer por ejemplo un margen de tiempo de dos horas, durante el cual se dejarán preparados algunos alimentos fríos como leche, cereales, zumos, pan, mermelada, etc., un tostador para uso de los residentes y el material necesario para preparar un café o té, o bien se establecerá una hora para servir las bebidas calientes en las mesas. De esta forma no es necesario que el personal esté todo el tiempo pendiente de los residentes que van llegando a desayunar.

El horario de cenas suele venir determinado por la hora de salida del



personal de tarde, que debe recoger el comedor antes de salir. Para algunas personas resulta temprano, especialmente en verano; se debería encontrar alguna solución mediante el equipamiento necesario -hornos, micro-ondas, bandejas para mantener comidas calientes, etc.- con el fin de ofrecer a los usuarios la opción de elegir el momento de su cena.

Unas personas comen muy rápido y otras son muy lentas. Se debe respetar el ritmo de cada cual, permitir abandonar el comedor a quienes terminan antes, evitando meter prisa a los más lentos.

5.2.3. MENÚS

Como norma debe existir la posibilidad de elegir cuando menos una mínima alternativa al menú principal: alguna ensalada sencilla, fiambres, queso, tortillas, etc.. Es a su vez conveniente tratar la posibilidad de elegir entre dos menús completos.

Se debe estimular a los residentes para que participen en la planificación de menús, aporten ideas o recetas propias y ayuden en la cocina o preparen la comida en determinadas ocasiones. Algunas tareas simples, como picar las verduras o poner la mesa, pueden resultar útiles para aumentar la autoestima de las personas que tienen confusión u otra enfermedad mental y para ser mejor aceptados por parte de sus compañeros.

Por otra parte, los residentes deben disponer de un lugar para guardar sus propios alimentos si lo desean y poder preparar platos sencillos fríos o calientes, por ejemplo café y otras infusiones, cuando lo deseen.

Se debe permitir el consumo de bebidas alcohólicas en las comidas, aunque el personal debe tener conocimiento de que pueden potenciar el efecto de ciertos medicamentos de uso extendido entre las personas ancianas. Es recomendable que exista un bar para uso de los residentes.

5.2.4. AYUDAS TÉCNICAS

Se debe valorar la necesidad de ayudas técnicas destinadas a favorecer la autonomía de los residentes en las comidas: vasos con una o dos asas grandes, platos hondos, instrumentos para acoplar a los cubiertos, etc.

5.2.5. COMEDOR

Por diferentes razones, algunas personas tienen una forma de comer que resulta desagradable para sus compañeros de mesa y que puede violentar a quienes son conscientes del problema. Es deseable organizar las comidas de forma que el personal pueda asistir a estos usuarios que necesitan ayuda discretamente, a una hora diferente o en mesas separadas aunque no diferenciadas desde el punto de vista decorativo. A falta de espacio cabe adoptar la solución de servir la comida en la habitación.

Es preciso establecer algún tipo de pauta para el acomodamiento en el comedor y sobre todo para resolver situaciones de conflicto y facilitar los cambios de colocación que deseen los residentes.

Se recomienda la disposición de mesas de diferente tamaño para un mejor ajuste a las necesidades de los residentes y obviamente una atractiva decoración de las mesas y de la sala.

5.2.6. DIETA

El cuidado del equilibrio dietético no debe eliminar el gusto por la comida. Salvo los casos expresos de prescripción médica, debe hacerse lo posible por introducir los cambios de dieta gradualmente, informando siempre a los residentes de las razones del cambio, individualmente o a través de conferencias o cursos de nutrición.

Una dieta razonable para una persona anciana no se diferencia apenas de la dieta habitual de un adulto, únicamente debe contener menos calorías por la disminución de actividad y los cambios metabólicos. Algunas personas mayores tienen menos apetito y precisan comer menos ración, pero más frecuentemente, distribuyéndolas en desayuno, almuerzo, comida, merienda, y cena.

Las frutas y verduras son alimentos recomendados como fuentes de vitaminas y sales minerales. La luz solar estimula la producción de vitamina D, por tanto se debe animar a los residentes a salir al exterior diariamente en todas las estaciones del año, aunque sea por breves espacios de tiempo.

Se deben tratar de reducir de la dieta las grasas saturadas utilizando aceites vegetales, leche desnatada o semidesnatada, pescado o pollo mejor que

carnes rojas y evitando los productos embutidos que contienen gran cantidad de grasa. Es preferible asar los alimentos que freírlos, y a la hora de cocerlos, se debe retirar la grasa que queda en la superficie.

Por otra parte, la dieta debe ser rica en fibras y residuos para evitar la constipación intestinal, frecuente en las personas mayores. En este sentido, son recomendables los cereales, el pan, arroz y pastas integrales, las legumbres y patatas con piel, dado que son alimentos que contienen gran cantidad de fibra.

Es recomendable que las personas mayores tomen gran cantidad de líquidos, especialmente si la dieta es rica en fibras. Se debe estimular por tanto la ingestión de líquidos ofreciendo zumos, refrescos, agua, etc. durante el día.

Algunos residentes, por prescripción facultativa deben tomar **dietas especiales** como por ejemplo:

- **dieta sin sal, para evitar la retención de líquidos y controlar la hipertensión**
- **dieta sin azúcar, para controlar la diabetes,**
- **dieta pobre en grasas, para controlar el colesterol y ciertos problemas cardíacos,**
- **dieta baja en calorías, para controlar o prevenir la obesidad,**
- **dieta alta en proteínas, utilizada para personas que han sido sometidas a cirugía,**
- **dieta blanda o triturada, adecuada para personas que tienen problemas de masticación,**
- **dietas suaves sin especias, evitando frituras, para personas que padecen problemas digestivos.**

5.3. USO DE LAS HABITACIONES

Se debe considerar la habitación como un lugar íntimo, propiedad de las personas que la ocupan. Los responsables de la residencia deben transmitir a los residentes la idea de que son dueños de su espacio personal.

En consecuencia, podrán disponer los muebles y decorar la habitación a su gusto, y colocar sus enseres personales dentro de las posibilidades que ofrezca naturalmente el espacio limitado. El personal deberá estimular a los residentes para personalizar de alguna manera sus habitaciones. Es recomendable crear un ambiente más amplio que el de simple dormitorio, habilitando un área para estar, con una mesa y una butaca como mínimo.

Los residentes deberán poder utilizar sus habitaciones en cualquier momento del día y también para recibir visitas. Se debe respetar el derecho de los usuarios a mantener relaciones sexuales, por tanto, se deberá garantizar escrupulosamente la privacidad de sus visitas. Podrán cerrar la puerta con llave cuando lo deseen y, en cualquier caso, siempre que el personal se dirige a las habitaciones, deberá tocar la puerta y esperar a ser invitado a entrar.

Por la noche, el personal deberá necesariamente entrar en algunas habitaciones para cambiar el material de incontinencia, ayudar a los residentes a ir al servicio o a utilizar la bacinilla, para realizar cambios posturales o cualquier otra tarea. En estos casos, se explicará claramente a los usuarios que las visitas nocturnas son necesarias. En los demás, se tendrán en cuenta los deseos de los residentes y en consecuencia habrá de preguntarse si se desea ser incluido en las rondas de control nocturno.

Cada residencia deberá determinar las normas en cuanto al consumo de tabaco y alcohol en el establecimiento. En principio, se hará lo posible por respetar los hábitos de los residentes, siempre que no perjudiquen a sus compañeros.

Frecuentemente, los residentes desean guardar alimentos propios en algún lugar, bien porque los aportan sus visitas o porque los adquieren ellos mismos y seguramente más por capricho que por necesidad. Se deben respetar estas actitudes -como ya se ha señalado anteriormente, el interés de algunas personas se centra exclusivamente en la comida- dentro de unos límites razonables, facilitando un espacio, en la habitación o, si no es posible, en otro lugar, para mantener los alimentos y preparar un plato

sencillo o un café. Será asimismo conveniente permitir la instalación de pequeños electrodomésticos como un frigorífico pequeño, una cafetera o un microondas.

Por otra parte, cada centro deberá dictar normas con respecto a la tenencia de animales domésticos en el interior. Sería recomendable permitir el mantenimiento de pequeños animales como pájaros o peces en las habitaciones, bajo la responsabilidad de los residentes que las ocupan.

Todas estas normas o recomendaciones relacionadas con el uso de las habitaciones, frecuentemente entran en conflicto cuando están ocupadas por más de una persona. Compartir la habitación es una cuestión que se debe tratar con especial atención y determinar las pautas de actuación, los

...

...
procedimientos de negociación entre los ocupantes y las vías de resolución de conflictos. De todas formas, se deberán realizar esfuerzos para que los residentes puedan elegir sus compañeros de habitación y en general, las personas con las que desean relacionarse.

Las actividades de la vida diaria, ofrecen la oportunidad de aplicar los derechos de los usuarios y los principios básicos de la atención residencial.

La organización de las rutinas, el grado de flexibilidad o de rigidez en las mismas, el estímulo de la autonomía, el nivel de proteccionismo existente o las actitudes del personal ante los residentes en el campo de las prácticas diarias, influyen extraordinariamente en la calidad de vida que ofrece la residencia.



C O M U N I C A C I O N / I N T E R A C C I O N S O C I A L

A nadie se le escapa la importancia que tiene establecer un buen nivel de comunicación con las personas que nos rodean. Sin embargo, no siempre resulta fácil. Las empresas invierten cada vez más tiempo y dinero en el estudio de la comunicación, porque en ella reside muchas veces la llave del éxito o del fracaso. Un equipo de personas, por muy cualificadas que estén técnicamente, no pueden desarrollar un buen trabajo y alcanzar sus objetivos si se comunican mal. La insatisfacción, el mal ambiente que se capta en algunos centros de trabajo, suele ser también fruto de la incomunicación, con más frecuencia de lo que pensamos.

Básicamente, comunicarse significa ser capaces de intercambiar mensajes. Como se ha indicado anteriormente, hacerlo, no siempre resulta fácil a cualquier edad, y en el caso de las personas ancianas presenta dificultades añadidas.

6.1. CÓMO COMUNICARSE

Cuando alguien nos habla, recibimos más de las dos terceras partes de la información a través del tono de voz y de la expresión corporal. En consecuencia, dado que algunas personas ancianas no ven o no oyen muy bien o ambas cosas, pueden perder mucha información si no somos conscientes de sus dificultades.

Comunicarse es más que hablar, más que, decir algo a alguien. Es importante también saber cuándo decir las cosas y cómo decirlas. A veces puede ser importante saber guardar silencio.

Para **comunicarse bien** es preciso entre otras cosas:

- **Conocerse uno mismo.**
- **Tener cuidado de cómo se habla.**
- **Saber escuchar.**
- **Expresarse corporalmente.**
- **Prestar atención a las señales ocultas.**

Conocerse uno mismo

A veces cuidar de las personas ancianas cansa, irrita, aburre. Esos sentimientos hay que aceptarlos dentro de unos límites razonables, son gajes del oficio. Pero es posible también, que determinados hechos y situaciones nos estén afectando más de la cuenta. Es preciso plantearse esa cuestión, conocerse uno mismo, y tratar de conocer a los usuarios.

- En primer lugar hay que tratar de no desorbitar las cosas. Es lógico que cuando la vida de uno gira en torno a cosas muy simples como saber qué habrá para cenar o la eventualidad de una visita, se les acabe dando una importancia excesiva. No conviene minimizar los problemas que subjetivamente son importantes para otra persona aunque objetivamente no lo sean tanto. Pero hay que tratar de abordarlos con cierto sentido del humor. El sentido del humor nos preserva del estrés que tienden a provocar las personas ansiosas y además alegra el ambiente.
- No hay que ocultar los sentimientos. Es normal sentirse abatido o triste cuando

las personas que están a nuestro cuidado se deterioran o mueren. Muchos residentes agradecerán que les muestres tus sentimientos. Incluso les ayudará saber que pueden consolar a alguien.

- Cuando has hecho lo que has podido no te tortures pensando que podías haberlo hecho mejor. Estímate a ti mismo, es la condición indispensable para que los demás te estimen también y te respeten.
- Hay que saber desconectar. No es bueno estar dándole vueltas en la cabeza sin parar a los mismos asuntos. Acaba uno por obsesionarse. Por el contrario, conviene gratificarse de vez en cuando, ofreciéndose un detalle aunque no sea más que un tranquilo baño con muchas sales.

■ Cómo hablar a los residentes

No vamos a insistir en la importancia que tiene saber hablar adecuadamente a los residentes. Desgraciadamente, sin embargo, son muy frecuentes los *errores e incorrecciones* que se cometen en el trato con las personas mayores. He aquí algunos de los más frecuentes:

- *Hablar demasiado rápido.* "Buenos días vamos a vestiros rapidito que ha dicho la doctora que hay que llevarle a rayos y sacarle unas placas para ver cómo están esos bronquios". Las personas ancianas pueden entender perfectamente un mensaje, pero necesitan más tiempo para oírlo, procesarlo y darle respuesta. Por ello, pueden requerir que se les planteen las cuestiones de una en una y de forma clara. Muchas veces son duros de oído, por lo que hay que hablarles de frente, vocalizando bien las palabras. Pero ¡jojo!, eso no quiere decir que se les deba hablar alto. Chillando no conseguimos sino molestarles sobre todo si usan amplificador, y tampoco hay que vocalizar exageradamente, porque en ese caso no podrán identificar las palabras.
- *Usar un nivel de lenguaje inadecuado.* A veces los profesionales utilizan inconscientemente términos técnicos que los usuarios no entienden. Hay que procurar utilizar palabras corrientes en un lenguaje sencillo. Pero cuidado, tampoco hay que pasarse y utilizar un lenguaje simplón. Son numerosos los residentes que se quejan de ser tratados como si fueran niños. Los cuidadores recurren a ese lenguaje con buena intención, procurando ser cariñosos, pero no es raro que los efectos sean negativos. En este sentido, hay que tener cuidado con el uso indiscriminado de diminutivos y de

los apelativos cariñosos que últimamente se prodigan en el lenguaje corriente. Mucho depende de quién y cómo los usa naturalmente pero es importante, en cualquier caso, tener en cuenta también los gustos y la cultura de nuestro interlocutor para no ofenderle o importunarle.

- Lo mismo cabe decir del *tuteo indiscriminado*. Es una costumbre que está arraigando en nuestra sociedad, la de tratarse en segunda persona, pero algunos ancianos no están acostumbrados y les parece una desconsideración, una falta de respeto. Es cuestión de saber elegir la fórmula adecuada en cada caso y no imponer sin más, la que nos parece pertinente.

Puede y debe preguntarse al residente de qué manera le gustaría ser tratado, pero en principio, y en tanto no se establece un mínimo nivel de relación, lo correcto es hablarle de Vd.

- *Ser poco específicos* suele ser también un problema. Hemos dicho que hay que evitar las explicaciones excesivamente técnicas, pero la solución no está en eludir preguntas o ser vagos en las respuestas. Si un residente pregunta por qué tiene que ajustarse a una dieta especial, no hay que responderle cosas como porque está malito o porque le conviene. El residente pide información y hay que dársela de la forma más completa posible. Para ello, en determinados casos, habrá que pensar muy bien cual ha de ser la respuesta, elaborarla cuidadosamente y formularla de manera clara con las expresiones adecuadas.
- Hay momentos en los que el residente necesita saber cual es su situación, y ante preguntas veladas o explícitas, evadimos la respuesta recurriendo a fórmulas tranquilizadoras. Sin embargo, el piadoso "todo va bien", "tranquilo que todo se arreglará", puede no ser muy útil sobre todo cuando nuestro interlocutor sabe o intuye que no es cierto.
- También hay que evitar las respuestas evasivas, cuando algún residente nos interpela mientras estamos ocupados en la realización de una tarea. Es mejor interrumpir por un momento lo que estamos haciendo y decirle con amabilidad, pero también claramente, que en ese momento no podemos atenderle, que dirigirle una distraída evasiva o que quitárnoslo de encima de cualquier manera. Puede incluso costarnos más tiempo.
- Cuidado con el tono de voz. Una misma cosa dicha con diferentes tonos de voz

puede significar cosas muy distintas. Debe procurarse utilizar un tono de voz tranquilo, afectuoso y sonreír siempre que se pueda. Una sonrisa puede ser más eficaz, en determinadas ocasiones, para tranquilizar y aliviar tensiones, que miles de palabras. Hay que sonreír mucho, que aparte de todo es bueno para conservar un rostro de apariencia joven.

■ **El lenguaje corporal** es muy importante y merece que le dediquemos cierta atención. En primer lugar, debemos tener en cuenta que muchas personas consideran el espacio inmediato que les rodea, frecuentemente el largo de un brazo, como propio y no desean ser invadidos en el mismo. No soportan por ejemplo que les toquen cuando se les habla. Otras, sin embargo, aprecian el contacto personal y gustan que se les tome de la mano cuando hablamos con ellas. Algunas, con deficiencias auditivas profundas o con una confusión mental grave, pueden necesitar ese contacto para captar nuestra presencia y nuestra intención de comunicar.

• Hemos dicho que el lenguaje del cuerpo es importante, pero ojo, porque podemos con nuestros gestos dar a entender cosas que no queremos, o que no debemos. Atención con el tamborileo de los dedos sobre la mesa cuando nos tratan de explicar algo. Estamos diciendo que nos aburren, que estamos impacientes. Algo de eso comunicamos

también cuando jugamos con el anillo o a enredarnos la cadena en el dedo. O cuando cruzamos y descruzamos las piernas continuamente: nos sentimos incómodos nerviosos o aburridos y nuestro interlocutor puede percibirlo.

• Hay pues gestos que deben evitarse pero otros pueden subrayar nuestro interés. Cuando afirmamos con la cabeza, cuando nos inclinamos hacia la persona que nos habla... A veces conviene adoptar una postura parecida a la de nuestro interlocutor con el fin de situarnos en un plano de igualdad. Sentirse cómodos y relajados es vital para establecer un buen nivel de comunicación.

■ Debemos prestar atención a las **señales ocultas**. En el tiempo y en el medio social y cultural en el que crecieron y se educaron muchos residentes, comunicar los sentimientos era algo que podía no estar muy bien visto. Por ello a veces utilizan vías de aproximación indirectas. No cabe duda que en ocasiones, cuando un residente nos pregunta por ejemplo, qué es lo que hay para cenar, puede ser, que lo que en realidad nos esté diciendo sea algo como me siento un poco aburrido y me gustaría charlar unos minutos con Vd. Debemos interesarnos continuamente, por saber, si los residentes que están a nuestro alrededor, tratan de dirigirnos algún mensaje gestual cuando están en sus sillas sesteando aparentemente.



■ Es importante **saber escuchar**. Muchos residentes lo único que demandan es ser escuchados, y la forma en que lo conseguimos hacer implica que puedan sentirse cómodos, estimados, y que confíen en su interlocutor.

Damos prueba de nuestro interés y atención cuando hacemos preguntas específicas sobre lo que nos están hablando. Cuando utilizamos un adecuado lenguaje corporal, por ejemplo, inclinándonos hacia nuestro interlocutor. Cuando de vez en cuando repetimos lo que se nos ha dicho, confirmando que lo hemos entendido.

- En los casos en que tenemos que mediar para que el residente pueda comunicarse con otras personas, ya sea el médico, o una visita, conviene no excederse en las funciones interpretativas. Hay pocas cosas más desagradables que tener que soportar que hablen por uno, o que hablen de nosotros, o de cosas que nos conciernen, como si no estuviésemos delante, o como si no nos enterásemos. Es lo que ocurre cuando el médico, el rehabilitador, o el terapeuta, se dirigen al auxiliar ignorando la presencia del residente para interesarse por sus problemas.
- Hay que tratar de hablar lo más directamente posible con el usuario y procurar no responder por él, de no ser absolutamente necesario.

Resumiendo lo dicho en relación a la forma de **hablar** y **escuchar** a los residentes:

Al hablar:

Mirar de frente y vocalizar sin exageraciones

Hablar claro

Hablar despacio

Lo suficientemente alto para ser oídos, pero sin gritar

Usar frases sencillas y breves

Esperar a que el interlocutor responda a cada uno de los puntos que le formulamos para pasar al siguiente

Asegurarse de que el rostro, el tono de voz, la expresión corporal, no nos traicionan, es decir, que los gestos subrayan lo que queremos decir.

Al escuchar:

Mostrar un sincero interés por lo que se nos dice

Sentarse cerca del interlocutor

Llevarle por su nombre

Prestar atención a lo que dice

No interrumpir

Mirar a los ojos de quien nos habla



A NIMACION SOCIO-CULTURAL DE LOS RESIDENTES

7.1. NECESIDAD DE ACTIVIDAD FÍSICA Y MENTAL

¿Se debe estimular a los residentes para que permanezcan activos? ¿Debe intervenir o no en la ocupación de su tiempo?

Por una parte es lógico pensar que los residentes son personas adultas responsables, que tienen derecho a organizar su tiempo como lo desean y no son niños en una escuela. Desde esta perspectiva aceptaríamos la no intervención.

Pero desde otro punto de vista, los residentes tienen derecho a vivir en un ambiente estimulante, que les permita expresarse, manifestar sus ideas, aprender, reflexionar, crear, preocuparse por la vida que les rodea. La comunicación contribuye a enriquecer la mente, a desarrollar la capacidad intelectual y ésto es mucho más difícil hacerlo en soledad, en el vacío.

Por supuesto, puede haber personas que lo que desean es pasarse el día dormitando ante el televisor sin hacer nada y habrá quien defienda con extremada lucidez el derecho a desentenderse de la vida. Es preciso reconocer también que muchos programas de actividades y la ideología que los sustenta, admiten crueles caricaturas. No se trata de enrolar a los residentes en los programas a cualquier precio, y difícilmente puede ser bueno un esquema de trabajo que no respete la libertad y la dignidad de los usuarios. En efecto, hay tareas y actividades, que por razones sociales y culturales, algunos ancianos explícita o implícitamente rechazan. Un viejo agricultor puede sentirse ridículo hilando las cuentas de un collar o haciendo alfombra, y siendo así no

debe proponérsele ese tipo de actividad. Ahora bien, tampoco debe justificarse la ausencia de propuestas alternativas, constatando, que en determinados medios culturales, es normal que los ancianos se limiten a ver pasar el tiempo o que fuera de la residencia, es decir, en la comunidad, es habitual que los ancianos permanezcan inactivos.

Por otra parte, y quizá los propios ancianos más que nadie, se tiende a considerar que a partir de ciertas edades es tarde para cambiar hábitos, iniciarse en actividades nuevas, participar en ámbitos a los que no se ha tenido acceso nunca.

No resulta difícil rebatir los anteriores argumentos. El hecho de que desgraciadamente sea normal la inactividad de los ancianos, no quita para que se desarrolle el máximo esfuerzo para que en lugar de resignarse a una situación culturalmente determinada, se ofrezcan alternativas de participación atractivas, habida cuenta que el mantenimiento de un nivel adecuado de actividad posee efectos beneficiosos a todos los niveles.

En cualquier caso, lo que no vale es decir que ya es tarde. En muchos aspectos el declive del ser humano comienza en la edad adulta y en algunos, mucho antes incluso. Constituye un lento proceso en el que resulta peligroso establecer límites. Una amplia casuística demuestra que con la disponibilidad de tiempo que ofrece la vejez, es posible descubrir y desarrollar capacidades que habían estado ignoradas.

Con frecuencia no resulta sencillo elegir entre lo que los residentes afirman desear y lo que los profesionales piensan que es

conveniente para ellos. La actitud correcta es la de animar, estimular, pero sin forzar, juzgando las particularidades de cada caso.

Otras veces, respetar los deseos de los residentes conlleva cierto riesgo, por ejemplo ¿se debe permitir a los residentes que padecen confusión salir solos a la calle? Es una cuestión a resolver en cada residencia. Como norma general, no es conveniente prohibir las salidas, pero cuando se trata de personas confusas, deben ser vigiladas y acompañadas en sus salidas.

En conclusión, el servicio residencial tiene la responsabilidad de tratar de mantener la actividad física y mental de sus usuarios, ofreciendo un espectro de actividades informales y programadas, en el interior y en el exterior de la residencia, con fines sociales y culturales.

Las actitudes del personal y la organización de la residencia pueden influir en gran medida, en la expresividad y creatividad de los residentes. Se pueden recordar a este respecto, las **tres reglas de oro** para promover la creatividad:

- **Aceptación incondicional del anciano**

El anciano debe percibir que se le respeta y valora por derecho propio, cualquiera que sea su condición o comportamiento social, independientemente de su situación personal, simpatía o antipatía, valía o minusvalía, autonomía o dependencia.

• • •

• • •

- **Creación de un clima libre de juicios externos**

Cuando dejamos de juzgar al otro individuo en función de nuestros propios criterios, fomentamos su creatividad, su integración en el ambiente residencial. El juicio externo, los reglamentos y las excesivas normas pueden llegar a ser una amenaza y crear la necesidad de defenderse.

- **Comprensión empática**

Si tratamos de entender la conducta del residente desde su propio punto de vista, y aceptarla, se sentirá más seguro y podrá expresarse más libremente.

A la hora de planificar las actividades, se debe considerar que el residente es el protagonista y contar siempre con sus deseos y preferencias. En este sentido, resulta útil conocer los hábitos, las aficiones y la forma de vida anterior de los usuarios.

Conviene asimismo cambiar cada cierto tiempo los programas de actividades y poner en marcha nuevas ideas.

7.2. ACTIVIDADES EN EL INTERIOR DE LA RESIDENCIA

La ocupación del tiempo de los residentes, no consiste únicamente en realizar un cúmulo de actividades para llenar el tiempo vacío. Es necesario ofertar algo más allá del mero entretenimiento, debido a la incomunicación, aislamiento, desubicación de la realidad y profundas vivencias de soledad, sufridas por muchos residentes.

Las teorías de la animación socio cultural ofrecen modelos, técnicas y procedimientos para promover la interacción social y adaptación de los usuarios al entorno. Estos procesos relacionales facilitan una mejor ubicación, consciente y creativa del usuario en el medio residencial.

En muchos casos, únicamente se precisan espacios, medios e iniciativas apropiadas para que pueda surgir la animación de forma autónoma, al margen de la intervención de los profesionales, o reduciendo la misma a un grado mínimo.

7.2.1 ACTIVIDADES AUTÓNOMAS Y ESTIMULADAS

a) Conversación

La primera actividad social informal, es la conversación. La mayoría de los

residentes, como la mayoría de las personas, desea comunicarse con los demás; sin embargo, es frecuente ver en las residencias círculos grandes de personas sentadas mirando a la T.V. sin hablar, aisladas cada una en su mundo. Esta actitud está influenciada en gran medida por la disposición del mobiliario. Es conveniente romper los espacios grandes por medio de biombos, estanterías, mesas, plantas, butacas, etc., creando pequeñas y variadas áreas que faciliten la reunión de grupos reducidos y permitan elegir el ambiente, –con o sin TV, radio, música–, la soledad o la compañía y los acompañantes, sin sentirse inhibido o controlado por el grupo.

El personal, por su parte, debería, de vez en cuando, pararse a charlar con los residentes, hacerles preguntas sobre lo que están viendo en la T.V., inducirles a la reflexión y al debate. Si no tienen tiempo para sentarse un rato mientras realizan sus tareas, siempre habrá ocasión para dirigirse a los residentes con algún comentario.

b) Tareas domésticas

Las tareas domésticas ofrecen la oportunidad de mantener a los residentes activos. El personal les debe estimular para que participen de alguna forma, por ejemplo poniendo y retirando la mesa, sirviendo la comida, preparando platos sencillos, etc. Se deben tratar de aprovechar las habilidades especiales de algunas personas para la cocina, jardinería, etc.

La participación en las tareas cotidianas podría aumentar en los usuarios la sensación de que la residencia es su propia casa.

c) Juegos

Existen numerosos juegos que se pueden tener disponibles en la residencia: cartas, ajedrez, damas, dominó, trivial, etc. Se debe contar con las preferencias de los residentes a la hora de elegir los juegos y hay que incitarles a que experimenten alguno nuevo.

Una manera de estimular la participación es organizar campeonatos con premios para los vencedores, en el interior de la residencia o contactando con otras residencias o servicios comunitarios.

d) Música

La música, el canto y la danza no solamente son buenos para el espíritu sino

también para el corazón, los pulmones y las piernas. Es recomendable organizar de vez en cuando actividades musicales adaptadas a los gustos de los residentes.

e) Pintura

El dibujo y la pintura son actividades de reconocido efecto terapéutico en instituciones hospitalarias y recomendables también en las residencias de ancianos. Puede ser útil disponer de un lugar con material para dibujar y pintar y recabar la ayuda de artistas jubilados para impartir clases.

f) Animales domésticos

Es reconocido el positivo efecto que supone la compañía y el cuidado de un pequeño animal doméstico para las personas mayores, en la medida que les sirve para canalizar su afectividad. En consecuencia se debe hacer todo lo posible para aceptarlos en la residencia.

g) Libros, revistas, periódicos

Es recomendable disponer de material de lectura (prensa, revistas, libros ...) y estimular su lectura, promoviendo comentarios y debates sobre las noticias, para no perder contacto con la actualidad política y social. Es asimismo conveniente disponer de una biblioteca para tomar libros prestados, o bien, si la residencia es pequeña, poder utilizar una biblioteca pública. Hay que tener en cuenta las necesidades de las personas que tienen problemas de visión y de audición, organizando, por ejemplo, sesiones de lectura en voz alta.

h) Hobbies

Si algunas personas muestran aficiones personales hacia la música, pintura, etc. se deberá facilitar y apoyar la práctica de las mismas. Además es aconsejable animar a los que no han practicado hobbies para que se interesen por algunas actividades, según sus gustos y forma de vida anterior.

7.2.2 ACTIVIDADES ORGANIZADAS Y DIRIGIDAS

Son actividades programadas, conducidas y evaluadas por profesionales, con la finalidad de estimular la participación de los ancianos. Dichas actividades no deben plantearse de forma independiente y

aisladas unas de otras, sino que han de formar parte de un proyecto global general, que responda a objetivos comunes.

Las actividades grupales están dirigidas a generar unas redes mínimas de relación y encuentro. El individualismo, la incomunicación, la soledad, convierten a muchos residentes en víctimas de la depresión y el aislamiento. Esta situación no deseable, puede evitarse organizando actividades de dinámica grupal, que posibiliten la apertura "al mundo de los otros", el descubrimiento de uno mismo y de los demás en un marco educativo y de encuentro, donde no se rehuya el conflicto.

Es recomendable impulsar grupos diferentes, adaptando los contenidos desarrollados en cada grupo a la tipología del usuario.

• Grupos de activación

Dirigidos a residentes asistidos, con un nivel de deterioro psico-físico importante. La orientación en la realidad y la comunicación se desarrollan en un contexto lúdico, donde la reminiscencia juega un papel fundamental. En cada sesión deben incorporarse elementos de estimulación multisensorial, que permitan incidir especialmente sobre aquellas capacidades que se van perdiendo o deteriorando.

• Grupos de conversación

Dirigidos a residentes que, aun hallándose en condiciones psico-físicas aceptables, tienen muy mermadas sus posibilidades de comunicación con otras personas por causas sociales, culturales, personales, etc.

En estos grupos se promueve la interacción entre sus miembros alrededor de temas-eje que dan pie a una conversación.

La expresión compartida de emociones, la rememoración y reminiscencia son aspectos también fundamentales en el desarrollo de las sesiones.

• Ejercicios de recuerdo o reminiscencia

Se trata de un tipo de actividades que estimulan la parte de memoria conservada. La evocación posee un significado personal. Hace que uno se vuelva hacia

las experiencias del pasado, recordando olores, gustos, imágenes y sonidos, sensaciones físicas y sentimientos, coloreando así los recuerdos a través de una comprensión subjetiva de los mismos. Es un proceso de la memoria mediante el que se vuelve hacia el pasado, para transmitirlo a los demás. La mayoría de las personas, incluso las que padecen confusión o pérdida de memoria reciente son capaces de recordar.

La evocación actúa a diferentes niveles: el informativo (hablar a los otros de uno mismo), el evaluativo (revisar el pasado) y el obsesivo (se trata de casos en que el individuo no puede escapar del recuerdo de una persona o de un suceso). Tiene diversas funciones, siendo la más frecuente según los análisis empíricos, la de fortalecer el sentimiento de autoestima, además de favorecer la comunicación informando a los demás de las propias experiencias. Es una vía para resolver cuestiones prácticas y filosóficas y entenderse a sí mismo.

La reminiscencia se realiza en grupos de cinco o seis personas, con un monitor que va presentando fotografías, diapositivas, muebles u otros objetos pertenecientes a épocas del pasado de los residentes, para estimular sus recuerdos. Se pueden acompañar las sesiones con música de la época.

• Grupos de actividad física

El ejercicio físico es beneficioso por muchas causas: favorece la circulación sanguínea, disminuye el riesgo de arteriosclerosis, hipertensión, trombosis o embolias, aumenta la capacidad respiratoria, ayuda a relajarse física y psíquicamente, mantiene vivos los reflejos y la capacidad de coordinación, así como la agilidad, atención y concentración, etc. Además es una oportunidad para establecer relaciones y comunicarse con los demás. Es por tanto recomendable mantener cierto grado de actividad física.

Existe un gran número de alternativas. Muchas de ellas no requieren equipamiento ni instalaciones especiales; por ejemplo, diferentes tipos de gimnasia

se pueden realizar en el salón o en el área externa de la residencia. Se pueden ofrecer varias alternativas para que cada persona elija la que más le satisface y cambiar de programas periódicamente para mantener el interés. No es necesaria la presencia de un monitor profesional en todos los grupos, es posible entrenar a un residente para marcar el ritmo del conjunto, función que se podrá alternar de forma que todos los que lo deseen tengan la oportunidad de actuar como monitores.

Una excelente actividad para los que son capaces de realizarla es el baile, además de estimular el movimiento, ejercitar los músculos, produce una sensación de bienestar y facilita las relaciones sociales. Es especialmente recomendable para las personas confusas porque la música produce una respuesta automática.

Es asimismo recomendable la natación o el baño con flotadores si se dispone de una piscina adecuada.

Entre otros grupos de actividad física se encuentran: Grupos de psicomotricidad, Grupos de gimnasia, Grupos de Tai-Chi, Grupos de danza y baile, Grupos de expresión corporal ...

• Actividades formativo-educativas

Son aquellas tendentes a aumentar y compartir el bagaje cultural de los residentes, y entre éstos y la comunidad. Promueven el intercambio e interacción a partir de propuestas internas y externas a la residencia:

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| - Charlas | - Contactos con otros grupos |
| - Conferencias | - Espectáculos |
| - Forums | - Recitales |
| - Cafés-tertulia | - Talleres literarios |
| - Reuniones de habilidades sociales | - Actos públicos |
| - Visitas | |

• Actividades recreativas

Son aquellas que se realizan con el fin de aportar espacios y tiempos de entretenimiento a los residentes. Es especialmente recomendable aprovechar determinadas épocas o fechas, para hacer propuestas de animación colectiva a toda la residencia, incluido el personal

(carnavales, navidades, fiestas patronales, etc.).

- | | |
|-------------------------|---------------|
| - Fiestas de cumpleaños | - Paseos |
| - Bailes | - Salidas |
| - Campeonatos | - Excursiones |
| - Actuaciones | |

Estas actividades pueden ser interiores y exteriores al ámbito residencial.

• Actividades manuales

La expresión plástica ofrece la posibilidad de materializar creaciones que pueden ser mostradas, ofreciendo por tanto un importante refuerzo para la autoestima y el sentimiento de utilidad.

La utilización de la motricidad fina, tan descuidada a menudo en esta edad, favorece el mantenimiento de esta habilidad. Por otra parte, la actividad manual en el contexto del "taller de manualidades", se convierte en un referente estable para sus miembros, convirtiéndose por tanto, en un núcleo relacional. Las dos dimensiones desarrolladas en estos talleres, creación material y relacional, precisan del estímulo de un terapeuta ocupacional o de un buen monitor especializado para conjugar apropiadamente ambos aspectos, y obtener un resultado gratificante para los participantes del taller.

Resulta interesante aprovechar fechas señaladas, como navidades o carnavales, para que las creaciones de los grupos de manualidades puedan ser aprovechadas para decorar la residencia. De esta forma, se refuerza el protagonismo de los residentes responsables de su elaboración, así como la gratificación del resto.

7.2.3. ESTÍMULOS EXTERIORES

En general cualquier visita tiene efectos estimulantes sobre los usuarios. Una cara nueva del exterior es un foco de interés, aunque su presencia sea relativamente frecuente. Se debe, por tanto, estimular las visitas de familiares y amigos de los residentes ofreciendo facilidades en cuanto a horarios, oportunidad para quedarse a comer, tomar un aperitivo, un café, organizando encuentros sociales con motivo de fechas señaladas, etc.



Se puede contactar asimismo con otros grupos sociales, escuelas, centros de día, voluntarios, etc. para intercambiar visitas y organizar actividades en común.

Una forma de atraer a otras personas es abrir los servicios de la residencia a la comunidad, por ejemplo los servicios de fisioterapia, de terapia ocupacional, el comedor, el bar, etc. para aumentar las relaciones y contactos con el exterior.

En el mismo sentido, es una buena idea la de abrir a la comunidad determinados espacios del recinto residencial como salas de conferencias, salones, con el fin de

organizar reuniones, cursos, etc.; el jardín o la huerta, si es que existen, bien para pasear o para organizar mercadillos, deportes u otras actividades.

Eventualmente se puede contactar con profesionales locales de diferentes áreas: cultura, arte, sanidad, nutrición, servicios sociales, etc. para que acudan a la residencia a ofrecer charlas y exposiciones sobre sus materias.

7.3. ACTIVIDADES EN EL EXTERIOR

Es importante mantener el contacto con el mundo exterior tanto como sea posible, participando en acontecimientos locales y utilizando los servicios y recursos comunitarios. Es preferible que las salidas sean espontáneas, en grupos pequeños, mejor que organizadas por la residencia. Cuando los residentes no pueden salir solos, se deben buscar soluciones para que puedan hacerlo con ayuda.

Se puede designar a una o varias personas para que se informen de todos los acontecimientos y actividades locales y lo comuniquen a los demás por medio de tabloneros de anuncios, boletines, reuniones, etc.

Es conveniente asimismo, conocer y utilizar siempre que sea posible, los servicios y recursos comunitarios: hogar del jubilado, centros de día, peluquerías, comercios, servicios sanitarios, servicios educativos

para adultos, y estimular la participación en diferentes grupos sociales como organizaciones voluntarias, asociaciones de personas con deficiencias físicas o sensoriales, grupos religiosos, coros, grupos de aficionados a la caza, pesca, horticultura, manualidades, arte, montaña, etc.

Se debe animar a los visitantes, familiares, amigos, o voluntarios, para que acompañen a pasear a los residentes y para que les inviten a pasar uno o varios días fuera de la residencia.

Por otra parte, es recomendable que los usuarios pasen unos días de vacaciones al año en otro lugar. Para este fin, la residencia puede facilitar la información necesaria sobre hoteles, alojamientos y transportes adecuados e incluso organizar intercambios con otras instituciones.

De cualquier forma, hay que tener en cuenta que el organismo humano necesita de la luz solar; por tanto, todos los residentes deberían salir al exterior con cierta frecuencia.



EL PAPEL DE LOS FAMILIARES EN LA RESIDENCIA

En nuestra sociedad, la gran mayoría de los ancianos se encuentran integrados en unidades familiares; para muchos de ellos su cónyuge o sus hijos son las personas más importantes de su vida.

Funciones básicas de la familia son las de satisfacer necesidades de socialización a lo largo de toda la vida (cambios de roles,

La conservación de los vínculos familiares y afectivos, parece reducir la vulnerabilidad del individuo frente a diferentes factores estresantes, físicos y mentales. La cantidad y calidad de los contactos sociales parecen modificar la susceptibilidad a las patologías infecciosas, tumorales y de corte psicosomático, con un posible impacto positivo a nivel de longevidad.

adaptaciones...) afecto y seguridad (pertenencia).

Es a través de la propia familia, como cada uno de nosotros mantenemos vínculos con el pasado y el futuro que nos aportan un sentido personal y de continuidad a la propia vida. Por motivaciones de orden práctico y afectivo, los miembros de la

familia se ayudan entre sí de múltiples y variadas formas.

Son muy escasas las informaciones sobre investigaciones de familias de ancianos internados en medios residenciales. Quizá esto refleje la asunción implícita de que tras la institucionalización, la familia deja de ser importante, dado que un equipo de profesionales asume sus funciones de cuidadores; otro posible prejuicio subyacente, sería que los ancianos residentes tienen familias que no les cuidan, o que incluso les han abandonado allí; sin embargo, en términos generales, ambos prejuicios son erróneos y carecen de fundamento.

Aunque es verdad que las residencias suelen acoger un porcentaje importante de sujetos sin vínculos familiares, también es cierto que muchos de los ancianos residencializados tienen familia y, por este motivo, el conocimiento de las relaciones familiares de los residentes, constituye un tema crucial.

No existen razones para suponer que el cuidado familiar deba cesar con la institucionalización. Aunque las relaciones y el tipo de cuidados aportados pueden modificarse por el cambio de circunstancias acaecido, debemos considerar el ingreso residencial como un punto más en el continuum del cuidado familiar.

8.1. LA INTERRELACIÓN FAMILIA-INSTITUCIÓN

Deberíamos considerar, que cada nuevo residente entra en la institución con su familia, aunque ésta no viva en la misma. Las relaciones duraderas previas, los valores, los conflictos, las deudas y las lealtades familiares entran en la residencia. Toda esta rica historia ejerce un impacto en el anciano y no debería ser obviada por el equipo asistencial.

El sistema "familiar" tiene que interactuar con el sistema "institucional", el cual se caracteriza por su complejidad y organización burocrática. Se espera que la familia sea capaz de interactuar con la

organización residencial en muy corto espacio de tiempo.

Además, este sistema familiar se encuentra en un momento de crisis; el anciano probablemente se encuentra sometido a sentimientos de culpa, de ser una carga, al igual que el resto de la familia, culpabilizada por su incapacidad para mantenerle en el seno de la familia y bajo su cuidado.

Por su parte, el sistema institucional resulta igualmente vulnerable; frecuentemente se encuentra en situación de duelo por el fallecimiento reciente del anterior residente que deja su plaza vacante y los miembros del equipo asistencial deben ser acogedores hacia el nuevo residente y su familia, sin apenas tiempo para reponerse.

8.2. EL PROCESO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR

La adaptación familiar al internamiento residencial de uno de sus miembros y la asunción de un cambio en el tipo de cuidados a ejercer, debe considerarse como un proceso, en el cual pueden darse períodos en que la familia debe ser aceptada prioritariamente como "cliente" y en otros en que será más adecuado estimular su rol como fuente de recursos en el cuidado.

Las reuniones de algún miembro del equipo con la familia, permiten compartir preocupaciones intrapersonales (sentimientos de culpa, soledad, vacío...) y generar un clima para una comunicación abierta y fluida. Puede ser útil poner en contacto a la familia con otra familia que ya haya pasado la experiencia inicial de integración y que ejerza funciones de acogida hacia otras "nuevas" familias.

8.3. LA FAMILIA COMO FUENTE COMPLEMENTARIA DE CUIDADOS

Las familias pueden y deben colaborar en la prestación de cuidados complementarios para la correcta asistencia de los residentes.

Se requieren reuniones programadas entre la familia y el equipo asistencial, donde se pueda acordar la participación de la familia en alguna de las actividades, dar instrucciones sobre la manera de aportar los cuidados, y organizar reuniones de orientación y de educación.

La perfecta coordinación de ambos sistemas de apoyo (formal e informal),

dependerá de la relación alcanzada entre las familias y la residencia. Se tratará de conseguir la claridad necesaria en la distribución de las tareas de cuidado. La institución estimulará y apoyará la integración de las familias en determinadas áreas de cuidado.

Como recomendaciones se sugieren: organizar grupos de apoyo y de autoayuda para los familiares, integrar a la familia en la planificación de los cuidados de sus parientes, impulsar actividades y reuniones específicas para los familiares, garantizar

la presencia de trabajadores sociales, promover normas y rutinas que generen una sensación de acogida a las familias ... bajo la convicción de que esta aproximación a la familia tendrá efectos positivos en el propio residente. Así mismo facilitará a familias y ancianos el proceso de adaptación a la institucionalización y creará una relación de colaboración y

confianza en el trabajo de cuidado entre el equipo y el sistema familiar.

Los familiares, negocian consigo mismos y con el equipo cuidador, una nueva definición de sus responsabilidades, tipos de tareas y conductas apropiadas. La familia cede algunas tareas al equipo asistencial.

8.4. ASAMBLEAS DE FAMILIARES

La participación de las familias puede mejorar de muchas formas la calidad de vida, siendo de especial interés en el caso de ancianos, cuyos deterioros físicos y/o cognitivos les incapaciten para ejercer por sí mismos este derecho.

Las familias pueden participar de diferentes formas: en asambleas y/o en asociaciones de familiares con capacidad de colaboración en la gestión y obtención de nuevos recursos; ayudando en la organización de conferencias educativas, en la organización de grupos de voluntariado, grupos de acogida a nuevas familias; así mismo, pueden colaborar en algunas de las actividades de la residencia e informar al equipo de las principales preocupaciones de las familias.

- **Las familias de los ancianos institucionalizados, siguen manteniendo y constituyendo una importante relación y fuente de bienestar para la mayoría de ellos.**
- **La integración y atención de estos sistemas familiares en la vida**

...

residencial, deberá constituir un elemento fundamental en el proyecto asistencial y en el de gestión de los centros residenciales, para facilitar el manejo de los conflictos y aprovechar al máximo su impacto beneficioso sobre los residentes, familias y equipo asistencial.

- **Como base de actuación con las familias, los procesos requieren la individualización familiar.**
- **El equipo asistencial no fomentará la relación familiar en los casos que el residente no lo desee.**
- **Previamente al ingreso, el residente y/o su familia han de conocer y suscribir un documento en el que se especifiquen las características de la asistencia, derechos y deberes, prestaciones y contraprestaciones.**
- **El voluntariado tendrá una función de apoyo a residentes sin vínculos familiares, así como una función complementaria a la acción familiar.**

...



EL VOLUNTARIADO EN LA RESIDENCIA

9.1. ELEMENTOS CONCEPTUALES

Adoptando la definición que utiliza Cruz Roja Española, "la acción voluntaria es un proceso de participación social, a través del que cada individuo desarrolla una actitud solidaria y de compromiso social, aportando su colaboración para la solución de los problemas que afectan a su comunidad".

Según la Recomendación sobre voluntariado nº 85, adoptada por el Comité del Consejo de Europa, cabe entender como voluntariado el trabajo realizado de manera desinteresada por personas que por su propia voluntad participan en la acción social de manera organizada a través de asociaciones, fundaciones, instituciones públicas ..., ocupándose de

los intereses de otras personas o de la sociedad en general.

El voluntariado no trabaja para el asistido, sino con él.

El voluntariado se va transformando e integrando en las tareas desarrolladas por las instituciones. Fomenta las relaciones interpersonales, los afectos, el diálogo, la compañía... particularizados del residente.

La actuación del voluntariado ha dejado de cubrir necesidades de supervivencia y biológicas, asumiendo necesidades de seguridad, estima, integración, participación...

El voluntariado ha de complementar, no suplantar, la labor de los profesionales y/o familiares.

9.2. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA ACCIÓN VOLUNTARIA

El voluntario debe tener una función específica dentro del equipo multidisciplinar de atención social; esto va a significar que sus funciones, tareas, campos de intervención, etc ..., deben estar previamente definidos y encuadrados dentro del programa del centro, según sean sus objetivos.

Las tareas que debe abordar la residencia a fin de dotarse de un **buen equipo de voluntarios**, son las siguientes:

- **La captación: información, difusión, acogida de voluntarios e iniciativas y selección.**
- **La capacitación: motivación, formación por la acción, técnicas de trabajo y acción grupal.**
- **La organización: selección y priorización de áreas; formación de equipos; adecuación de recursos, planificación, distribución de funciones.**
- **Seguimiento: evaluación continuada, reajuste de actividades.**

• Criterios de selección

La selección ha de estar relacionada con las tareas a realizar y con las expectativas personales del voluntario.

No todos están capacitados, ni todos para todo. De una buena selección y ubicación dependerá el éxito o fracaso del proyecto.

La selección se hará más precisa cuanto mayor sea el grado de definición de lo que debe realizar el voluntario y de qué cualidades necesita.

• La formación

La formación de los voluntarios que intervengan en los proyectos y tareas en residencias, debe ser considerada como un derecho y un deber. Con ello se conseguirá efectividad en su trabajo, combinando la buena predisposición con la preparación técnica adecuada.

La formación ha de ser:

- Práctica
- De acuerdo con la tarea a realizar
- En grupo
- Sistemática y continua
- Supervisada a nivel individual y grupal
- Dinamizada por profesionales del centro y voluntarios experimentados

• La evaluación

Los programas de atención individual y/o grupal estarán sujetos a evaluaciones y revisiones continuadas, en función de las necesidades nuevas detectadas.

Para ello, han de tenerse en cuenta: el grado de satisfacción de los residentes y del propio voluntariado; las necesidades cubiertas y no cubiertas; la valoración de los profesionales del centro -tanto de los colaterales a la acción voluntaria como los de atención directa- y las técnicas de

seguimiento utilizadas por los trabajadores sociales y por el equipo asistencial.

• Medios

Han de garantizarse sistemas de seguridad y responsabilidad sobre posibles acciones incorrectas e involuntarias, así como sobre situaciones accidentales con daño para el anciano o para el mismo voluntario.

El voluntariado en una residencia, implica flexibilidad de horarios y de calendario laboral para los trabajadores sociales con responsabilidad en la acción voluntaria y en su seguimiento. La residencia ha de adaptarse razonablemente al tiempo del voluntario.

Teniendo en cuenta que las personas voluntarias disponen de un tiempo limitado para su acción (horas, días, meses), desde el inicio de la actividad ha de concretarse el mismo, poniéndolo en conocimiento del residente beneficiario.

La acción voluntaria ha de contar con un reconocimiento social. Sería aconsejable diseñar algún documento que certifique la prestación.

En la vida diaria de una residencia, el voluntario es un elemento importante para mejorar la calidad asistencial y ésto revierte lógicamente en un aumento de la calidad de vida del anciano. El voluntariado se convierte así en un agente dinamizador más de la vida residencial.

En la acción del voluntario importa esencialmente no tanto el servicio en sí, sino cómo se presta ese servicio. La colaboración concreta puede ser similar a la que realicen los familiares, sin suplantar en ningún caso la acción profesional, ni familiar.



CAPITULO 10 PERSONAL

La relación cotidiana con personas más o menos deterioradas, aquejadas por problemas físicos o psíquicos, y la implicación personal que exige un trato amable y delicado, hacen que los trabajadores de las residencias de ancianos estén sometidos a una carga emocional que es preciso tener en cuenta en la organización del servicio.

No es difícil que los trabajadores tengan la sensación de que no se valora su trabajo, que no se aprecian los resultados de su esfuerzo. Los ancianos declinan y se deterioran a pesar de los cuidados de atención que se les presta, lo que, evidentemente, no contribuye a que dicha tarea sea gratificante.

Por otra parte, no es inusual ni mucho menos que los residentes respondan agresivamente al ofrecimiento de afecto y atención, lo que produce una importante carga emocional. En general, enfrentarse a los problemas que plantean los residentes, atender adecuadamente a sus continuas demandas, exige mucha paciencia y equilibrio emocional, y, desgraciadamente, el nivel de implicación personal requerido por la función cuidadora produce estrés en quienes deben asumirla no siempre en condiciones óptimas.

La importancia de esta cuestión ha generado una abundante literatura científica y la definición de un cuadro que se conoce bajo la denominación de "síndrome del quemado". Dicho síndrome se define como un déficit de adaptación a los altos y continuos niveles de estrés exigidos por el trabajo y tiene mayor incidencia en los profesionales que trabajan con usuarios que precisan de ayuda continua.



10.1. EL ESTRÉS, EL SÍNDROME DEL QUEMADO Y SU PREVENCIÓN

El estrés es la consecuencia o la respuesta a una acción o situación que exige de una persona un especial esfuerzo físico, psíquico o ambas cosas a la vez.

Los **factores** que pueden producir estrés en el medio laboral son:

- **Falta de comunicación o de feedback, es decir, no se tiene claro cómo se deben realizar las tareas, o no se sabe si se llevan a cabo adecuadamente. Falta de consenso en la utilización de protocolos.**
- **Infrautilización de capacidad de los trabajadores. Trabajo poco variado o con largos intervalos de inactividad.**
- **Roles mal definidos.**
- **Rigidez en la organización.**
- **Malas condiciones de trabajo.**
- **Contacto con personas que generan estrés, por ejemplo superiores irascibles, residentes amargados o agresivos.**

Los **efectos** que produce pueden ser de varios tipos:

- **Subjetivos: ansiedad, agresión, apatía, depresión, frustración, sentimiento de culpa, irritabilidad, tensión, pérdida de la autoestima, nerviosismo y sensación de soledad.**
- **Conductuales: abuso del alcohol y del tabaco, excitabilidad, conducta impulsiva, alteraciones en el lenguaje, risa histérica, inquietud, desasosiego y temblor.**
- **Cognitivos: dificultad para tomar decisiones, dificultad de concentración, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.**
- **Fisiológicos: incremento del nivel de glucosa en sangre, incremento de la tensión arterial, del ritmo cardíaco y sequedad de boca.**
- **Efectos en la organización: absentismo, baja productividad, aumento de accidentes y mayor rotación de personal.**

a) Reconocimiento del problema

Es muy importante que todas las partes implicadas en el proceso asistencial tengan conciencia de los riesgos profesionales. Por el bien de los propios profesionales, obviamente, y también para preservar la calidad de la atención, ya que un personal estresado tiende a protegerse distanciándose de los usuarios, y ésa no es la fórmula para responder adecuadamente a las necesidades de los ancianos.

Es preciso pues, estar al tanto de las manifestaciones de estrés, contribuir a su detección desde una actitud comprensiva. A veces un mal entendido sentido de la prudencia o el temor a invadir la intimidad, impide tratar a tiempo problemas cuyas manifestaciones son evidentes.

b) Comunicación

Es muy importante también mantener un buen nivel de comunicación entre los distintos estamentos que intervienen en la institución. Existen diferentes modelos para organizar el circuito de comunicación, cada cual con sus ventajas y sus inconvenientes, pero es preciso establecer un sistema que asegure el feedback, es decir, que permita averiguar si la transmisión ha sido o no eficaz, de manera que se pueden realizar, en caso contrario, los ajustes necesarios.

Contribuye a la buena comunicación:

- Hacer un balance de cosas bien hechas y positivas y no sólo de las negativas.
- Centrar el comentario en el hecho, no en la persona.
- Explicar claramente el porqué de los juicios negativos sin limitarse a denunciar el hecho.
- Centrarse en una acción específica y no en la generalidad.
- Elegir el momento y el lugar adecuados para la crítica.

c) Vencer la resistencia al cambio

Todas las organizaciones necesitan evolucionar. La prevención del estrés puede requerir cambios organizativos y, lo que es una aparente paradoja, éstos, a su vez, los cambios mal conducidos, pueden ser causa de insatisfacción y de estrés.

A la hora de introducir cambios es preciso tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Algunas personas temen el cambio porque piensan que con él pueden perder algo. Es el caso de quienes se oponen, por ejemplo, al trabajo en equipo, porque piensan que pueden perder poder por el hecho de permitir la participación de otros en la toma de decisiones.
- Puede darse una falta de interés por el cambio e incluso una oposición frontal simplemente porque los objetivos del mismo no han sido claramente expuestos y, en consecuencia, no se entiende por qué se ha de modificar la forma de funcionamiento.
- Puede haber también intolerancia al cambio en razón de la angustia que origina no creerse capaz de adaptarse al mismo.
- Inercia: a pesar de que el cambio se considera deseable y factible, puede no llevarse a cabo en razón de que los hábitos están demasiado arraigados.
- Falta de previsión acerca del tiempo y del esfuerzo que requiere aprender cosas nuevas.

d) Favorecer la satisfacción del personal

Todo se resume en la necesidad de que el personal esté satisfecho con su trabajo. La satisfacción depende de dos tipos de factores:

Intrínsecos:

Inherentes al propio trabajo, como la satisfacción por las cosas bien hechas, por el enriquecimiento personal, por sentirse competente.

Dependientes del entorno: cierto grado de autonomía en el trabajo, variedad en las actividades, sensación de que lo que se hace tiene sentido y es importante para la organización del sistema.

Extrínsecos: Como el salario, el calendario laboral y otras condiciones en las que se ejerce la actividad profesional.

Es importante valorar periódicamente estos factores con el fin de detectar los puntos débiles. Puede ser útil aplicar periódicamente alguno de los numerosos métodos de evaluación específicos existentes.

e) Instrumentos específicos

Todas las personas implicadas en el proceso deben estar pues atentas, para detectar los problemas y prestar la necesaria ayuda a las personas que, consciente o inconscientemente, muestran síntomas de encontrarse en situaciones problemáticas. La ayuda y comprensión de los compañeros de trabajo es inestimable en este punto, pero no cabe duda que a veces se requiere la intervención de personas expertas en el tratamiento del problema.

En consecuencia, es preciso que las residencias cuenten con el concurso de personas especialmente preparadas para establecer planes de actuación específicos que, junto a la mejora de las condiciones de trabajo, presten apoyo emocional y faciliten los instrumentos -relajación, autocontrol, mecanismos defensivos de desvinculación emocional- para hacer frente al estrés.



PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, CAÍDAS Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS

11.1. CAÍDAS

Las caídas de los ancianos representan un problema importante de salud pública tanto por su frecuencia como por su gravedad. Se estima que un tercio de las personas mayores de 65 años y la mitad de los mayores de 80 sufren por lo menos una caída al año.

Toda caída en el anciano, cualquiera que sean las circunstancias en que se produce, se debe considerar en principio como un problema médico y proceder a una evaluación general de su estado de salud.

En la práctica geriátrica se suelen distinguir dos tipos de caídas: las que se producen por un problema de salud con o sin pérdida de conocimiento, precedidas de una sensación de malestar, y las llamadas caídas "mecánicas" porque no se acompañan de síntomas precedentes y se deben a factores externos.

En el **primer grupo** se incluyen las provocadas por:

- **Problemas visuales** (cataratas, glaucoma, procesos degenerativos de la retina, etc.).
- **Mareos y vértigos.**
- **Síncopes por problemas cardiovasculares.**
- **Problemas musculoesqueléticos** (osteoartritis en las rodillas o caderas, debilidad muscular, osteoporosis, etc.).

- **Causas iatrogénicas** (fármacos antihipertensivos, antidepresivos, psicótropos, antidiabéticos, etc.)
- **Causas metabólicas** (hipoglucemia, hipercalcemia, etc.)
- **Causas neurológicas** (estado confusional, accidente cerebral vascular, epilepsia, síndromes parkinsonianos, etc.).

El segundo grupo lo constituyen las caídas producidas por **factores ambientales**:

- **Vestido** (prendas demasiado largas, zapatos de tacón alto o suela resbaladiza, etc.)
- **Mobiliario inadecuado** (sillones o camas demasiado altas o demasiado bajas, mesas o sillas inestables)
- **Obstáculos en el suelo** (alfombras, cables eléctricos, moquetas despegadas del suelo, etc.)
- **Condiciones ambientales peligrosas** (mala iluminación, suelos resbaladizos, húmedos, inodoro demasiado bajo, etc ...)
- **Mala utilización de las ayudas técnicas para caminar.**

Como se ha mencionado anteriormente, siempre que se produce una caída se deberá comunicar al responsable de la residencia o al médico con el fin de determinar su causa y tomar las medidas necesarias para evitar su repetición.

Por una parte se realizará una evaluación médica y por otra, una valoración del entorno físico que rodea al residente teniendo en cuenta su capacidad funcional. Cuando un usuario sufre una caída no es suficiente preguntarle si tiene algún problema para levantarse de la cama, acostarse, bañarse, realizar transferencias de forma autónoma porque puede responder afirmativamente con la intención de preservar su imagen de independencia. Es conveniente observar directamente cómo cada persona se desenvuelve en su entorno.

Determinadas condiciones ambientales disminuyen el riesgo de caídas:

- Las superficies no deben ser deslizantes; en los lugares donde suele haber humedad, por ejemplo los baños, es conveniente colocar material antideslizante tanto en el suelo como en el interior de la bañera o ducha. Asimismo se recomienda que las escaleras estén provistas de este tipo de material.

Por otra parte, no se debe poner alfombras sueltas sobre el suelo que rodea la cama.

- La iluminación debe ser buena en todas las áreas.
- Los pasamanos colocados a lo largo de las paredes de los pasillos, escaleras, salas de estar, habitaciones, etc. son un apoyo para las personas con dificultades de movilidad.
- Es conveniente instalar barras junto a la bañera, ducha e inodoro.
- En todas las habitaciones, cuartos de baño, aseos y salas se recomienda disponer de timbres de alarma.
- Tanto en las habitaciones como en los pasillos es conveniente instalar puntos luminosos que permanezcan siempre encendidos.
- Si se dispone de alfombras o moqueta en los suelos se debe vigilar que no existan zonas despegadas o relieves que supongan un obstáculo al andar.
- Las sillas deben tener respaldo y brazos.

En cuanto a la actitud del personal y residentes se recomienda tener en cuenta ciertas normas de seguridad para prevenir caídas y accidentes:

- No precipitarse a la hora de realizar las tareas; es preferible trabajar de forma que se pueda prestar atención a todos los detalles.
- Las puertas se deben abrir despacio, pues es posible que al otro lado se halle una persona a la que se podría lastimar, o una silla de ruedas, en cuyo caso la persona que abre la puerta es la que podría sufrir un golpe inesperado.
- La tercera regla de seguridad consiste en evitar que haya en el suelo objetos en los que puede tropezar o resbalar. Algo tan inocente como los pétalos desprendidos de las flores ornamentales puede provocar caídas de efectos graves.
- La administración de oxígeno terapéutico exige el máximo cuidado, ya que en caso de producirse una pequeña chispa, puede alimentar el fuego y provocar un incendio. No se debe fumar en habitaciones donde haya bombonas de oxígeno en funcionamiento como tratamiento de usuarios que tienen problemas respiratorios. Tampoco se deben utilizar enchufes eléctricos en áreas de expansión del oxígeno. La ropa de cama de las personas sometidas a tratamiento con dicho gas debe ser de algodón ya que las sábanas de fibra sintética pueden producir chispas.
- Otra regla de seguridad consiste en frenar las sillas de ruedas cuando están paradas. El usuario (si desea levantarse o cambiar de lugar) u otra persona que se apoya en la silla, podrían deslizarse y caerse si la silla no está frenada.

11.2. PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS

El personal debe estar informado y entrenado para hacer frente a graves situaciones de emergencia como la que constituye un incendio. Además del equipamiento adecuado las residencias deben elaborar protocolos de actuación y organizar sesiones de formación incluyendo simulacros de incendio.

Además deben tomarse ciertas medidas preventivas, por ejemplo, es recomendable permitir fumar solamente en ciertas áreas consideradas más seguras o mejor supervisadas.

Por otra parte, es importante tomar algunas precauciones con respecto a la electricidad:

- Se deberán utilizar siempre cables eléctricos de la longitud adecuada, nunca más largos de lo necesario.
- No es recomendable utilizar alargadores de forma permanente, se reservarán para situaciones puntuales.
- Nunca sobrecargar una toma de corriente con más de dos enchufes porque se podría producir un chispazo.
- Colocar los enchufes eléctricos como mínimo a una distancia de 50 cm. de las camas.
- Observar si los cables están desgastados o pelados en algún punto.

En caso de **incendio** se recomienda tener en cuenta cinco reglas básicas:

- **La primera se refiere a la evacuación de todas las personas de la habitación donde se produce el fuego. No se debe correr en busca de ayuda porque se podría llegar demasiado tarde. Hay que tener en cuenta que gran parte de las muertes en un incendio se producen por inhalación de humo.**
- **Tras salir de la habitación se debe cerrar la puerta y no se abrirá en ningún caso porque la entrada de aire, y por lo tanto de oxígeno, avivaría el fuego.**
- **A continuación se debe pulsar la alarma para avisar al resto de la**

residencia y telefonar al servicio de extinción de incendios facilitando el nombre de la residencia, la localización del fuego y los objetos que están ardiendo.

- **El siguiente paso será aislar el fuego todo lo posible cerrando todas las puertas del área o unidad donde ha comenzado el incendio.**
- **Por último, se utilizarán los extintores únicamente cuando el foco del incendio es accesible y no se ha extendido; en caso contrario, su utilización puede resultar peligrosa y, en consecuencia, es preferible abandonar la habitación y esperar la actuación de los profesionales.**

La movilización de los residentes hay que decidirla en el mismo instante en que se descubre el fuego. En caso de duda, se debe optar por el traslado.

Existen diferentes técnicas para transportar a los residentes que no pueden andar, la fórmula básica consiste en sacarlos de la cama, colocarlos en el suelo y arrastrarlos fuera de la habitación para cerrar la puerta inmediatamente.

Cuando es una única persona la que debe realizar la operación caben dos soluciones. La primera consiste en mover al residente hasta el borde de la cama, cogerlo por los hombros para proteger la cabeza y el cuello, colocar en el suelo la almohada o un cojín en el lugar donde espera que van a caer los pies para amortiguar el golpe, colocándose el trabajador en posición de rodillas, tirar del tronco del residente hasta que los pies lleguen al suelo y después hasta el exterior de la habitación.

La segunda técnica es similar pero en lugar de colocarse de rodillas, la persona que va a rescatar al residente, doblará solamente una rodilla y mantendrá la otra elevada. La elección de una técnica u otra dependerá de la constitución del trabajador; si es alto puede utilizar la primera técnica, si es bajo o tiene poca fuerza en los brazos es más recomendable la segunda.

Estos procedimientos pueden resultar peligrosos porque los pies y las piernas al caer se golpean contra el suelo pero hay que pensar que la alternativa puede ser la muerte.

Si hay dos personas disponibles para transportar a cada residente se pueden utilizar otras técnicas más seguras. Una de

ellas consiste en sentar al usuario en la cama y mientras una persona le coge por los hombros, la otra lo hace por las piernas. No hay que olvidar en ningún caso cerrar la puerta tras salir de la habitación. A las personas confusas, a las que oponen resistencia o son poco colaboradoras se las puede transportar en su propia sábana, utilizándola como si fuese una camilla.

11.3. PROTOCOLOS Y REGISTROS

Es recomendable que las residencias de ancianos dispongan de un protocolo escrito para actuar en caso de accidentes, incluyendo los siguientes aspectos:

- Directrices para valorar el riesgo de caídas.
- Directrices para estimular la actividad, promover la autonomía y la asunción de riesgos.
- Recomendaciones sobre la utilización de la sujeción física o fármacos, limitando estas prácticas a casos extremos.
- Descripción del procedimiento adecuado en caso de caídas.
- Directrices para requerir ayuda médica.
- Directrices para actuar fuera de la institución ante situaciones de emergencia.

Asimismo, debe existir un registro de caídas e incidentes que servirá para poner en marcha o revisar las pautas de actuación y valorará como mínimo los siguientes ítems:

- Frecuencia de la caída o incidente.
- Características del residente.
- Circunstancias de la caída o incidente.
- Valoración del estado del usuario.
- Actuaciones realizadas tras la caída o incidente.

El personal deberá conocer la existencia y el manejo de estos protocolos y registros.

En el anexo 7 se propone un cuestionario elaborado por la OMS para el estudio de caídas en el anciano.



P ROBLEMAS ESPECIALES

12.1. PROBLEMAS MENTALES

Prácticamente en todas las residencias aumenta la proporción de residentes con problemas mentales más o menos graves. Es vieja la discusión sobre si es conveniente o no que las personas confusas, desorientadas, y mentalmente enfermas, convivan con las personas ancianas que no tienen ese tipo de problemas. Por norma general, se admite, que con los medios adecuados, una determinada proporción de residentes afectados, no tiene por qué alterar la convivencia ni afectar un desarrollo normal de actividades.

Está claro que la convivencia exige el respeto de ciertas pautas de actuación y un esmerado cuidado, bien para que los residentes sin problemas acepten a sus compañeros enfermos, bien para evitar el impacto negativo que puede tener sobre los trabajadores la presencia de una casuística de difícil y poco gratificante tratamiento y, cómo no, para depararles una atención adecuada y evitar su deterioro.

En este apartado, vamos a tratar de ofrecer información sobre cómo resolver los problemas que presentan las demencias, cómo hacer para contribuir a mantener intelectualmente en forma a los usuarios, y prevenir la aparición de trastornos mentales o el deterioro de quienes los padecen.

12.1.1. PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Es importante tener presente que el curso normal del envejecimiento, no implica necesariamente un deterioro mental. De hecho, algunas investigaciones demuestran que el envejecimiento normal, puede implicar incluso un nivel de actividad intelectual más complejo o elevado, a pesar del declive de algunas funciones tales como la memoria inmediata.

Es probable que a algunos trabajadores lo dicho les resulte difícil de creer, pero tienen que tener en cuenta que las residencias acogen precisamente a una población con mayor riesgo de sufrir algún tipo de deterioro. Un factor importantísimo para preservar la salud mental de los residentes es, que los trabajadores, estén convencidos y sepan convencer a los usuarios de que hacerse viejo no implica necesariamente perder la cabeza.

Detectar los problemas

Es importante que sepamos percibir e identificar los problemas lo antes posible para notificárselos al especialista. Lógicamente, pensando que es normal cierto deterioro mental en los ancianos, los síntomas que revelan el problema nos pasarán inadvertidos. Consultado un grupo de familiares y de profesionales acerca de los factores que pueden permitir el **reconocimiento del deterioro mental**, sugerían los siguientes:

- **pérdida de memoria inmediata**
- **propensión a perder cosas**
- **problemas de comunicación, incoherencia verbal**
- **abandono personal**
- **agresividad**
- **incontinencia**
- **tendencia a deambular**
- **desorientación espacio-temporal**
- **alucinaciones**

Hay que estar atentos a estas posibles manifestaciones, pero teniendo presente, que no siempre son síntoma de un trastorno o enfermedad mental. Es decir

que no hay que excederse y hacer un problema donde no lo hay. Una persona puede tener una inusual manifestación de agresividad por muchas causas alejadas de la enfermedad mental o perder cosas como de hecho nos ocurre a todos, o casi todos, porque tenemos demasiadas cosas en la cabeza, porque el objeto que buscamos puede estar en demasiados sitios o, simplemente por una alteración en nuestros hábitos en relación al objeto extraviado.

Por lo tanto, cuando se da un comportamiento asociable a la confusión mental debe vigilarse el mismo, pero teniendo cuidado con el sentido que le damos a ese término. Queremos decir, que es necesario preguntarse por la razón que subyace en ese comportamiento, por las causas a las que obedece, valorando si se ha dado un cambio repentino o si se han producido alteraciones en el medio, que contribuyan a explicarlo.

12.1.2. ESTADOS CONFUSIONALES

La confusión aguda suele ser con frecuencia síntoma de una enfermedad orgánica y en consecuencia, hay que comunicárselo al médico. Las causas más frecuentes suelen ser las siguientes:

- Enfermedades infecciosas, accidentes, fallos cardíacos, pérdidas sensoriales etc.
- *Fármacos.* Algunos medicamentos pueden tener efectos secundarios. A veces, la mezcla de diferentes fármacos o la inadecuación de la dosis produce efectos no deseados. Hay que tener especial atención con los sedantes, los derivados de la digital y los medicamentos anti-Parkinson. Es necesario consultar al médico, por si procede algún cambio en el medicamento o en la posología, en cuanto se detecta algún problema.
- *El dolor y la pena.* La pérdida de un ser querido puede precipitar la confusión o complicar una enfermedad mental preexistente. También los cambios de hábitat y, en concreto, el ingreso en una residencia, influyen en la confusión.
- *Desnutrición.* Muchas veces la confusión puede ser producto simplemente de una avitaminosis que se resuelve con una dieta equilibrada.

- *Depresión.* La depresión no va acompañada normalmente de confusión, pero en los ancianos puede presentarse con síntomas de confusión real o aparente. A pesar de que la ayuda psiquiátrica podría ser de gran utilidad, habitualmente no se le presta atención y tiende a pasar inadvertida.

Las personas que padecen una demencia o una lesión cerebral, pueden sufrir también estados de confusión, pero en conjunto, sus síntomas difieren bastante de los de la confusión aguda. Se distinguen porque el comienzo de la demencia es generalmente gradual, porque la demencia trastorna la personalidad y altera la capacidad de aprender y de recordar, pero sin perturbar la conciencia tal y como sucede en el estado de confusión aguda.

12.1.3. TRASTORNOS PARANOIDES

Algunos residentes pueden sufrir trastornos paranoides. La paranoia difiere bastante, tanto en su origen como en los síntomas, de la confusión mental y de la demencia. Los sentimientos derivados de la pérdida de aptitudes y control, sentimientos habituales en la vejez por otra parte, hacen también aumentar la probabilidad de que se desarrolle la paranoia.

El estado paranoide simple presenta como síntomas principales las ideas delirantes, en especial las caracterizadas por sentirse perseguido, sufrir determinada influencia o ser tratado de manera especial.

12.1.4. DEMENCIA

Con el término "demencia", se engloban una serie de enfermedades entre las que interesa destacar dos principales, de sintomatología similar, pero de diferente desarrollo: la enfermedad de Alzheimer y la demencia multiinfarto.

- Enfermedad de **Alzheimer.** La forma de demencia más común entre los ancianos, se denomina normalmente, enfermedad de Alzheimer o demencia senil del tipo Alzheimer. Se trata en realidad de un síndrome que engloba una gran variedad de situaciones en cuanto a la edad en la que da comienzo, la velocidad del deterioro y el efecto sobre la personalidad. El comienzo de la enfermedad es gradual y difícil de detectar; el declive será lento y regular.

Puede darse en personas de mediana edad, pero es más normal que se desarrolle a edades avanzadas.

- **Demencia multiinfarto.** Otra forma común de demencia es la demencia multiinfarto, causada por pequeños infartos cerebrales repetidos que interrumpen el suministro de sangre al cerebro, con lo que esa parte del tejido cerebral muere. El daño causado puede ser físico y/o mental. En ocasiones, las personas afectadas por una demencia multiinfarto, tienen períodos de lucidez que les permite ser conscientes de su deterioro entre episodios de total confusión. El comienzo de este tipo de demencia puede ser repentino y el deterioro se produce por etapas, más que gradualmente.

Los síntomas de la demencia incluyen:

- Pérdida de la memoria inmediata o tendencia a olvidar hechos recientes, a menudo recuerdos confusos pero intensos de hechos pasados, dificultad progresiva para orientarse en el tiempo y en el espacio, para darse cuenta de lo que pasa y también para cuidar de sí mismos. Se olvidan los hobbies y habilidades habituales y la conversación se hace inútil, estereotipada y repetitiva. Los rasgos de personalidad anteriores pueden volverse exagerados o pueden dar lugar a un comportamiento bastante inusual.
- A medida que la enfermedad avanza, los efectos de la pérdida de memoria se hacen cada vez más patentes; los enfermos pueden volverse muy olvidadizos y confusos, con el consiguiente riesgo para su seguridad y la de quienes les rodean -pueden dejarse cigarrillos encendidos, el gas abierto ...- tienden a repetirse y se comportan de manera inadecuada -por ejemplo pueden salir a la calle en pijama-.
- Es habitual que se instalen, literalmente, en el pasado, ya que es al pasado a donde les conduce lo que les queda de memoria remota, y pueden, por lo tanto, identificar a los que les rodean con sus padres o hermanos, o intentar escaparse del lugar en que se encuentran, porque no les es familiar, para volver a la casa de su infancia. En las últimas etapas, el enfermo es absolutamente incapaz de llevar a cabo las tareas de cuidado personal y puede necesitar ayuda para comer.

La importancia de un diagnóstico preciso

Una persona puede tener síntomas de confusión grave sin padecer una demencia, ello es más frecuente cuando los síntomas se presentan súbitamente. Dado que muchos de esos síntomas responden a tratamiento, es vital informar al médico en cuanto aparezcan.

Es importante recordar que el diagnóstico de demencia no justifica que no se actúe terapéuticamente, ya que muchos comportamientos se ven agravados por problemas asociados, que son susceptibles de tratamiento.

12.1.5. DEPRESIÓN

Habitualmente se observa una falta de atención al anciano con esta enfermedad. Uno de los motivos de esta falta de atención, es que, sencillamente, se cree que la tristeza es normal en la vejez y, por lo tanto, los problemas emocionales, incluso cuando éstos llegan a ser bastante pronunciados, no se toman en serio. Por supuesto que la depresión es para algunas personas una reacción normal a las pérdidas que experimentan en la última etapa de sus vidas, pero cuando la depresión persiste y va a más, debería ser objeto de consideración. Otro de los motivos por los que se presta poca atención a la depresión en las personas mayores, y quizá especialmente en aquellas que reciben algún tipo de ayuda institucional, es porque se considera como una enfermedad mental incurable.

He aquí algunos síntomas de depresión grave: pérdida del apetito, despertarse temprano, agitación constante, quejas de origen hipocondríaco que revelan el deseo de buscar una causa física a su tristeza y, quizás de modo predominante, el profundo aletargamiento. *"El enfermo tiende a pensar que la vida no tiene sentido, lo ve todo negro y nada le resulta prometedor; se da una sensación de vacío y un sinsentido; los pensamientos tienden a ser morbosos y presididos por la idea de la muerte; el tiempo parece no tener fin"*. Es necesario tomar medidas para evitar el suicidio en tanto que la recuperación no sea completa.

Las depresiones severas requieren tratamiento médico que puede durar varias semanas o meses. La mayoría de las personas deprimidas responden positivamente a las manifestaciones de atención, de interés por parte de los

demás, a la sensación de que sus problemas le importan a alguien, a la oportunidad de conversar acerca de su pasado, especialmente cuando se trata de elevar su autoestima.

Evidentemente no hay que excederse en la detección de la sintomatología depresiva. El llanto, por ejemplo, que es a veces una de las expresiones de la depresión, puede ser muy normal en muchas personas, y aunque indique la necesidad de liberar alguna tensión, no tiene porqué preocupar más allá de lo necesario. De hecho, una reacción exagerada ante el llanto podría inhibir a los residentes de mostrar emociones normales. Sin embargo, llorar repetidamente sí indica una angustia significativa. Por el contrario, podemos encontrarnos con personas deprimidas que no derraman ni una lágrima, por lo que habremos de estar atentos a otras manifestaciones de su sufrimiento para que no nos pase inadvertido.

Suele ocurrir que el personal, al igual que los familiares que se ocupan de los ancianos en sus casas, sienta cierta responsabilidad y sentimiento de culpa cuando un residente no sale de su depresión, pero no tiene sentido cuando hace todo lo que está en su mano. Hay que aprender a mantener una actitud positiva, incluso cuando los residentes a nuestro cargo no presentan una mejoría aparente, pensando, que sin nuestra atención, los usuarios se encontrarían en peores condiciones.

El personal debería escuchar a las personas deprimidas, expresarles su preocupación por ellas. Está demostrado que la oportunidad de tener alguien con quien hablar y confiar, es un factor importante para prevenir la depresión. Es asimismo recomendable estimular las relaciones con otras personas y la participación en actividades dentro y fuera de la residencia.

La depresión no es un estado permanente pero la recuperación lleva un tiempo. Las recaídas son frecuentes y deben ser vigiladas.

12.1.6. MANEJO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Es preciso conocer el estado de salud físico y mental de las personas que solicitan ingresar en la residencia. Un adecuado exámen de salud puede revelar problemas importantes como, por ejemplo, un tipo de comportamiento agresivo que ponga en cuestión la capacidad de la residencia para atender de forma adecuada al solicitante. También puede revelar, que la persona en cuestión no precisa necesariamente de atención residencial y que puede arreglárselas en un entorno doméstico ligeramente habilitado. En cualquier caso, salvaguardando el derecho a la intimidad con la necesaria reserva profesional de los



trabajadores, éstos deben tener un conocimiento suficiente de los problemas de salud de los residentes, con el fin de asegurarles un tratamiento adecuado.

a) Problemas de orientación

A veces, resulta muy difícil atender a las personas que se encuentran en las últimas etapas de su demencia, en un medio no "especializado". Sin embargo, existen estrategias para manejar los problemas de orientación, que deben desarrollarse para hacer frente a situaciones, que de otra forma, pueden resultar difíciles.

Adecuar el entorno físico

Las características del entorno condicionan enormemente el tratamiento de las personas confusas. Por un lado, los espacios amplios, parece que facilitan su atención, los espacios pequeños agobian, pero facilitan la tarea de supervisión. Todo tiene sus ventajas y también sus inconvenientes, por lo que las situaciones intermedias son quizá las más recomendables. Es conocida la tendencia de estas personas a deambular, a ir y venir continuamente sin parar, lo que acarrea más de un problema. Suele ser útil contar con una galería libre, con una especie de "pista" por la que puedan circular a su aire, con seguridad y sin obstaculizar los pasillos.

La iluminación del local es también un factor a tener en cuenta, procurando que la luz sea natural porque es más tranquilizante.

Los colores dominantes serán suaves, remarcando con colores más intensos las puertas, ventanas, etc ... Así mismo, es conveniente usar distintos colores para diversos espacios o dependencias.

Mantener un sentimiento de identidad

Es importante que el personal de la residencia contribuya a que los usuarios con lesiones menos graves, refuercen continuamente su identidad. Contribuye a ello el que se les facilite mantener sus cosas en la habitación, animarles a que sean ellos mismos quienes elijan la ropa o las actividades en las que pueden implicarse. Hay que animarles también a que hagan cosas por los demás y hacerles ver muy claramente, que también pueden pedir que se hagan cosas por ellos, y, que en consecuencia, deben expresar sus deseos.

Dicho en otras palabras, estos residentes, como todos los demás, deben tener la máxima oportunidad posible para elegir su propio estilo de vida, y ello significa, por supuesto, que el personal y el resto de los residentes, tienen que ser tolerantes y colaborar en el día a día. Significa también que debe asumirse cierto nivel de riesgo calculado. Hay que ser prudentes pero no timoratos. Algunos estudios, el de Alison Norman (1) sobre la práctica en psicogerítricos por ejemplo, señalan que la frecuencia de accidentes no es significativamente más elevada en los establecimientos en los que los residentes pueden entrar y salir libremente, aunque obviamente, hay mayor riesgo de que se produzcan incidentes que pueden crear problemas al personal.

Identificar fenómenos ilusorios

Algunas personas no saben qué hacer cuando los residentes les comunican una ilusión, es decir, cuando perciben equivocadamente un estímulo real sobre todo cuando es positiva. Cuando alguien confunde el ruido de la puerta con disparos, por ejemplo, la tendencia lógica es tratar de convencerle de que no está en lo cierto. Otras veces puede parecer que la ilusión aporta cierto grado de confort y se tiende a alimentar la ficción. Sin embargo, "aprobar" las ilusiones de los residentes puede traducirse en un aumento de la confusión, por lo que es probable que sea preferible resistirse a ellas, no haciendo caso de la interpretación o intentando cambiar de tema.

Todo el mundo sabe que a menudo, un abrazo cariñoso, puede hacer más por tranquilizar y hacer que la persona confusa vuelva a entrar en contacto con su entorno, que cualquier argumentación lógica. Una simple visita vale para valorar una residencia. Es buena cuando se observa mucho contacto físico y risas, no de, sino con los residentes que están demenciados.

Orientar hacia la realidad

Es frecuente que de forma totalmente acrítica, se considere que no es posible, ni incluso deseable a veces, rescatar a las personas demenciadas de "su" mundo. Pensamos, sin embargo, que el simple intento de rescate, si se quiere, es bueno para la mayoría de las personas con discapacidades intelectuales.

Hay diversos métodos para trabajar en ese sentido, y no están libres de crítica, sobre todo, porque suelen aplicarse

(1) Norman, Alison "Severe Dementia: the provision of longstay care", Centre for Policy on Ageing, 1987.

esquemáticamente, como un recetario, y de manera impersonal.

Sin embargo, no se trata tanto de aplicar un método como de controlar y aplicar algunos principios generales en pequeñas dosis y con cuidado, ya que puede servir para disminuir los trastornos psicológicos de las personas con demencia, que ese es y, no otro, el objetivo de la orientación a la realidad.

La pauta principal consiste en reforzar los comportamientos "correctos". En consecuencia, cuando el usuario se muestra orientado hacia un aspecto cualquiera de la realidad, es bueno elogiar el hecho. También puede ser útil tratar de darle información muy sencilla sobre un aspecto concreto, repitiéndoselo cada día durante un tiempo más o menos largo, por ejemplo, enseñándole en el reloj la hora del almuerzo. Si el usuario manifiesta ideas ilusorias es probable que haya que cambiar de tema. De todas formas, a veces, aunque la persona parezca estar reviviendo experiencias pasadas (y a veces experiencias pasadas ficticias), las emociones manifestadas pueden tener que ver con cómo se sienten aquí y ahora y, por lo tanto, requieren una respuesta delicada.

A menudo, cuando la memoria inmediata de alguien está seriamente afectada, no consigue situarse en su entorno. Sin embargo se le puede ayudar a reconocerlo. Para ello, suele ser muy práctico utilizar pictogramas, además del nombre correspondiente en las señalizaciones, con el fin de facilitar el reconocimiento y la memorización.

Hanley (1) describe el caso de una mujer que a través de programas de OR consiguió ir al baño por su cuenta y a utilizarlo cada hora. Ello dio fin a una situación de doble incontinencia, causada, al parecer, no por un problema físico, sino por una memoria inmediata muy deteriorada.

Algunos residentes que tienen momentos lúcidos, ofrecen la posibilidad de que se les pregunte qué actitud desean que se tenga hacia ellos. Se puede charlar tranquilamente para saber si quieren que se les recuerden hechos recientes de su vida, la actualidad que parecen querer ignorar y seguir sus deseos al respecto.

En cualquier caso, es preciso ser muy prudentes en esta materia, porque resulta bastante fácil degradar a los residentes

con actitudes equivocadas. Para equivocarse lo menos posible habría que tener en cuenta que a veces el residente puede ser más feliz en su "realidad" ficticia, aunque también es cierto que esta posibilidad no debe justificar que "pasemos" de la situación de la generalidad de los ancianos confusos y no nos esforcemos en orientarles.

También hay que valorar muy bien, ya que se va a realizar un esfuerzo de comunicación, hasta qué punto resulta interesante la realidad diaria, la memorización de los nombres de las personas que les rodean, por ejemplo, o el aprendizaje de las actividades programadas, o si es preciso buscar puntos de interés más inspirados y divertidos para el usuario.

Hay que advertir también de los peligros del exceso de celo en este asunto. En efecto, el personal mal informado puede excederse en las tareas de entrenamiento o hacerlo inoportunamente. Lo ideal es introducir el tema en pequeñas dosis, con sumo cuidado y, sobre todo, tratar de aplicar el principio de la orientación cognitiva en la vida diaria, en el quehacer y en el trato habitual de manera relajada y agradable.

b) Problemas de conducta

Además de los problemas de confusión mental que ya se han tratado en este capítulo, en una residencia de ancianos se pueden apreciar otro tipo de situaciones problemáticas, por ejemplo los comportamientos extraños o inquietos, las conductas agresivas o potencialmente violentas, los comportamientos inadecuados o socialmente inaceptables y los estados de ansiedad.

Saber hacer frente a comportamientos extraños e inquietos

Las personas que han perdido sus facultades mentales, tienden a protegerse en la rutina y a refugiarse en las sensaciones bien arraigadas del pasado. Los comportamientos extraños pueden tener explicación y es importante que el personal trate de descubrirla. Una persona puede, por ejemplo, estar regresando a una o más experiencias tristes, quizás incluso violentas, de su infancia, o estar confundiendo a un miembro del personal

(1) Hanley, Ian and Gilhood, Mary (eds). "Psychological Therapies for the Elderly". Croom Helm, 1986.

con alguien del que sentía grandes celos en el pasado. La literatura nos da cuenta de cómo determinadas personas salen al jardín a tratar de hacer sus necesidades porque han vivido mucho tiempo en casas sin retrete o porque lo tenían en el exterior; también hay personas que salen a una hora fija, que no es otra que aquella a la que acostumbraban a sacar a su perro.

En consecuencia, se deben especificar lo más posible las conductas atípicas evitando utilizar términos generales tales como "inquieto", que no ayudan al análisis de la situación. Averiguando el hábito o problema que origina un comportamiento extraño, será posible trabajar junto con el residente en resolver dicha obsesión o bien, más probablemente, en relativizar la situación causante del problema o que hace que dicho comportamiento parezca un problema. Por otra parte, si resulta que un miembro del personal irrita a un residente por su forma de hablar o de vestir o por cualquier otra razón, debe hacerse lo posible para que sea otra la persona que le atienda directamente, lo mismo que si tiene la manía de salir a una hora determinada, habrá que procurarle la ayuda para que lo haga.

No se debe correr el riesgo de desatender una demanda o un problema porque lo plantea una persona que muestra signos de tener las facultades mentales perturbadas. Suele ser frecuente pensar que porque una persona tiene a veces comportamientos extraños, no hay que hacer nunca caso de lo que dice, por ejemplo, si se queja de dolor o de recibir mal trato. Hay que estar siempre alerta e investigar detenidamente cualquier queja por dolor o malos tratos por improbable que parezca.

Conductas agresivas o potencialmente violentas.

Cuando un residente se muestra agresivo con el personal, la respuesta puede ser de confusión, resentimiento, retraimiento o enfado. El primer paso para tratar un comportamiento hostil es reconocer el propio sentimiento de enfado que suscita; para ello resulta conveniente hablar con otros compañeros o con la persona responsable.

El segundo paso consiste en reconocer que la ira o la hostilidad no van dirigidas personalmente a nadie, hay que pensar que todos los comportamientos, incluso los que se producen en el curso de

enfermedades mentales, responden a alguna necesidad. Por tanto, la pregunta no debe ser "¿por qué esta persona está furiosa contra mí?" sino "¿qué le pasará a esta persona para que esté tan enfadada?".

El procedimiento a seguir cuando **un residente está furioso** se podría esquematizar de la siguiente forma:

- **Reconocer los propios sentimientos.**
- **Tratar de ganarse la confianza del residente cuando no está enfadado.**
- **Observar los gestos indicativos de que el enfado va en aumento, por ejemplo hablar solo entre dientes, apretar los puños, ir y venir de forma ansiosa.**
- **Comunicar a la persona que está furiosa que es normal enfadarse, pero dejar claro que la función del personal es impedir que se haga daño a sí mismo o a los demás.**
- **Ayudar al residente a reconocer su enfado y a encontrar la forma de controlarlo.**
- **Reducir los estímulos. Las personas agitadas pueden calmarse si se trasladan a un lugar tranquilo o si disminuyen los estímulos del ambiente, por ejemplo apagar el televisor, bajar el volumen de la música, poner una luz tenue y pedir a otros residentes o visitantes que abandonen la habitación.**
- **Si es necesario, el personal puede llegar a aislar al usuario o a utilizar la sujeción física.**
- **Es preciso que el personal conozca las pautas de actuación en caso de tener que recurrir a la reclusión o a la sujeción.**
- **El residente debe estar en un espacio amplio que le permita moverse libremente (a no ser que el personal intente sujetarle).**
- **Es recomendable hablar en voz baja y tranquila y utilizar un lenguaje claro.**

- Se deben tomar en serio las amenazas de agresión física. Si el personal tiene alguna duda sobre el control de la situación, debe solicitar ayuda.
- No se debe responder con enojo a la cólera del residente porque puede empeorar la situación. Hay que permanecer tranquilo.
- Utilizar técnicas de modificación de conducta para reducir comportamientos hostiles, y reconocimientos positivos cuando una persona es capaz de controlar su hostilidad o cólera.

- Se debe vigilar regularmente a las personas en riesgo, incluyendo la noche, los fines de semana y los cambios de turno. Si se considera que el riesgo es alto la vigilancia debe ser continua.
- Hay que tener en cuenta que un cambio de humor positivo en el curso de una depresión puede significar que se ha tomado la decisión del suicidio.

Comportamientos socialmente inadecuados

A veces puede ocurrir que un residente que padece cierto grado de confusión mental se comporte de una forma inapropiada, por ejemplo, desnudarse en público, hacer sus necesidades en lugares inadecuados, actitudes sexuales inapropiadas, etc. Se debe tener en cuenta que estas conductas normalmente son consecuencia de la enfermedad, no se producen para molestar deliberadamente a otros.

Ante estas situaciones el personal debe tratar al residente como una persona adulta, evitando regaños o castigos como si fuera un niño.

Por otra parte, deberá proteger al residente evitando situaciones que pueden resultarle embarazosas: si quiere quitarse la ropa, por ejemplo, se le llevará a su habitación o a un lugar privado, explicando siempre cual es la actitud adecuada y la inadecuada.

Es recomendable expresar comentarios positivos cuando el residente se comporta de forma apropiada.

Estados de ansiedad

La mayoría de las personas ha experimentado en algún momento de su vida estados de ansiedad; si éstos son graves, pueden producir severas disfunciones: irritabilidad, insomnio, inquietud u otras manifestaciones físicas como sequedad de boca, temblores, náuseas, dolores de cabeza, palpitaciones, mareos y sudoración excesiva.

¿Qué se debe hacer cuando se trabaja con una persona muy ansiosa?

En primer lugar, se deben reconocer los síntomas citados anteriormente. Es recomendable permanecer al lado del

Quando se aprecia en un residente **un riesgo de autoagresión o de suicidio**, la responsabilidad del personal debe ser impedir el peligro inmediato. Las siguientes recomendaciones pueden servir de orientación:

- No es acertado pensar que si se habla del suicidio se puede incitar a él, por el contrario, en ocasiones supone un alivio.
- Se deben tomar en serio las amenazas de suicidio y comunicárselas inmediatamente al responsable. Hay que tener en cuenta que las señales indicativas de intención de suicidio pueden ser verbales -"no puedo más, todos estarían mejor sin mí"- o no verbales, por ejemplo, repartir o deshacerse de objetos personales apreciados.
- El personal, junto con un responsable de la residencia, deben evaluar el problema y determinar un plan de actuación tomando las precauciones necesarias: cerrar las ventanas, retirar objetos peligrosos y, si se considera necesario, trasladar al residente a una habitación situada cerca de la sala del personal.
- No se deben guardar en secreto los indicios de una intención suicida. Aunque la confidencialidad es importante, cuando se trata de un suicidio potencial, la primera responsabilidad del personal consiste en comunicar al personal sanitario o a los responsables de la residencia el riesgo existente y proteger al residente.

residente practicando ejercicios de relajación como respiraciones profundas o alguna actividad física como pasear. Al mismo tiempo se tratará de entretener al residente en cosas simples.

En los episodios de gran ansiedad, se deberán reducir los estímulos externos: apagar el aparato de radio o de T.V., rebajar la intensidad de la luz o llevar al residente a un lugar solitario.

El personal debe hablar a los residentes de una forma tranquila y clara y no debe pedirles que tomen decisiones durante los estados de ansiedad.

Se deben reconocer los esfuerzos por controlar la ansiedad y animar al residente que la padece a analizar los factores que desencadenan y que alivian dichos estados.

Uso de sujeción física

En algún momento puede ser necesario recurrir a la sujeción física para controlar el comportamiento de una persona que es incapaz de hacerlo por sí misma. Nunca debe utilizarse este recurso por castigo o conveniencia, solamente como protección cuando otras medidas como el diálogo, la reducción de estímulos externos o los fármacos, han fallado.

La decisión para utilizar la sujeción física deberá ser tomada siempre por el médico o por el responsable de la residencia. El personal de atención directa, nunca deberá recurrir a tal medida por decisión propia. Sólo en caso de emergencia, el médico o el responsable de la residencia puede pedir ayuda al personal para reducir al residente.

Cuando se ha tomado la decisión de **sujetar físicamente al residente**, se deben seguir ciertas pautas de actuación:

- **Explicar claramente por qué es necesaria la sujeción y que no se trata de un castigo.**
- **Se tratará de que el residente, aunque sujeto, esté cómodo, evitando la postura de tumbado prono.**
- **Se debe supervisar al residente como mínimo cada 15 min., hablar con él para evitar la sensación de aislamiento y atender a sus necesidades fisiológicas: hambre, sed y necesidad de ir al servicio.**

- **Cada dos horas se debe cambiar de posición, vigilar las extremidades por si se produce un obstáculo para la circulación o el enrojecimiento de la piel.**
- **Valorar la decisión y liberar al residente tan pronto como se considere oportuno. Esta decisión será tomada por el médico o el responsable de la residencia.**
- **Recordar siempre que un residente sometido a sujeción física es una persona cuyos derechos y dignidad deben ser mantenidos.**

12.1.7. ACTIVIDADES PARA RESIDENTES CON DETERIORO MENTAL

Prudencia y atención

Si un residente con deterioro mental no quiere hacer nada, hay que respetar sus deseos, como los del resto de los residentes. Todo ser humano necesita de cierta actividad, pero es preciso elegir muy cuidadosamente, de acuerdo con las particulares habilidades, la más apropiada para cada persona. Hay que tener cuidado también en no aumentar la confusión ofreciendo una variedad desconcertante de actividades sociales o introduciendo cambios inesperados en su rutina. La creación de un entorno familiar y estable reviste la máxima importancia. De los resultados de algunas investigaciones se deduce que, una mayor oferta de actividades organizadas no es garantía de un contacto satisfactorio con el personal, ni de que estos vayan a hacer más cosas con los usuarios en lugar de para ellos, ni de que vaya a aumentar el trato individual. Cuando un residente no responde al estímulo de determinada actividad, que motiva a los demás usuarios, es preferible no insistir, ya que hacerlo, podría ser motivo de frustración y, en consecuencia, de una pérdida de autoestima.

Los terapeutas coinciden en señalar que unas pocas horas de actividad semanal regularmente ejercidas, como jugar a cartas, al dominó, al bingo, a los bolos o pintar, pueden mejorar el estado emocional de las personas con un deterioro mental grave.

También son útiles las charlas en grupos muy pequeños y, desde luego, la música

-tocar música con instrumentos de percusión, escucharla o bailarla es algo que normalmente agrada a las personas con una discapacidad intelectual-.

Las actividades físicas ayudan a aliviar las tensiones o la agresividad, y parecen promover una buena relación de grupo. Pasear por el campo, comer fuera y ver tiendas o entrar en una cafetería en la compañía de un miembro del personal, son actividades con las que tales personas pueden disfrutar mucho y que les ayuda a mejorar su orientación.

Normalmente, las actividades habrán de ser de corta duración, ya que su poder de concentración suele ser limitado y puede que necesiten frecuentes periodos de descanso. Las actividades que requieren cierta concentración resultan también fatigosas para el personal, por lo que para bien de todo el mundo, las sesiones no deberían durar más de una hora.

Contacto con familiares y amigos

Es importante para el usuario mantener el contacto con familiares y amigos, todo el mundo lo sabe, pero tampoco hay que enfatizar demasiado este aspecto. Entrar en una residencia no debería significar que uno sólo saldrá de ella cuando fallezca. Muchas familias podrían arreglárselas para tener a sus padres los fines de semana y días festivos, o durante un determinado periodo de tiempo, pero temen, que ese tipo de acogida, dé pie a mayores responsabilidades e incluso a tener que hacerse cargo definitivamente. Se diría que en esto, como en tantas otras cosas, funciona el todo o nada. Si se está en casa, se está en casa, y si se está en la residencia, no se sale de ella. Es importante el papel que pueden jugar los trabajadores, con todo el tacto del mundo, desde luego, para romper ese rígido esquema sin que los familiares se sientan coaccionados y puedan actuar libremente. Tacto, paciencia y, en ocasiones, asesoramiento técnico.

A veces, las visitas pueden aumentar la desorientación del residente o simplemente no ser posibles, pero ello tampoco indica que deba perderse contacto. Escribir cartas puede ser una actividad muy interesante en la que pueden intervenir trabajadores voluntarios. En cualquier caso, lo que no debería permitirse nunca es que el no ver a alguien suponga tener que olvidarle.

Recuerdos

No hace mucho tiempo los estudiosos del envejecimiento interpretaban como una muestra de deterioro mental, de "senilidad", de rechazo del presente, la tendencia de algunas personas mayores a abstraerse en el pasado. Ahora se piensa que la tendencia al recuerdo es algo normal, especialmente en las personas mayores, y que, de hecho, constituye, a veces, parte de un proceso reflexivo por el cual las personas buscan reconciliarse con la manera en que han vivido sus vidas y con lo que les ha tocado vivir. El recuerdo tiene mucho que ver con el ego. Ayuda a reforzar lazos entre cómo se ve uno a sí mismo en el presente y el concepto que se tiene de sí mismo en el pasado. Dado que la vejez puede minar el concepto que uno tiene de sí mismo, el recuerdo parece ser una estrategia importante, al menos entre algunas personas mayores, para mantener un sentido de la propia valía. Nos gusta reconocernos como éramos cuando éramos jóvenes y atractivos.

Lo dicho no debe dar pie, sin embargo, a pensar que cualquier circunstancia es buena para suscitar recuerdos especialmente en el trabajo con ancianos mentalmente enfermos o deprimidos. Hay que tener muy en cuenta el tipo de función que desempeñan los recuerdos o el testimonio de los mismos en cada individuo en particular. No podemos esperar que todos por igual abran el baúl de sus recuerdos y los ofrezcan a su alrededor como si fueran chocolatinas, ni tampoco que todos se sientan mejor por ello. Los recuerdos suelen ser algo muy querido, forman parte de la persona y de su psicología. Esto quiere decir que adentrarse en ellos puede ser, en principio, muy terapéutico, pero desde luego no es tan sencillo como organizar un juego de cartas. Pero no hay que desanimarse; cuando se aprende a trabajar bien con los recuerdos de los residentes suele producir resultados muy satisfactorios.

Como primer paso, hay que intentar conocer la actitud de cada uno de los residentes hacia los recuerdos haciendo preguntas del tipo "¿Le gusta pensar en el pasado? ¿Lo hace a menudo? ¿Podría decirme por qué lo hace?" Las preguntas hay que hacerlas individualmente y a solas. Cuando se hicieron preguntas similares a un grupo de personas que vivían solas en viviendas protegidas en Londres en 1970-71, (1) sus respuestas se agrupaban en las siguientes categorías:

(1) Coleman, Peter "The therapeutic use of Reminiscence". Psychological Therapies for the Elderly. Croom Helm, 1986.

- a) Aquéllos que afirmaron recordar bastante a menudo porque sus recuerdos constituían un tesoro que les proporcionaba placer o satisfacción.
- b) Aquéllos que afirmaron recordar a menudo pero a los que el pasado les resultaba inquietante, quizás porque les producía remordimientos, sentimientos de culpa o de tristeza por la mala suerte.
- c) Aquéllos que afirmaron recordar raramente, no porque se sintieran incómodos o insatisfechos con su pasado, sino porque se ocupaban más del presente, incluso del futuro.
- d) Aquéllos que afirmaron recordar raramente o no recordar en absoluto porque el contraste entre sus vidas de entonces y la riqueza/felicidad de su pasado les deprimía.
Si se les formulara este tipo de preguntas a nuestros residentes, es posible que las categorías fueran las mismas. Sería posible también identificar un quinto grupo:
- e) Aquéllos que afirman recordar poco pero que parecen muy interesados en hacerlo.

Es importante que, una vez establecida la actitud de un residente y conocido algo de su vida, el personal sea capaz de prever en qué medida, en caso de que se diera alguna, el recuerdo o la terapia del recuerdo puede beneficiarle como individuo.

En el estudio llevado a cabo en Londres, la mayoría de las personas pertenecían a los grupos a) y c) y, curiosamente, estos dos grupos de personas resultaron ser en general emocionalmente fuertes en su vejez, arreglándoselas para evitar la depresión. A nivel de residencias, el balance puede ser sin embargo bastante diferente y, desde luego, aquéllos que estén ya deprimidos o mentalmente enfermos tendrán menos probabilidades de pertenecer a las categorías a) o c).

- Para los residentes que pertenecen al grupo a), el recuerdo constituye ya una fuente de placer y fortaleza. Estos residentes pueden disfrutar de una actividad de recuerdos organizada junto con otros residentes. (ver capítulo correspondiente a Actividades) En caso de que un residente se encontrara muy deprimido o bajo de moral, por ejemplo por mala salud, existe la posibilidad de que el personal pueda ayudarle, a través de los recuerdos, a hacer frente a la

depresión, analizando con él cómo ha hecho frente en el pasado a otras situaciones difíciles.

- Es poco probable que los residentes del grupo c) necesiten de la terapia del recuerdo. Sus necesidades se centrarán probablemente en encontrar gente con la que comunicarse y en tener algo útil que hacer.
- Aquéllos que se encuentren en el grupo e) han podido adoptar la opinión muy generalizada de que lo que les haya pasado a ellos y a la mayoría de las personas mayores durante su vida tiene poco interés. Desempolvar recuerdos y contárselos a otros, a través de sesiones organizadas con ese fin, puede ayudar a restaurar en estas personas una visión más positiva de sus vidas, especialmente cuando, como consecuencia de la actividad, surge algún hecho concreto que posteriormente puedan compartir con los demás.
- También es posible que algunos del grupo b) puedan beneficiarse de la actividad del recuerdo. Puede estar indicado el ayudar a dichos residentes a darse cuenta de que no son los únicos responsables de los males que les obsesionan, o localizar experiencias y percepciones del mundo positivas y cambiar la dirección de su pensamiento haciéndoles recordar tales cosas. Pero si el énfasis que el residente pone en su culpa parece ser más o menos importante, tratar de distraerle o discutir con él puede ser contraproducente. Según Peter Coleman *"Uno tiene que escuchar al paciente con atención, escuchar todo lo que dice sin interrumpirle, ofrecerle la catarsis necesaria y ayudarle a pasar de un sentimiento de culpabilidad a un sentimiento de perdón"* (1). No es fácil ser ese "uno" al que se refiere el texto citado. No todo el mundo es capaz de representar el papel de "confesor". Se necesitan ciertas cualidades especiales y sobre todo una buena disposición.

Hay veces en los que el recuerdo puede no ser útil. Cuando el personal teme que pueda ser contraproducente incluso habrá que pedir el concurso de un especialista.

Lo que acabamos de señalar puede aplicarse también a quienes pertenezcan al grupo d), aunque es posible que necesiten ayuda de otro tipo. Coleman descubrió que todos aquéllos que pertenecían a este grupo estaban ya deprimidos, o lo estuvieron más tarde.

(1) Coleman, Peter "The therapeutic use of Reminiscence". Psychological Therapies for the Elderly, Croom Helm, 1986.

Sugiere que su incapacidad para recordar puede ser reflejo de su incapacidad para superar pérdidas, como la de un ser querido, o fruto de discapacidades graves, y quizás el resultado de su incapacidad para desahogarse de forma satisfactoria. El recuerdo tiene que ver, después de todo, con el pensamiento, y pensar es vital para adaptarse a cualquier cambio. Es posible que estas personas necesiten asistencia especializada para llegar a aceptar su nueva situación. La labor del personal, en este caso, sería la de tratar de encontrar el especialista adecuado y, al mismo tiempo, conscientes del tipo de sentimientos y de los problemas que implican, ser sensibles a la situación de estos residentes al relacionarse con ellos.

Hay que actuar, pues, con suma cautela y teniendo en cuenta que cualquier pauta al respecto será provisional, ya que nuestra comprensión de la relación entre el recuerdo y el bienestar está aún muy lejos de ser definitiva. En cualquier caso, los trabajadores deben ser conscientes de que trabajar en el recuerdo no constituye un medio para mejorar únicamente la interacción entre residentes con deterioro mental. Sin despreciar en absoluto ese objetivo, siempre que se aborde con habilidad y respeto, tampoco debiera ignorarse el posible alcance de lo que los residentes realmente quieren decir con sus recuerdos. En efecto, el usuario puede estar manifestando, explícita o implícitamente, sus necesidades o sus temores y el personal deberá procurar ser receptivo y tratar de responder adecuadamente. No hay que estar satisfechos, simplemente, porque se ha conseguido que los residentes estén haciendo algo.

12.1.8. LA COHABITACIÓN DE ANCIANOS CON Y SIN PROBLEMAS MENTALES

Es una cuestión controvertida. Algunos técnicos consideran que las personas ancianas con demencias graves deben ser tratadas en psicogeriátricos y, efectivamente, algunos establecimientos especializados de éste género ofrecen una atención muy adecuada. Otros, opinan que la atención en centros específicos puede acentuar la idea de segregación y, desde luego, puede hacer más fácil que personas con síntomas tratables o simplemente personalidades difíciles, sean etiquetadas como enfermas mentales para el resto de su existencia.

En numerosas residencias la integración es una realidad y funciona, pero cuando no funciona, la calidad de vida de los residentes "normales" puede deteriorarse. Hay ancianos que no aceptan la compañía de personas confusas y que pueden no sólo reaccionar con enfado, sino, a la larga, sentirse desorientados, deprimidos y acabar encerrándose en sí mismos. Así, por ejemplo, una persona intelectualmente normal, pero físicamente discapacitada, a la que se le coloca en la sala de estar entre dos residentes incapaces de comunicarse, dejará pronto de hacer el mínimo esfuerzo por hacerse entender. Los hábitos "antisociales" en la mesa, la incontinencia y un comportamiento desasosegado o ruidoso, pueden producir no sólo desdicha y una sensación de degradación, sino también la pérdida de confianza en quienes les rodean, puesto que terminan convencidos de que algún día irán a parar indefectiblemente a la situación en que se encuentran sus vecinos.

No existen soluciones ideales para esta cuestión, pero las siguientes **medidas** pueden ser de ayuda:

- **Tratar de mantener un equilibrio en favor de los residentes "lúcidos". 5 a 1 es una proporción que la experiencia ha demostrado ser satisfactoria, aunque, obviamente, múltiples circunstancias y la casuística concreta pueden hacer variar la proporción.**
- **Ofrecer a todos los residentes el máximo de intimidad posible. La habitación individual reduce, lógicamente, las molestias que pueden producir los vecinos.**
- **Disponer de instalaciones que permitan el aislamiento deseado o para recibir visitas sin temor a ser molestados.**
- **Escalonar las horas de comida o proporcionar mesas separadas a quienes tienen hábitos alimenticios desagradables.**
- **A la hora de hacer algún cambio de emplazamiento, en el comedor, por ejemplo, hay que solicitárselo a la persona que presenta menos riesgo de desorientación y no a quien tiene menos posibilidad de protestar.**
- **Tampoco hay que permitir que los residentes sin problemas mentales perciban que son siempre ellos los que tienen que ceder en favor de quienes tienen mayores**

...

• • •

necesidades. Hay que tomarse el tiempo necesario para charlar con ellos, conocer sus necesidades y su estado de ánimo.

- **Tratar de comprender y de dar una respuesta adecuada a los problemas causados por un comportamiento extravagante, ya que pueden afectar negativamente a los demás residentes.**
- **Hacer continuos esfuerzos por evitar que los residentes caigan en la incontinencia, con los consiguientes problemas para sí mismos y para los demás. (ver capítulo correspondiente a problemas de incontinencia).**
- **Hablar a los residentes no afectados, de la naturaleza de las enfermedades mentales que aquejan a sus compañeros de residencia y del significado de**

• • •

• • •

cualquier comportamiento inusual. Es justo que se les dé la oportunidad de entender y colaborar en la atención, si van a tener que convivir con dichos problemas. Es casi seguro que esta comprensión reduzca su miedo y hostilidad, y puede, al mismo tiempo, tranquilizarles el ver que el personal no mete en el mismo "saco" vejez y enfermedad mental.

- **Trabajar duro por mantener en la residencia una atmósfera de solidaridad y respeto por las enfermedades de los demás, ya sean mentales o físicas. El humor también tiene cabida, pero el personal debería reírse siempre con los residentes y no de ellos. Esta sea quizás la manera más efectiva de asegurar la solidaridad y el respeto entre ellos.**

12.2. PROBLEMAS SENSORIALES

PÉRDIDA SENSORIAL

El proceso normal de envejecimiento conlleva un deterioro físico gradual que afecta a nuestra capacidad sensorial. El declive puede ser tan ligero como para pasar desapercibido para muchas personas. A veces, si existe un deterioro en alguno de los sentidos, sobre todo cuando la persona es joven, el hecho puede compensarse, de algún modo, apoyándose e incluso desarrollando otras funciones.

Cuando todos los sentidos fallan a la vez, tal y como ocurre con frecuencia a una edad avanzada, tal adaptación resulta mucho más difícil. Ello no implica sin embargo, que se deba renunciar a que las personas ancianas se recuperen y puedan disfrutar de su vida, aun cuando la pérdida sensorial sea grave.

Este apartado trata, en general, sobre las causas y los efectos de las pérdidas de visión y de oído, y sobre las actuaciones que deberán llevarse a cabo para que los residentes puedan hacer frente a las mismas. Sin embargo, debido a que cada uno de los cinco órganos sensoriales -ojos, oídos, nariz, piel y lengua- nos ayudan a sobrevivir, y a apreciar y a comunicarnos con cosas que están fuera de nosotros,

comenzaremos por una breve consideración acerca del impacto del deterioro en estos otros sentidos.

• La percepción

No es muy normal sufrir una pérdida considerable de sensación en la piel. Sin embargo, de ser así, puede resultar muy grave. Normalmente la piel nos ayuda a percibir la temperatura, el dolor, la presión y el tacto; si los receptores de la piel son menos eficaces, esto podría dar lugar a lesiones no percibidas. La existencia de un fallo en la percepción se debe, por lo general, a un trastorno del sistema nervioso que impide que los mensajes de los receptores de la piel lleguen al cerebro.

Debería resultar fácil saber si la percepción de los residentes es deficitaria, con el fin de asegurarse de que toman las medidas necesarias. Se les debería animar a cambiar de posición con regularidad para evitar, por ejemplo, presiones potencialmente nocivas. Si su visión es correcta, se les podría dar un termómetro para probar la temperatura del agua cuando se laven o bañen. Deberían evitarse las bolsas de agua caliente en la cama. Es posible que sea necesario hacer

"revisiones" regularmente para comprobar que zapatos, anillos, relojes y prendas no están demasiado prietas y que no se han producido lesiones inconscientemente.

• El gusto y el olfato

Se calcula que cerca del 50% de las personas mayores sufren algún daño en el olfato. El mayor riesgo en estos casos es que no puedan detectar el olor del humo procedente de algo que está ardiendo, pero, en el ámbito de la atención residencial, debe haber, evidentemente, otros métodos de detección de incendios.

Una disminución del sentido del olfato, junto con una reducción de las papilas gustativas durante la vejez, puede desembocar en una pérdida de interés por la comida. La capacidad para percibir lo dulce y lo salado será lo primero en verse afectado. Hay que procurar esmerarse en la cocina y tratar de combinar sabores nuevos y tradicionales, con el fin de estimular, sobre todo, a quienes están afectados por pérdidas sensoriales.

• Habla, oído y vista

Normalmente, los propios ancianos y quienes les rodean aceptan la pérdida de estas funciones con un sentimiento fatalista y suele darse por hecho que ningún tratamiento es posible y que son incapaces de hacerse con ciertas habilidades que les permitan comunicarse y valerse por sí mismos.

Desgraciadamente, es cierto que el mejor tratamiento difícilmente puede restablecer las funciones deterioradas pero resulta posible paliar en alguna medida el déficit, motivando al anciano, prestándole la debida asistencia técnica y recurriendo al uso de la creciente gama de medios auxiliares disponibles.

Algunos profesionales sostienen que el servicio de rehabilitación está de más en una residencia puesto que la gente normalmente no se rehabilita en su casa. Esta idea se basa en una restrictiva definición del término rehabilitación. La rehabilitación no consiste sólo en aplicar un programa de ejercicios físicos; implica, además, el desarrollo de habilidades y consiste, sobre todo, en recuperar la confianza necesaria para lograr el máximo nivel de autonomía posible y de satisfacción en la vida. El mejor lugar para conseguir todo eso es la propia casa, cualquiera que sea la acepción de la palabra casa.

El mayor grado de independencia a lograr por un residente será totalmente distinto del que pueda aspirar otro, y será necesario considerar, de forma individual, los problemas y capacidades de cada persona. Por consiguiente, la mejor rehabilitación consistirá en ayudar a las personas a hacer cosas, por medio de consejos y estímulos, más que en darles todo hecho.

Es difícil hacerse una idea de lo que representa la pérdida de visión o de audición y, desde luego, no se consigue cerrando los ojos un momento y menos tapándonos los oídos. Es más, en los últimos tiempos se nos empieza a representar la sordera como algo positivo en un mundo de elevada contaminación acústica. La expresión "total, para lo que hay que oír" ilustra bastante bien ese punto de vista.

Comprendemos fácilmente que la pérdida de visión afecta a la movilidad y a la orientación, basta dar dos pasos con los ojos cerrados para advertirlo, pero nos pasa desapercibida su influencia en la comunicación.

La comunicación interpersonal es más sofisticada de lo que solemos pensar a primera vista. Además de utilizar la voz recurrimos al lenguaje gestual para el que utilizamos las manos y el rostro. Una persona sin visión necesita concentrarse profundamente para poder seguir la conversación de un grupo de gente. Además, al ciego, como al sordo, le es fácil sentirse excluido en una conversación entre varios interlocutores.

Comunicarse con las personas que sufren alguna pérdida sensorial, con las sordas sobre todo, exige cierto esfuerzo; hablar con más cuidado, más despacio, repetir las cosas, puede resultar incluso desalentador, porque no estamos seguros de haber sido comprendidos y tampoco nos atrevemos a preguntarlo, por lo que muchas veces, por temor a meter la pata, se opta por renunciar. Sin embargo, las personas ancianas con deficiencias del órgano de la visión o de la audición necesitan, por encima de todo, rodearse de gente que siga intentando mantener el contacto con ellas. Mantener contacto implica también saber escuchar, porque la comunicación es diálogo. Los residentes con este tipo de pérdidas sensoriales que sienten que no tienen cosas que comunicar, ni están motivadas para manifestar sus sentimientos o sus experiencias, corren el riesgo de aislarse y de deprimirse, de manera que aquello que al principio constituía, quizá, el menor de

sus problemas, en comparación con otras enfermedades o deficiencias más graves, puede a largo plazo convertirse en el mayor obstáculo para interesarse y disfrutar de la vida.

Vamos a abordar separadamente y con cierto detalle el problema de la pérdida de visión y de oído.

12.2.1. PÉRDIDA DE VISIÓN

¿Cómo puede esperar ver una persona mayor?

Los ojos cambian con la edad, de modo que es posible que la mayoría de nosotros necesite gafas para ver de cerca a partir de cierta edad. Es preciso revisar la vista regularmente. A una edad avanzada esto significa hacerlo una vez al año. A menos que se haya desarrollado alguna enfermedad de la vista, no hay razón para que una persona tenga mala vista en la vejez. Aproximadamente una de cada cinco personas mayores que visitan al oculista, necesitan únicamente gafas para mejorar la visión. Las gafas deben limpiarse con regularidad y estar siempre al alcance de su propietario. A diferencia de lo que la gente cree, la visión no sufre daño por utilizar gafas, incluso si no son las correctas, ni por actividades normales como leer o ver televisión.

Causas

Deficiencias visuales habituales

Es frecuente necesitar gafas. La gente que ve bien con gafas no se considera que tenga una discapacidad visual. Se suele tener miopía lo que se llama ser corto de vista, cuando existe dificultad para ver objetos de lejos. La hipermetropía consiste en no poder ver bien de cerca. El astigmatismo significa tener problemas para enfocar y en consecuencia ver de manera borrosa o distorsionada.

Enfermedades de los ojos

Las enfermedades más comunes son:

a) Glaucoma

Se produce cuando los canales de drenaje del ojo se estrechan de forma que la presión del fluido del globo ocular se acumula hasta que, eventualmente, puede destruir la retina y el nervio óptico. El daño es generalmente gradual y la vista se pierde, al principio, alrededor de los bordes de visión. El paciente tendrá

dolores de cabeza, visión borrosa y podrá ver halos de arco iris si mira a una bombilla. La enfermedad puede curarse o mitigarse con un tratamiento, pero será imposible recuperar la vista perdida hasta entonces. Por tanto, resultan de vital importancia la detección y el tratamiento tempranos.

b) Cataratas

Se producen cuando, a través de una enfermedad degenerativa, la lente del ojo se vuelve gradualmente opaca. Los primeros síntomas son que las cosas parecen húmedas. Esta enfermedad afecta a ambos ojos. Eventualmente se perderá la vista totalmente, pero cabe la posibilidad de operar. Las técnicas de intervención han evolucionado mucho. Hoy en día a la mayoría de los pacientes se les implanta una lente y sólo es precisa una hospitalización de 24 horas. Ya no es preciso utilizar esas gafas de lentes gruesas que se asociaban típicamente a esta enfermedad. Casi siempre se recupera la vista.

c) Degeneración macular

La mácula es la parte central de la retina. Nos permite apreciar detalles desde muy cerca. No se puede detener la degeneración una vez que ha comenzado, aunque generalmente es gradual y el paciente puede ver por el rabillo del ojo, y arreglárselas de esa manera. La lectura puede ser difícil o imposible, pero hay medios auxiliares que pueden servir de ayuda.

d) Pérdidas de visión agudas o repentinas

No son comunes, pero es preciso acudir al hospital en cuanto se siente un fuerte dolor de ojos, seguido de una pérdida de visión aguda. Los dos casos más frecuentes son:

El ataque agudo de glaucoma que produce fuerte dolor de ojos, y a menudo vómitos y visión borrosa. La hospitalización resulta total y absolutamente necesaria.

Desprendimiento de retina. Repentina lluvia de manchas negras en la visión de un ojo, con frecuentes y pequeños golpes de luz. Al final, habrá un área ciega en la visión. Será esencial que la persona se acueste tranquilamente, y se mantenga quieta y con los ojos cerrados mientras alguien pide ayuda médica.

Medidas que hay que adoptar cuando se percibe un deterioro de la vista.

Consultar al médico de cabecera o al oculista. Tras la necesaria revisión cabe determinar que la pérdida de visión sea un síntoma de otra enfermedad, que no tenga que ver con los ojos, y que sea susceptible de responder a un tratamiento. Puede requerir simplemente la corrección de sus lentes.

Le edad no debe constituir, en ningún caso, un impedimento para tener acceso a las medidas técnicas y a los medios de rehabilitación, incluido, naturalmente, el aprendizaje de los sistemas alternativos de lectura, escritura y orientación.

Medidas específicas para atender en la residencia a las personas con deficiencia visual

• Evaluación

Es necesario, en primer lugar, evaluar debidamente la capacidad y los problemas de los residentes con el fin de que el personal esté al tanto de las necesidades cotidianas, condicionadas por el deterioro visual y se puedan establecer unas pautas de atención adaptadas. El propio residente, el personal de la residencia y el especializado del área de minusvalía correspondiente, en su caso, deberán colaborar en la evaluación y en la planificación de los medios por los cuales el residente, pueda, si no restablecer la visión, si al menos su confianza, su capacidad para valerse por sí mismo y disfrutar de la vida. Estos son los puntos a observar:

Si de alguna forma llega a hacerlo, cómo se las arregla el residente para realizar las siguientes actividades:

| | |
|------------------------|--------------------|
| vestirse | escribir su nombre |
| comer | leer |
| lavarse | comunicarse |
| afeitarse | oír |
| peinarse | orientarse |
| cepillarse los dientes | ir al lavabo |
| manejar dinero | etc. |

Una vez determinado el alcance del problema, se podrá comenzar a estudiar la mejor manera de recuperar o mejorar dichas habilidades.

• Rehabilitación

Los residentes necesitarán tener oportunidades para practicar dichas habilidades con regularidad, independientemente del grado de pérdida

de visión. Ello significa que el personal deberá prestarles atención, darles ánimo y ayudarles con mucha calma. En esta etapa, el simple hecho de ver que alguien se interesa por uno, se muestra solidario, paciente y comprensivo con el verdadero reto al que se enfrenta, resulta más valioso que cualquier otra cosa.

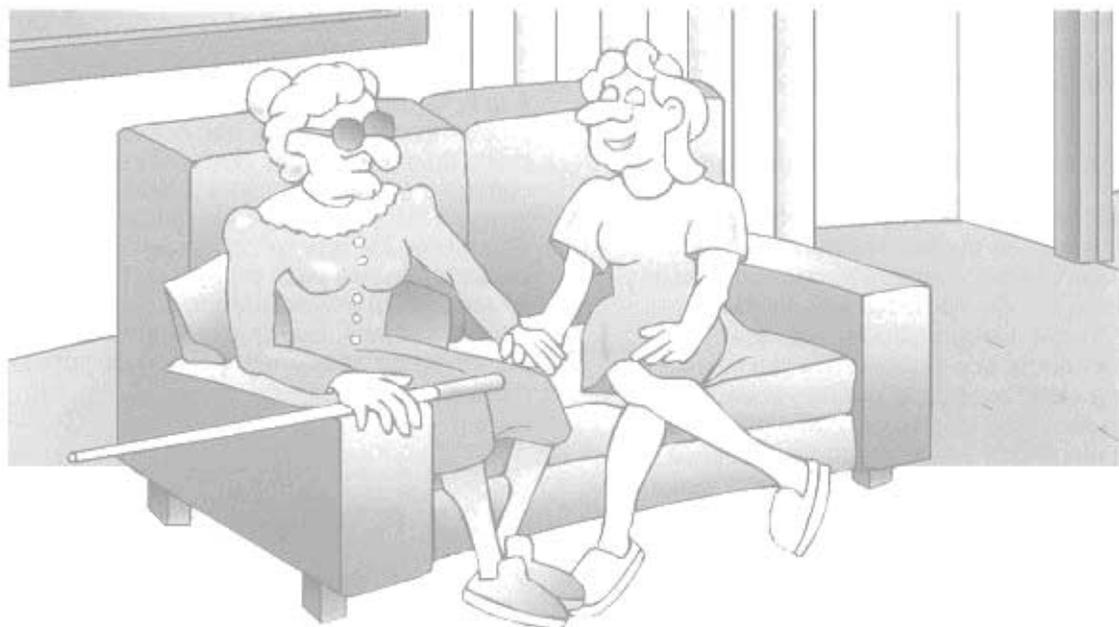
No colocar los objetos personales de los residentes en lugares no habituales, y asegurarse de que todo el mundo sabe dónde se guarda la ropa, las toallas, los cepillos, etc., de modo que el residente se sienta seguro entre sus objetos.

Para una persona ciega, es más fácil comer si se le indica el lugar que ocupa cada alimento en el plato. La ropa puede adaptarse para que el vestirse resulte más fácil. Los cierres de velcro son de gran ayuda, incluso en los zapatos, y será más sencillo identificar cada prenda si se cosen botones de diferentes formas sobre telas que hagan contraste.

• Adecuación del entorno

Se pueden hacer cosas para adaptar el entorno a las necesidades de las personas con deficiencias visuales. Sin embargo, antes de realizar grandes cambios es preciso establecer exactamente el modo en que la visión se ha visto afectada por la enfermedad.

- Deberán cuidarse con especial atención las medidas de seguridad habituales, por ejemplo, deberán retirarse todo tipo de cables sueltos, de alfombras (sobre todo si tienen flecos) ...
- Una buena iluminación puede cambiar de forma asombrosa la capacidad de visión de muchas personas. Una sola luz central colgando del techo no suele ser suficiente para una visión envejecida, aunque ésa suela ser la situación en la mayoría de las casas. Hay que experimentar con luces angulares y con lupas iluminadas para tratar de obtener el mayor recurso de los restos visuales.
- Muchas personas ancianas pueden tener problemas de orientación derivados de su visión defectuosa. A veces no pueden ver el límite entre la pared y el suelo, por lo que, al no saber dónde se encuentran, les resulta difícil hacer cualquier cosa. La combinación de colores fuertes y claros puede ser útil para, mediante el contraste, facilitar la orientación. Las manillas de las puertas pueden ser grandes y de colores vivos y las esferas de los relojes deberán ser muy definidas. También la vajilla debe contrastar con el color del mantel y en general los signos y objetos de identificación tendrán que ser llamativos. Claro que es posible, que el residente haya perdido la percepción del



color y, en ese caso, las anteriores medidas resultarán baldías.

- Hay que asegurarse en todo momento de que la persona ciega o ambliope no pierde sus referencias mediante el desplazamiento inadvertido de los elementos que le sirven de orientación. Cuando el campo visual es defectuoso, hay que asegurarse también de si es por ambos lados o no, porque en este caso habrá que procurar, cuando la persona tenga una movilidad reducida, que se sitúe de manera que pueda observar la vista más interesante.

No perder el contacto

El impacto psicológico de la pérdida de visión dependerá, en parte, de si sucede de forma gradual o repentina, y, lógicamente, del grado de la pérdida. Pero también dependerá de la personalidad del residente, de su estado de salud y de otras circunstancias. En cualquier caso, lo más importante estriba en saber cómo podremos convencerle de que, a pesar de la pérdida total o parcial de visión, la vida puede seguir teniendo sentido.

• Conversar con personas ciegas o con visión parcial

Gran parte del sentido de la vida reside en la comunicación con los demás. A continuación se enumeran algunas directrices para mejorar la comunicación. El personal debe tratar de convencerse y convencer a los propios residentes y a los familiares, de la necesidad de poner en práctica dichas recomendaciones sin avergonzarse ni apurarse por intentar algo diferente.

Es preciso tener una *actitud positiva* y convencerse de que cabe realizar multitud

- 1 **Crear situaciones en las que el residente tenga que hablar.**
- 2 **Asegurarse de que sabe que estamos presentes, antes de estar demasiado cerca y que le coja por sorpresa.**
- 3 **Decirle quiénes somos y llamarle por su nombre.**
- 4 **Cogerle del brazo o de la mano para que sepa que nos estamos dirigiendo a él, en caso de que tenga problemas de oído; en general, salvo que observemos reacciones adversas, no hay que temer utilizar el contacto corporal en la comunicación.**
- 5 **Hablar con claridad, pero sin gritar.**
- 6 **Describir con claridad el tema de conversación.**
- 7 **Contestar a las preguntas asegurándonos de que hemos sido entendidos.**
- 8 **Cuando hay más gente no se debe tratar de hablar de lejos: asegurarse de que conoce a los presentes y estimularle para que participe en conversaciones de grupos pequeños.**
- 9 **Advertir al residente cuando vayamos a marcharnos.**

de cosas, aún teniendo impedimento visual, tales como escuchar la radio o grabaciones, cuidar niños, animales, plantas, asistir a conciertos. Pero claro

todo depende de las oportunidades y de las ayudas que se les dispensen para poder desarrollar dichas actividades.

Servicios y ayudas técnicas

Las personas ciegas tienen muy pocas limitaciones cuando reciben el entrenamiento adecuado para orientarse y disponen de las necesarias ayudas técnicas. Desgraciadamente, ocurre con frecuencia que quienes pierden la vista a una edad avanzada quedan privadas de los recursos existentes, como si, de cara a la respuesta social y técnica necesaria, la vejez primara sobre la *deficiencia visual* considerándose la segunda una consecuencia *natural* de la primera. Por otra parte, está muy arraigada la tendencia a considerar que la acción especializada - quizá excesivamente sectorializada en nuestro contexto- no se justifica a edades tardías.

Por las razones que sean, lo cierto es que las personas mayores pierden la oportunidad de utilizar este tipo de recursos porque ellas y sus cuidadores desconocen los recursos de que disponen. Así pues, hay que informarse e informar de la existencia, por ejemplo, de bastones de ciego, de relojes braille, de libros grabados y máquinas de escribir adaptadas, de grabadoras. Las personas con deficiencia visual que muchas veces no saben cómo matar el tiempo pueden encontrar muy interesante el que se organicen sesiones informativas sobre materiales adaptados a su discapacidad funcional.

Atención directa

Indudablemente el mejor programa de rehabilitación no excluye la necesidad de cierta atención especial en el trato con personas aquejadas por deficiencias visuales graves. Habrá que hacer muchas cosas con ellas y para ellas. Incluso quienes hayan aprendido braille se encontrarán muchas veces en situaciones en las que pueden necesitar que alguien les lea algo, como una carta o un artículo del periódico. Hay que hacer lo posible para que no les resulte difícil solicitar lo que necesitan. En su situación se agradece todavía más algún comentario positivo acerca de su aspecto físico y la ayuda en el cuidado personal. Debe vigilarse, especialmente, la posible aparición de problemas de la piel o de los pies y ayudarle a secarse bien después de lavarse.

Si los residentes ciegos o con ceguera parcial están en condiciones de salir fuera de la residencia, se les deberá animar a

que lo hagan, ofreciéndoles ayuda cuando lo precisen.

A la hora de acompañar a alguien con problemas visuales hay que hacerlo con cierto cuidado. No hay que mostrar el camino mediante empujones, aunque sean leves, ni debemos cogerles del brazo. Serán ellos los que se apoyen en el nuestro para caminar un paso más atrás. Esto es importante, al cruzar puertas o subir y bajar escalones. Hay que indicar la presencia de escalones, y si son de subida o bajada.

12.2.2. PÉRDIDA AUDITIVA

Es frecuente que a las personas de edad avanzada se les hable alto simplemente porque se supone que, al ser vieja, debe estar sorda. Efectivamente la prevalencia de la sordera crece a medida que aumenta la edad de la población, pero este hecho no nos debe llevar a pensar que la sordera es un síntoma común e inevitable de la edad.

Algunos técnicos defienden que la presbiacusia viene condicionada por factores que actúan antes de la vejez, por lo que la relación entre ésta y la sordera podría variar. De todas formas es un hecho indiscutible que las deficiencias auditivas son frecuentes entre la gente de edad. Según algunos estudios el 60% de las personas de más de 70 años tiene una pérdida auditiva importante y la proporción sube hasta un 84% entre los mayores de 85 años.

De la pérdida auditiva se dice que es una deficiencia invisible, a la que quizá por ello, porque no es evidente, se le resta importancia. Pero puede tener efectos muy graves, llegando incluso a determinar el aislamiento social de las personas que la padecen. A menudo, no se busca ninguna ayuda o no al menos con la premura debida, quizá porque cuesta reconocer los problemas. Perder la audición quiere decir estar haciéndose viejo y perdiendo facultades, y no sólo auditivas. Téngase en cuenta que frecuentemente asociamos sordera y *chochera*, relacionamos el no oír con el ser estúpido y obstinado. "¿Estás sordo, o qué?!"

Por otra parte, la sordera tampoco resulta cómoda o simpática para los oyentes porque, sin suscitar los *buenos sentimientos* que provoca la ceguera, resulta frustrante que no nos entiendan e

incluso, insultante a veces. Por eso, se suele desconfiar de las personas sordas e incluso se les acusa de no oír deliberadamente.

Dada la elevada frecuencia de la sordera en la población anciana, las estrategias para ayudar a las personas sordas a comunicarse deberían constituir una de las prioridades en las residencias de ancianos.

Causas

Son múltiples las causas de la pérdida auditiva entre las personas mayores. Algunas son hereditarias, otras producidas a consecuencia de daños en los oídos o conductos auditivos. También parece que, a veces, estos factores se combinan - es decir, que los factores hereditarios pueden hacer que las personas sean más susceptibles a sufrir daños. Sin embargo, casi siempre se les dirá a las personas mayores con una pérdida auditiva que tienen "presbiacusia", una enfermedad que parece desarrollarse gradualmente en el mecanismo auditivo debido al envejecimiento y que afecta a ambos oídos. Es un diagnóstico controvertido de todas formas y hay técnicos que dicen que la tal presbiacusia es una cómoda etiqueta con la que se evita la complejidad de un diagnóstico más afinado. En cualquier caso, es preciso tener cuidado y no ignorar posibles enfermedades reversibles.

En general hay dos grandes tipos de sordera:

a) **pérdida de transmisión**, producto de problemas existentes en la conducción auditiva y que hacen que percibamos los sonidos de manera más apagada o

amortiguada. Este tipo de sordera, por ejemplo, es la que frecuentemente suele ser producida por los tapones de cera, que pueden extraerse, o por una otitis, que cabe tratar, u otros problemas, que pueden subsanarse amplificando el sonido por medio de aparatos.

b) **pérdida neurosensorial**, causada por lesión del mecanismo sensorial del oído, por lesión en el nervio auditivo o las vías nerviosas centrales. Afecta a la capacidad para distinguir sonidos, por ejemplo entre el habla y el ruido, o puede hacer que se reciban de manera distorsionada con efectos muy desagradables o que se pierdan total o parcialmente ciertas frecuencias. La pérdida auditiva más común entre los ancianos suele ser de este tipo y encontraremos que, frecuentemente, se quejan de que oyen pero no entienden lo se les dice, oyen ruido que es muy molesto pero no discriminan, por eso pueden llegar a decir también que lo suyo es peor que no oír.

Las prótesis auditivas pueden ser de ayuda en determinadas circunstancias, pero no siempre.

Medidas que hay que tomar cuando se aprecia una pérdida auditiva

- Como siempre, en cuanto se sospecha un problema deberá informarse al médico de cabecera. Si sólo es cuestión de un tapón de cera, se podrá extraer fácilmente. De existir una infección, la pérdida temporal puede derivar a permanente si



no es tratada adecuadamente. Ciertas intervenciones pueden aliviar o solucionar un problema de audición.

- Si el problema consiste en que se sienten ruidos en el oído, también deberá darse cuenta de ello al médico de cabecera o al especialista. El diagnóstico no tiene por qué ser necesariamente un Síndrome de Menière, trastorno muy desagradable del oído interno que causa zumbido de oídos y vértigo, con una pérdida progresiva de audición. El médico establecerá el diagnóstico, el tratamiento y la ayuda adecuada. Habrá que tener sumo cuidado en controlar que las ayudas protésicas prescritas son eficaces y si se siguen adecuadamente las indicaciones del audioprotesista.

inusualmente altos y extraños durante cierto tiempo, pero estando advertido, el personal podrá animarle para que sea paciente y espere hasta que llegue el momento en que se acostumbrará a los sonidos. Como queda dicho, muchos residentes tendrán dificultades para oír cuando se habla en grupo y, como suele ser costumbre, más de una persona a la vez, de modo que habrá que tener en cuenta este problema a la hora de organizar actividades. El nuevo usuario tardará unas seis semanas en utilizar la prótesis fuera de la residencia, y puede tardar al menos tres meses en acostumbrarse totalmente. Si después de transcurrido ese período su uso sigue siendo insatisfactorio o incómodo, habrá que solicitar una revisión en el gabinete que colocó la prótesis.

Medidas a adoptar en la propia residencia

a) Evaluación

Es necesario tener la seguridad de que los usuarios de la residencia tienen un control periódico de su audición, por lo menos cuando se sospecha la existencia de un problema auditivo. Habrá que valorar también las áreas específicas o las habilidades a las que afecta el problema, con el fin de adaptar los programas de atención individual.

b) Apoyos a la comunicación

Es importante facilitar el máximo de información escrita a los residentes y, desde luego, no debe faltar nunca un tablón de anuncios. No se trata de evitar la comunicación oral e individualizada, pero sí de dar como medida de apoyo las máximas alternativas.

c) Ayudas técnicas

Una tercera parte de las personas a las que se les prescriben prótesis auditivas no las utilizan. Sin duda alguna esa proporción puede reducirse con la colaboración de los trabajadores de la residencia.

Es necesario enseñar a los residentes a utilizar la prótesis. Algunos profesionales poco honestos se limitan a *colocar*, en el doble sentido del término, el aparato sin muchas garantías y desde luego sin ofrecer el aprendizaje de su correcta utilización. El residente debe comenzar a utilizarlo en una habitación silenciosa, al principio, durante una media hora cada vez, incrementándose poco a poco el tiempo y la gama de sonidos. Al nuevo usuario, los ruidos podrán parecerle

d) Revisión de las prótesis

Las revisiones periódicas nos permitirán verificar si los audífonos funcionan correctamente y detectar eventuales problemas. La funda en la que se guarda el audífono deberá estar limpia y habrá que cambiar el cordón después de varios meses de uso, cuando tenga señales de deterioro. Un sonido como un chisporroteo puede indicar la necesidad de limpiar los contactos internos del aparato o que hay que cambiar de pila. Las verificaciones rutinarias, llevadas a cabo en residencias y en domicilios particulares, demuestran que hay muchas personas que llevan audífonos sin pilas.

Si no se percibe sonido o es débil, y sin embargo las pilas están cargadas, deberá verificarse que los tubos no están bloqueados. Si por efecto de la condensación el tubo flexible se encuentra obstruido, habrá que soplar a través de él para limpiarlo. La condensación en el tubo curvo rígido deberá eliminarse con cuidado, porque jamás se debe soplar directamente en el aparato. Ni el auricular ni el audífono deberán mojarse; sin embargo, el molde de la oreja deberá limpiarse por separado regularmente con agua templada y jabón, y después deberá secarse bien. Su duración se calcula entre dos y cinco años. Si el usuario pierde peso, pueden producirse distorsiones de sonido, ya que es posible que el molde no se ajuste como es debido.

No debe insistirse excesivamente acerca de la necesidad de usar la prótesis. Los ancianos pueden tener sus razones para no usarlas, de manera que habrá que valorarlas para tratar de remediarlas. Es

posible que algunas personas necesiten ayuda para colocarse el audifono pero no se atrevan a solicitarlo, o simplemente, no le vean sentido a su utilización porque nadie se acerca a conversar con ellas.

Mantener el contacto

Los trabajadores deben tener en cuenta estas sencillas **reglas para tratar con las personas que no oyen bien**:

- 1 **Evitar acercarse por detrás, ya que podrían sobresaltarle.**
- 2 **Atraer su atención antes de comenzar a hablar.**
- 3 **Sentarse cerca de ella de manera que pueda hablarle a su oído "bueno", pero hacerlo a menos de un metro. Veinte centímetros podría ser demasiado cerca, si utiliza aparato.**
- 4 **Hay que hablar de frente vocalizando bien, sin obstruirse la boca con las manos, ya que es posible que se ayude de nuestra expresión e incluso de la lectura labial para entendernos. Gritar resulta total y absolutamente innecesario.**
- 5 **Si la persona utiliza prótesis, darle tiempo a que la ajuste, y comenzar con algo que sea corto y fácilmente comprensible.**
- 6 **Hablar con normalidad, sin titubeos e, insistimos, sin gritos ni movimientos exagerados de los labios.**
- 7 **Ser paciente, tranquilo e intentar ir al grano directamente. Si no le entienden, intente probar con palabras diferentes, ya que unas son más fáciles de leer en los labios que otras.**
- 8 **No dejar que la persona se canse demasiado. Es probable que tenga que concentrarse más que usted.**
- 9 **Con las personas completamente sordas es probable que necesitemos ayudarnos de mensajes escritos, dibujos o mímica, y estimular a la persona para que hable lo más a menudo posible.**

Existen otros factores que pueden facilitar o dificultar la comunicación:

- Hay que cuidar muy especialmente la vista para compensar la audición deficiente y al revés.
- La disposición de sillas y butacas en las salas, formando grandes círculos, no es la más adecuada para facilitar la comunicación de personas que utilizan audifonos. Tampoco ayuda mucho el sonido de fondo de la televisión. Es difícil alterar las costumbres, pero no se debe dejar de animar a los residentes a que se reúnan en grupos pequeños y en ambientes tranquilos, siempre que sea posible. Las sesiones de ayuda a la audición, la práctica de la lectura labial, las actividades o los grupos de debate para personas con problemas de audición, ofrecen la oportunidad para variar la disposición de los asientos, así como para establecer nuevas relaciones.

Otros medios y servicios auxiliares

Hay que esforzarse en estar al tanto de las ayudas técnicas existentes para facilitar la comunicación de las personas con deficiencia auditiva.

Las señales de alarma luminosas -o las vibratorias en su caso- son poco costosas y fáciles de instalar. El amplificador telefónico puede ser muy útil para muchas personas y también la instalación de un bucle magnético en alguna sala de TV, para mejorar la recepción de las personas que usan prótesis. Merece la pena investigar también las alarmas de incendios con luces intermitentes, o las alarmas vibrantes que se colocan en el cuerpo o debajo de la almohada.

Cómo ayudar a los residentes sordociegos

Felizmente, no es muy frecuente el caso de personas que padecen una deficiencia visual grave y al mismo tiempo son sordas. Habrá que estimular la evocación agradable del mínimo recuerdo visual o auditivo que quede en sus mentes. Lo normal es que, cuando menos, una de las dos deficiencias les haya sobrevenido antes de la vejez, por lo que en muchos casos serán capaces de hablar. Pero, en cualquier caso, no podrán captar lo que ocurre a su alrededor si no es a través del tacto o si alguien les habla directamente. Si no se les presta mucha atención corren el riesgo de convertirse en seres solitarios y retraídos, y dado que no podrán salir sin compañía, tienen el riesgo adicional de debilitarse por falta de ejercicio.

• Comunicación

La comunicación de estas personas no es en absoluto imposible. La mejor forma de hacerlo es mediante el alfabeto manual. Se puede aprender en media hora, de alguien que esté familiarizado con él. También puede hacerse marcando letras mayúsculas sobre la palma de la mano izquierda de la persona que "escucha". Sorprendentemente, estos métodos son muy satisfactorios tras un breve entrenamiento.

Para establecer una comunicación a distancia o tener acceso a la literatura es imprescindible el recurso al método braille o eventualmente al "moon".

• Estimulo y compañía

Un residente ciegosordo agradece enormemente poder estar al sol o disfrutar de una brisa agradable, por lo que hay que estar atentos para ayudarles a aprovechar el buen tiempo. Hay que asegurarse de que, por medio de la práctica y el estímulo, pueda sentirse lo suficientemente seguro como para moverse independientemente en un entorno seguro y familiar, valiéndose por sí mismo al máximo.

El modelado suele ser una actividad atractiva para estas personas. Existen también una serie de juegos táctiles de ajedrez, dominó, etc. que son muy adecuados y en los que pueden participar personas videntes.

12.3. PROBLEMAS DE INCONTINENCIA

12.3.1. CAUSAS DE LA INCONTINENCIA

La vejiga, con la edad, muestra signos de determinados cambios: por ejemplo, la gente mayor puede necesitar orinar con más frecuencia y con menor sensación de tener ganas de hacerlo. Esto se debe a lo siguiente:

- reducción de la capacidad de la vejiga, junto con una incapacidad de vaciarla completamente
- pérdida de las ganas de orinar
- pérdida del control cerebral de la micción.

Los riñones también pueden perder parte de su capacidad para concentrar la orina. Sin embargo, la mayoría de las personas mayores pueden conseguir controlar la influencia de estos cambios modificando ciertos hábitos por ejemplo, podrán levantarse más veces por la noche para ir al baño. De modo que la vejiga no es probablemente la causante de la incontinencia aunque los cambios que pueda sufrir con el envejecimiento contribuyan a su aparición y desarrollo.

Se han descrito las tres fases necesarias para ser continente. En primer lugar, es necesario identificar un lugar aceptable para la excreción; en segundo lugar, ser capaz de llegar hasta él; y en tercer lugar, ser capaz de aguantar hasta llegar hasta allí.

Todo lo que interfiera con cualquiera de esas habilidades podrá causar incontinencia. Algunos tipos de incontinencia son reversibles y precisamente, la principal prioridad al hacer frente al problema consiste en determinar cuidadosamente, si la enfermedad es reversible o no.

La disfunción física como causa de la incontinencia

La incontinencia puede ser causada por:

- diabetes no detectada
- infecciones del sistema urinario o de la vejiga (con la consiguiente urgencia para la micción o determinando que sea frecuente y dolorosa)
- obstrucciones, que interfieren con el funcionamiento normal del sistema urinario.

Esto último es la causa de lo que se llama "retención", es decir, la vejiga no puede vaciarse por sí sola, y da lugar a una especie de goteo continuo. Puede estar ocasionado por la presencia de piedras o de tumores, la inflamación de la próstata en los hombres, o por la obstrucción de heces.

Factores medioambientales de la incontinencia

Tener un fácil acceso a un retrete es de vital importancia. Los siguientes factores son cruciales:

- Distancia real desde el salón, el comedor o el dormitorio (no deberá sobrepasar los 20 metros)
- Que el modelo de sanitario permita a la persona afectada levantarse de ella sin demasiada dificultad o dolor
- Que no haya escasez de sanitarios, de manera que alguno permanezca libre (Se calcula que debe haber al menos uno por cada cuatro residentes)
- Que la altura y la posición de la taza y las barandillas resulten cómodos y de fácil utilización.
- Que la puerta sea fácil de reconocer
- Que los pasillos estén bien iluminados
- Que la temperatura de los retretes sea agradable

Entre facilitar el acceso mediante el suficiente número posible de retretes y destinar su uso, diferenciadamente, a hombres y mujeres, no cabe duda, que es preferible optar por lo primero permitiendo el uso indistinto. Deberán colocarse sillas-orinal estratégicamente en el lado de la cama por donde el residente tiene costumbre de levantarse. La privacidad y la dignidad son muy importantes, ya que la timidez puede inhibir las ganas de orinar.

Hay otros aspectos del régimen residencial que es preciso tener en cuenta. Por ejemplo, está comprobado que cuando los residentes están implicados en alguna actividad interesante, se orinan menos, quienes permanecen activos a lo largo del día no necesitan tanto tomar sedantes por la noche, y por consiguiente tienen también menos riesgo de orinarse en la cama. Un ambiente relajado y tranquilo, y la voluntad de responder a los hábitos y necesidades individuales, en lugar de someter a todo el mundo a un mismo régimen inflexiblemente, son factores que favorecerán la continencia.

La falta de privacidad puede contribuir también a la incontinencia. Orinar y defecar es algo muy íntimo y muchos residentes pueden negarse a hacerlo ante otras personas, o simplemente sabiendo que alguien está cerca y puede oírles. Las sillas-orinal deben utilizarse también con sumo cuidado puesto que pueden resultar

muy inhibitorias. Por consiguiente, el personal de la residencia deberá ser muy sensible al respecto y alejarse discretamente mientras el usuario utiliza el retrete. En algunos casos puede ser útil la instalación de timbres de llamada.

Es fundamental que los retretes estén limpios ya que, de no ser así, algunos usuarios pueden preferir no utilizarlos. Hay que revisar el estado de limpieza continuamente.

Causas psicológicas de la incontinencia

Los cambios traumáticos en el modo de vida y la pérdida de confianza pueden tener un efecto dramático en la continencia. Por ejemplo, la pena, el enfado, la desorientación que puede producir el ingreso en residencia, explican la incontinencia de personas que no tenían problemas cuando vivían en su propia casa. La incontinencia, a su vez, puede generar desesperanza y pérdida de autoestima determinando además que la persona desarrolle un rol dependiente. La pérdida temporal del control después de un ataque puede tener el mismo efecto, lo mismo que la depresión. Como se ha indicado anteriormente, la incontinencia puede generar el desprecio de los demás residentes, y hacer que la persona afectada se aisle totalmente, fortaleciéndose su frustración y su sentimiento de pena e impotencia, a menos que se logre romper el círculo vicioso.

Estados de confusión agudos como causa de la incontinencia

Prácticamente cualquier enfermedad física o la combinación de determinados medicamentos, pueden trastornar el equilibrio mental (ver capítulo correspondiente a problemas mentales), y la incontinencia puede ser uno de los efectos secundarios de dicho trastorno. De hecho, suele constituir la primera señal de que algo va mal. Si una persona ha comenzado a tener "accidentes" sin motivo físico aparente, el chequeo médico y la revisión de la medicación pueden mostrar la existencia de causas subyacentes.

Trastornos del sistema nervioso central como causa de incontinencia

El cerebro consigue mantener la continencia a través de la inhibición del

acto involuntario de vaciar el contenido de la vejiga y del intestino. Algunos trastornos o accidentes cerebrales, pueden dañar o interferir esa función refleja. Es muy importante no considerar la demencia como la primera causa de incontinencia hasta que no se descarten otras posibilidades. Aunque el sistema nervioso central haya sufrido daños, es muy probable que la persona recupere el control o vuelva a aprender a controlarse a través de un programa de atención individualizado (Ver Cuadro 1 en anexo 4).

Otros factores que contribuyen a la incontinencia

- Aumento del volumen de heces o de orina.
- Abuso de laxantes durante un período largo de tiempo. Por desgracia, a veces, las personas mayores toman demasiados laxantes, porque creen, equivocadamente, que necesitan evacuar todos los días. Si no se les puede convencer de lo contrario, tratar al menos de que usen un laxante más suave.

12.3.2. CÓMO AYUDAR A MANTENER LA CONTINENCIA

Trabajo de vigilancia

Existen muchos procedimientos para hacer frente a la incontinencia y cada equipo debe buscar el que más le convenga. A continuación mostramos a título de ejemplo un **procedimiento estándar** recomendado para ayudar a que las personas mayores resuelvan el problema de la incontinencia.

- 1 **Recoger la historia del problema.**
- 2 **Determinar a que tipo de incontinencia corresponde (Ver Cuadro 1, anexo 4).**
- 3 **Remitir al residente a su médico para que le haga pruebas con el fin de descubrir causas físicas o, en su caso, psicológicas del problema.**
- 4 **Adaptar el entorno lo más posible para promover la continencia.**
- 5 **Elaborar, junto con el residente, un plan de atención adecuado.**

Puede consistir en la realización de ejercicios del suelo pélvico, llevar una agenda de evacuaciones y de formación de hábitos (ver Cuadro 2 en anexo 4), y utilizar instrumentos y equipos adecuados.

- 6 **Es interesante poder contar con el asesoramiento de una persona especializada si no se consiguen los objetivos propuestos.**
- 7 **Si es imposible conseguir la continencia, tratar de controlar la incontinencia dentro de unos límites socialmente aceptables.**

Reeducación individual

La reeducación individual puede ser muy eficaz y merece la pena intentarla. En un primer momento puede exigirle mucho tiempo al personal, pero a la larga se ahorrará tiempo y dinero evitando que la ropa de cama y el mobiliario se ensucien y estropeen. Se nombrará a una persona concreta para supervisar al residente cada cierto tiempo –por ejemplo, al principio cada dos horas–, y se anotará en un diagrama si dicha persona ha orinado o defecado. Después de conducirlo al retrete se anotará el resultado en el diagrama. Después de un par de días se puede deducir del diagrama si el intervalo de dos horas es suficientemente largo para que la persona se mantenga seca en el intervalo de visitas al retrete. Si no es demasiado largo, puede extenderse gradualmente en razón de un cuarto de hora cada vez, hasta que se haya alcanzado un máximo razonable para esa persona, y deberá seguir durante una semana o dos hasta que el hábito se haya fijado y (si es posible) hasta que la persona pueda controlarse por sí misma. Si el diagrama demuestra que dos horas es demasiado tiempo, el período se reducirá progresivamente en quince minutos, hasta encontrar el período de tiempo en que la persona se mantiene seca, y después podrá empezar a alargarse gradualmente. Con independencia del período de tiempo utilizado, si la persona apenas consigue mantenerse seca, podrá resultar necesario combinar este tipo de reeducación con el uso de medicamentos que ofrezcan cierta mejora del control de la vejiga, de modo que un método pueda reforzar el otro. Los medicamentos, por sí mismos, no tendrán demasiado efecto.

Aumentando ligeramente el tiempo entre las visitas al lavabo, la vejiga podrá contener más orina y se reducirá el riesgo de incontinencia repentina. De todos modos, el método descrito no deberá aplicarse si hay una infección urinaria, hasta que haya sido curada.

Cuidado de la dieta

También es preciso tener en cuenta que el estreñimiento y la diarrea pueden conducir a la incontinencia. En consecuencia, hay que procurar que los intestinos funcionen bien y para ello nada mejor que una dieta equilibrada. Reviste especial importancia el consumo de fibra. La costumbre de tomar cereales en el desayuno permite un acopio suficiente de fibra, pero a muchas personas ancianas no les gusta. Las naranjas y los plátanos tienen también fibra, al igual que las legumbres y verduras, así como el pan y las pastas integrales.

PUNTOS CLAVE

- **La incontinencia puede producirse por una infección, o como consecuencia de muchas enfermedades. También por dificultades de acceso al retrete.**
- **Una vez determinadas sus causas la incontinencia puede controlarse y curarse.**
- **Ante un caso de incontinencia es preciso siempre solicitar el concurso de un especialista.**

- **El estreñimiento puede causar incontinencia. Hay que tratar de que el usuario reciba una dieta adecuada y estimularle para que se mueva en la medida de sus posibilidades.**
- **Existen muchos materiales para hacer frente a la incontinencia. Hay que usarlos racionalmente.**
- **Tratar a una persona incontinente puede resultar desagradable. No hay que dejarse influenciar por ese hecho.**
- **Es necesario organizar rutinas para hacer frente al problema de la incontinencia pero, si se nos permite el juego de palabras, hay que procurar no caer en la rutina. A veces los trabajadores se "olvidan" de las personas a las que han conducido al retrete o de las que hacen uso de la silla orinal o recurren a los absorbentes sin ser absolutamente necesario. Hay que procurar ayudar al usuario a utilizar el retrete las veces que haga falta antes de "condenarle" a usar absorbentes. No olvidemos que las prácticas inadecuadas atentan contra la dignidad de los usuarios y además les desmotivan. Es posible que algunos residentes se mojen o ensucien simplemente para llamar la atención.**
- **La actitud y la sensibilidad del personal son esenciales para contribuir a crear una atmósfera y un entorno que refuerce y estimule la continencia.**

12.4. PROBLEMAS DE MOVILIDAD

Vamos a tratar de aportar algunas soluciones a esos problemas concretos que hacen que a las personas de la tercera edad les resulte difícil a veces mantener su actividad. Consideraremos tres aspectos esenciales de la cuestión como son la valoración del problema, el conocimiento de las ayudas técnicas, las adaptaciones de mobiliario y algunas nociones de cara a la formación del personal de atención directa.

Ya se sabe que no es la "edad" por sí misma la que ocasiona los problemas de movilidad de las personas mayores, sino que son producto de la evolución de distintas enfermedades. El diagnóstico temprano y el tratamiento médico de las enfermedades que provocan el deterioro, junto con el apoyo del personal cuidador que debe animarles a que se "muevan", proporciona a los residentes la posibilidad real de conservar su autonomía y de

alcanzar importantes niveles de satisfacción personal. El personal cuidador debe, por lo tanto, tratar de mantener a los residentes activos, dándoles confianza y las instrucciones adecuadas.

Es frecuente que al ingresar en la residencia los ancianos reduzcan su actividad. Si observamos a un anciano en su casa nos damos cuenta que realiza numerosas tareas (contestar cuando llaman a la puerta; levantarse de la cama; vestirse; lavarse; ir al baño; hacer la cama; hacer compras; preparar comidas; cuidar flores y animales domésticos) que requieren esfuerzo físico y mental. Si antes de ingresar en la residencia la persona vivía en compañía de algún pariente podía ser quizá menos activa, o más, en el caso de que viviera con niños.

En nuestras residencias los ancianos no necesitan ser activos para satisfacer sus necesidades vitales básicas. Se les proporciona comida, alojamiento, higiene, calor y ropa, como si estuvieran en un hotel, independientemente de sus necesidades o de su capacidad. Sin embargo habremos de tener en cuenta que "lo que no se utiliza se pierde". Las ventajas de la ayuda que los residentes reciben en el medio residencial pueden objetivamente convertirse en desventaja, si no se establece como objetivo principal mejorar las condiciones físicas y mentales de los residentes. En caso contrario, puede suceder que se esté contribuyendo a la aceleración del deterioro físico de estas personas.

No hay que sentirse culpables por negar ayuda a quien no la necesita, aunque en algún caso la reclame de manera más o menos patética. El médico debe conocer la mínima pérdida de movilidad y tanto éste como el personal cuidador, no deben aceptar argumentos del tipo "es simplemente la edad".

Con ese tipo de afirmación, "son los años", que los residentes y quienes les rodean aceptan con actitud resignada, se ignoran toda una serie de problemas agudos o crónicos susceptibles de tratamiento. La consecuencia de la negligencia, puesto que la actitud no tiene otro nombre, suele ser grave y consiste, generalmente, en no evitar o precipitar la pérdida de autonomía.

12.4.1. VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Es útil llevar a cabo una valoración del nivel de autonomía, observando al

potencial usuario en su propio entorno antes del ingreso en la residencia, y tratar de medir posteriormente el posible efecto negativo de dicho ingreso.

Los niveles de autonomía a utilizar en la valoración pueden ser:

¿Es capaz el residente de realizar una determinada actividad -por ej. levantarse cuando está sentado, o salir al jardín- solo? ¿con vigilancia? ¿con indicaciones? ¿con ayuda física?

En cada nivel, la finalidad de la ayuda prestada debe ser la de alcanzar el grado superior, es decir, una mayor autonomía en la actividad.

- a) **Solo.**-Es lo que siempre tratamos de conseguir. Puede necesitarse algún tipo de ayuda, como por ejemplo un andador, pero el resultado es que el residente puede decidir cuándo moverse y hacerlo de forma autónoma.
- b) **Con vigilancia.** - En este nivel el residente puede sentirse lo suficientemente seguro como para realizar la actividad cuando el cuidador está a su lado, lo bastante cerca como para ayudar si es preciso. El cuidador debe apoyar al residente animándole pacientemente y concederle todo el tiempo necesario para realizar la actividad de que se trate. La confianza del residente irá aumentando paulatinamente e irá realizando mejor la actividad, hasta que llegue el momento en que sólo sea necesario que el cuidador "aparezca" de vez en cuando para ver cómo va todo. Al final, el residente conseguirá hacer solo la actividad de que se trate.
- c) **Con indicaciones.** - Se trata de una ayuda específicamente no física. El cuidador debe en realidad reentrenar al residente para que realice una actividad que antes podía hacer pero que ahora no puede, debido a una discapacidad, una enfermedad o a la estancia en un hospital. Es necesario que el residente desee volver a aprender. Es posible que el cuidador necesite repetir las instrucciones necesarias para realizar la tarea o la actividad cada vez que el residente trate de hacerla. El residente aprenderá más deprisa a realizar de nuevo la actividad de que se trate, si todo el personal que está en contacto con él utiliza para enseñarle las mismas palabras, hasta que la actividad se convierte en automática.

El que los distintos miembros del personal den distintas instrucciones, puede confundir a los residentes, especialmente a aquellos que tienen

problemas de concentración o de memoria. Puede que estos residentes no puedan volver a aprender determinadas actividades, pero podrán tal vez ser capaces de realizarlas sin ayuda física, si no se les presiona y se les dan, cada vez, instrucciones claras y coherentes.

- d) **Con ayuda física.**- Antes de prestar ayuda física hay que intentar siempre ayudar verbalmente. Una vez que se utiliza la ayuda física el residente se convierte en dependiente, aunque sólo sea de forma parcial.

Valoración continuada

Además de la valoración inicial, se deben realizar de forma frecuente y regular nuevas evaluaciones de las capacidades de los residentes. Las personas de la tercera edad pueden mejorar o empeorar en un hogar para ancianos (debido a una enfermedad y/o a circunstancias ambientales). Las capacidades de los residentes pueden, por lo tanto, variar sustancialmente- pueden necesitar ayuda un día y no necesitarla al día siguiente. Los cuidadores deben responder a estas necesidades cambiantes proporcionándoles la dosis correcta de ayuda en el sentido de animarles a que sean autónomos. De esta manera se consigue que los residentes tengan muchas posibilidades de conservar e incluso de mejorar su autonomía en las actividades de la vida diaria.

12.4.2. ANDAR

La importancia de andar

Le dedicamos una sección completa al andar porque aunque son todas importantes, constituye la principal de las actividades de la vida diaria. La razón es evidente: un residente sólo podrá ser verdaderamente autónomo y elegir, si puede andar.

Andar le permite ir al aseo, al salón, al comedor y volver a su habitación. Que pueda realizar estos desplazamientos sin la ayuda física de un miembro del personal, significa no sólo que es autónomo sino que

tiene muchas posibilidades de seguir siéndolo. Y ello porque puede moverse durante el día si le apetece hacerlo; no necesita esperar a que alguien le lleve (siempre que pueda levantarse de la silla, cosa que normalmente podrá llegar a hacer si es capaz de andar). Esta capacidad de ir de un lado a otro cuando se desea, proporciona a los residentes un estímulo mental y, al mismo tiempo, les anima a realizar actividades físicas. Estos residentes estarán en mejores condiciones para tomar parte en otras actividades interesantes y variadas dentro y también, dependiendo de su condición física, fuera de la residencia. La autonomía de los residentes no sólo es buena para ellos sino que presenta también ventajas evidentes para el personal, fundamentalmente haciendo que el trabajo sea menos duro o fatigoso, y dejándoles más tiempo para atender otras necesidades de los residentes.

Mantener la autonomía en la movilidad de los residentes es una tarea que consiste, en gran medida, en prestar ánimo y estímulo. Los residentes más debilitados, que presentan problemas físicos concretos (por ej. accidentes cerebro-vasculares, artritis) pueden necesitar ayudas para andar que les permitan desplazarse autónomamente.

¿Ayuda física o ayuda para andar?

Consideremos las relativas ventajas de recurrir a la ayuda física (por ej. de otra persona) frente a utilizar una ayuda para andar, tomando el ejemplo de una anciana, que tiene dificultades para mantenerse firme de pie. Esta persona, menuda y ligeramente encorvada, parece muy vulnerable cuando se la ve andando por la residencia. Su paso es un poco vacilante, pero consigue ir de una habitación a otra sin ayuda. Sin embargo, a los cuidadores les preocupa, les resulta conmovedora y tienen miedo de que se caiga. Por ello le privan de su autonomía "de golpe" pasándole un brazo tranquilizador alrededor del cuerpo o guiándola.

Esta "ayuda" provoca que la residente pierda su autonomía, por varias razones. En primer lugar y de forma muy sutil, la decisión de a dónde dirigirse deja de ser suya y pasa a los cuidadores. Empezará además a depender de la ayuda y a perder confianza en su capacidad para moverse por sí misma. De este modo



Figura 1
Persona dependiente.

tenderá a permanecer sentada hasta que alguien venga a ayudarla. El círculo vicioso de la falta de autonomía ha comenzado: permanece sentada más tiempo y anda menos, sus músculos se debilitan, sus articulaciones se vuelven rígidas, su equilibrio se vuelve menos estable y su capacidad para andar se deteriora, por eso está más tiempo sentada que moviéndose, y empieza a temer realizar una actividad tan incómoda y arriesgada. Al mismo tiempo su capacidad para realizar otras actividades, como sentarse o levantarse de la silla o ir al aseo, se deteriora también por la falta de motivación, por la debilidad muscular, por los problemas de rigidez articular. Muy pronto estará en una silla de ruedas y necesitará la ayuda total de un personal cuidador por otra parte agobiado de tareas. Su vida autónoma, con los componentes de dignidad y satisfacción personal que lleva aparejadas, ha terminado por la acción de personas amables y generosas que pensaban que la estaban "cuidando" de la mejor manera posible.

¿Por qué ha perdido la mujer del ejemplo su autonomía? Porque no ha seguido usando su mente, sus músculos, sus articulaciones y su equilibrio para la realización de actividades de la vida diaria.

Digámoslo una vez más: **«LO QUE NO SE UTILIZA, SE PIERDE».**

Con esta frase en mente, el objetivo debe ser animar a todos los residentes que pueden andar, cuando ingresan en la residencia, a que sigan "sobre sus pies" con la menor ayuda posible.

Si un residente no puede andar sin ayuda, los cuidadores deben tratar siempre de proporcionársela antes de pensar en que otra persona le ayude físicamente. A la señora del ejemplo anterior habría que haberle dado un bastón para restablecer su equilibrio y de ese modo garantizar su seguridad.

Un rehabilitador puede determinar qué tipo de ayuda es la más adecuada para las necesidades concretas de cada residente. De todas formas, en el anexo 5 se indican

algunas instrucciones que pueden posibilitar hacer la opción adecuada.

Animar a los residentes para que anden

Hay que interrumpir esas largas estancias en las sillas, ofreciéndoles la posibilidad de moverse a menudo. Cuando los residentes se encuentran en la sala de estar, las principales razones por las que se mueven son las visitas al aseo, las comidas y el retirarse a su cuarto por la noche. Esta reducida lista de actividades debe ampliarse lo más posible para que los residentes se sientan estimulados para, al menos, caminar un poco.

A los residentes que consideran que el comedor queda demasiado lejos como para desplazarse cuando no es estrictamente necesario- es decir para realizar las tres comidas- hay que proponerles actividades en una sala distinta de la que se encuentran habitualmente, con el fin de sacarles del estado de postración en el que están normalmente sumidos.

Si desplazarse andando hasta otra habitación, por ej. el comedor, les resulta muy penoso a los residentes que caminan muy lentamente y/o con dificultad, el personal cuidador puede ayudarles a arrancar, primero, y después colocar sillas en distintos puntos del recorrido, para que puedan ir descansando.

Si un residente puede andar, es fundamental utilizar cualquier alternativa a la silla de ruedas, puesto que puede representar una definitiva pérdida de autonomía. No hay que cejar en el empeño de animarle a que se mueva, salvo que se encuentre realmente enfermo.

Las ventajas de andar

Andar no es sólo necesario para desplazarse de un lugar a otro. Tiene también otras muchas ventajas. Si un residente pregunta para qué tiene que esforzarse en andar se le puede responder con los siguientes argumentos:

- **Mantiene la movilidad de los residentes, es decir su autonomía.**
- **Mejora la circulación y, por lo tanto, aumenta el aporte de oxígeno que llega a los músculos y al cerebro.**

...

...

- **Mantiene la movilidad de los miembros, previniendo la rigidez y la debilidad.**
- **Favorece el funcionamiento de los pulmones.**
- **Es un estimulante mental.**
- **Estimula el apetito.**
- **Ayuda a conservar el equilibrio.**
- **Ayuda a conservar la tolerancia al ejercicio.**
- **Cuando se camina al aire libre, aumenta el aporte de Vitamina D.**

Riesgos y autonomía

Imaginemos a un hombre, ligeramente inestable cuando está de pie, que utiliza un bastón para mantener el equilibrio. Es un viernes por la noche y quiere ir al vecino bar para tomarse una copa, como ha hecho siempre. Es capaz de llegar al bar y de volver, pero el personal cuidador de la residencia le desaconseja que vaya porque "se puede caer".

¿Es el riesgo de que se caiga lo suficientemente grande como para que sea adecuado desaconsejarle, o incluso prohibirle, que realice esta actividad acostumbrada, o se trata de un riesgo asumible que hay que correr para posibilitar que siga siendo autónomo y continúe fijándose objetivos?

La cuestión de cuál es el nivel de riesgo aceptable es difícil y también es normal que el personal cuidador se sienta responsable de "sus" residentes. Sin embargo, el hecho de que el hombre de este ejemplo no pueda seguir viviendo solo en su casa no significa que no pueda, en muchos sentidos, seguir siendo responsable de sí mismo. Privarle de esta responsabilidad supone apartarle de las "necesarias cosas malas" de la vida, por ej. el riesgo. Asumía riesgos de otro tipo cuando trabajaba, se ocupaba de sí mismo, hacía la compra, etc.; asumir riesgos le permitía, entonces, estar vivo. Y sigue siendo necesario permitirle que se mantenga verdaderamente vivo. Normalmente nos preocupamos demasiado de nuestros residentes, nos asusta la posibilidad de enfrentarnos a un pariente apesadumbrado o incluso a alguien que trate de establecer responsabilidades. Pero lo normal es que también los parientes sean conscientes de

la necesidad de permitir y de animar a las personas ancianas a que continúen siendo adultas, responsables de sí mismas hasta donde sea posible.

Sólo se podrá determinar cuál es el nivel de "riesgo asumible" cuando se hayan analizado concienzudamente todos los factores que intervienen, primero entre los miembros del personal y después con el residente. Sucede muy pocas veces, si es que sucede alguna vez, que un residente desee realizar una actividad que implique de verdad un "riesgo inaceptable". Animar a las personas ancianas a que sigan siendo autónomas, a pesar de los riesgos asumibles, es permitirles seguir siendo capaces mental y físicamente.

En ocasiones puede ser necesario tomar la iniciativa y animar a los residentes a asumir ciertos riesgos. Por ejemplo, a una señora mayor que quiere andar sujetándose del brazo del cuidador, pero que en realidad no necesita ayuda física, hay que enseñarle tal vez a usar una ayuda para andar y después hay que animarle a que la utilice autónomamente. Cuando haya superado satisfactoriamente la fase "con vigilancia", podrá andar por la residencia sola, aunque asumiendo cierto nivel de riesgo.

Calzado

• Zapatos frente a zapatillas

Los residentes usan a menudo un calzado inadecuado. Muchos utilizan zapatillas. Otros, zapatos blandos, sin forma, que, al igual que las zapatillas, hace que el pie se vaya ensanchando al punto que luego no se pueden usar zapatos.

Este tipo de calzado blando acentúa además cualquier tendencia anterior del pie a salirse del zapato, ya sea del lado interno o del externo. Ello provoca inestabilidad al andar y al mantenerse de pie, acentuada por el tacón del zapato que se gasta de forma irregular. Los zapatos blandos y las zapatillas tienden a aflojarse en el talón y "chancletean", lo que resulta peligroso. Los zapatos que tienen tendencia a vencerse por el talón, hacen que la persona arrastre los pies para que no se le escape el zapato o la zapatilla, y arrastrar los pies es peligroso. Engancharse con el pie en algún sitio es más fácil cuando el zapato no sujeta con firmeza el talón mientras estamos andando, y los pies que se arrastran y se enganchan a los bordes de las moquetas y de las alfombras pueden provocar caídas.

Algunas mujeres residentes llevan zapatos abiertos (de hechura abierta, que no cubre el empeine del pie), de tacón estrecho y alto. Este tipo de zapato proporciona un apoyo muy poco estable para una persona anciana que ya de por sí no se sostiene firmemente sobre sus pies.

Hay que animar a todos los residentes a usar zapatos.

• Los zapatos «ideales»

El zapato ideal debe ser cerrado (de hechura cerrada, que cubra el empeine del pie), que siente bien, de tacón bajo y ancho. Preferentemente de cuero, de manera que sujete bien el pie. Puede ser de cordones, o de atarse con un cierre de velcro, en función de las necesidades y de las preferencias de los residentes. Algunos residentes pueden tener dificultades para entender que necesitan comprarse unos buenos zapatos, aunque salgan poco, sobre todo si no controlan los precios. Pero es importante convencerles de la importancia del calzado.

Los residentes que sufren de incontinencia pueden necesitar zapatos blandos lavables en lavadora. Pero, insistimos, este tipo de calzado es inadecuado para la mayoría de los residentes.

Algunos residentes con problemas en los pies, pueden necesitar zapatos ortopédicos o que se coloque en su calzado algún tipo de accesorio ortopédico. Cuando un residente no puede ponerse los zapatos hay que pensar que necesita hacerse la pedicura, zapatos nuevos o zapatos especiales. Es posible, también, que tenga los pies hinchados por un problema de circulación debido a una diabetes, por ejemplo. Estas circunstancias hay que comunicárselas a su médico de cabecera para un eventual tratamiento.

12.4.3. SILLAS

a) Importancia de las sillas (y de ser capaz de levantarse de ellas)

Las sillas son, quizá, el elemento más importante del equipamiento de una residencia. Ello es así porque, por una parte, los residentes pasan mucho tiempo sentados, y por otra, porque se necesita mucha energía para levantarse de una silla. También, porque sentarse implica ciertos riesgos.

b) Importancia de tener sillas adecuadas

Disponer del mobiliario adecuado constituye una buena manera de contribuir a la mejora de la autonomía y de la calidad de vida de los residentes.

• Las sillas de las salas

La mayoría de las personas ancianas tienen problemas para levantarse de las sillas bajas. Para fomentar la autonomía y evitarle al personal cuidador tareas innecesarias -como ayudar a que los residentes se levanten- las sillas deben tener como norma general una altura de aproximadamente medio metro. Pueden necesitarse algunas más altas -unos 15 cm. más- para los residentes con caderas muy rígidas; y algunas más bajas, de unos 40 cm., para residentes bajos de estatura. Pero, por regla general, las sillas muy bajas con asientos que se inclinan hacia atrás, no son adecuadas. Las sillas deben tener, así mismo, un respaldo que sujete bien la espalda de los residentes. Los brazos de las sillas y las propias sillas deben ser fuertes, de manera que los residentes puedan apoyarse firmemente en ellos para levantarse.

• Sillas de comedor

Las personas ancianas más débiles tienen problemas para levantarse de las sillas que carecen de brazos. Suele ocurrir, además, que los ancianos más rápidos y ágiles se hacen con las que tienen brazos, de manera que quienes pueden tener dificultades para sentarse y levantarse se quedan con las menos adecuadas. Sería deseable que todas las sillas de comedor tuviesen brazos.

c) Sentarse en una silla

Utilizar la técnica correcta para sentarse en una silla es tan importante como levantarse correctamente, y ello por razones de seguridad. Sentarse en una silla constituye la actividad más peligrosa que acometen muchos residentes. Se diría que al ver una silla, muchas personas de edad sienten el impulso irrefrenable de sentarse en ella. Y se precipitan para sentarse rápidamente sin haberse colocado lo suficientemente cerca de ella. Esto puede suponerles una caída, con las consiguientes consecuencias. Los movimientos incontrolados resultan siempre peligrosos.

Para evitar el peligro y animarles a realizar movimientos controlados y seguros, los

residentes deben seguir los siguientes pasos:

- 1 **Acercarse a la silla sin tratar de sentarse enseguida.**
- 2 **Girar completamente, de manera que la silla quede a su espalda.**
- 3 **Desplazarse hacia atrás hasta tocar los brazos de la silla, primero con una mano y luego con la otra.**
- 4 **Inclinarse hacia adelante tocando los brazos de la silla, primero con una mano y luego con la otra.**
- 5 **Ir bajando poco a poco y sentarse suavemente en la silla. (Es importante que se haga así porque este sistema ayuda a fortalecer músculos importantes y a prevenir lesiones de columna).**

Es fundamental hacer hincapié en la regla número 1, y detener al residente antes de que se abalance peligrosamente sobre la silla, recordándole que no debe sentarse hasta que no se haya dado la vuelta completamente.

d) Levantarse de una silla

¿Qué hay que hacer cuando el residente afirma no poder levantarse de una silla que reúne las necesarias condiciones de seguridad?

¿Ayudarle? No. Se le debe enseñar cómo debe levantarse, mediante un método que funciona con la mayoría de las personas ancianas (Ver figura 2).

Hay que enseñarle a:

- 1 **Deslizarse hasta el borde de la silla (deslizándose hacia adelante).**
- 2 **Colocar sus pies hacia atrás, lo más lejos posible (las rodillas deben estar dobladas como mínimo en ángulo recto).**
- 3 **Colocar las manos en los brazos de la silla.**
- 4 **Inclinarse hacia adelante (cuando está aprendiendo a levantarse de la silla, el residente puede necesitar una mano en su**

espalda que le anime a doblarse hacia adelante).

- 5 Por último, levantarse, haciendo fuerza con las manos apoyadas en los brazos de la silla, manteniéndose inclinado hacia adelante.

Todos los trabajadores deben saber enseñar a los residentes este método para levantarse de las sillas autónomamente. Los músculos de los muslos y de las nalgas son los que más trabajan en este movimiento. Si a una persona mayor se le ayuda constantemente a realizar esta actividad, esos músculos tan importantes se debilitan por falta de ejercicio y van determinando que aumente paulatinamente la dificultad para levantarse.

Los músculos de las piernas, caderas y tronco, son también fundamentales para mantenerse de pie y para andar. Cualquier oportunidad de ejercitarlos y, por lo tanto, de fortalecerlos, ayudará a conservar la autonomía. Son evidentes, pues, las ventajas que representa animar a las personas de edad para que utilicen sus propios músculos.

e) Levantarse de una silla cuando se utilizan ayudas para andar

Se debe animar al residente a utilizar los siguientes métodos:

Con un andador: no debe agarrarse al andador mientras se levanta de la silla, sino que, al final de las operaciones descritas anteriormente, debe colocar primero una mano en el andador y luego la otra.

Con bastón: Debe sujetar el bastón cogiéndolo firmemente con una mano, mientras con la palma de la otra hace fuerza para levantarse de la silla.

Con un bastón de cuatro apoyos: no debe agarrar el bastón mientras se levanta de la silla, sino que debe hacerlo al final de las operaciones descritas.

f) Recoger cosas del suelo mientras se está sentado

A algunos residentes les resulta incómodo y difícil inclinarse hacia adelante cuando están sentados. Y ello porque evitan



Figura 2
Levantarse de una silla.

doblarse hacia adelante siempre que pueden, porque se sienten torpes, se ponen nerviosos y, algunas veces, incluso se marean un poco. Por ello, cuando tienen que recoger un pañuelo o un periódico del suelo siempre hay alguna persona "dispuesta" que lo hace por ellos, privándoles de la posibilidad de cambiar de postura y de conservar la capacidad de doblarse hacia adelante. Es preferible que las personas mayores recojan las cosas del suelo con vigilancia o con la menor ayuda posible, para que no pierdan esa capacidad, que es tan fundamental, de doblarse por la cintura hacia adelante.

12.4.4. VESTIRSE

Vestirse es una actividad complicada que puede resultarle muy difícil a una persona mayor, especialmente si se han acostumbrado a andar en pijama o en bata y han perdido la práctica de vestirse con ropa "normal". El personal cuidador prestará a los residentes que tienen dificultades para vestirse una valiosísima ayuda si:

- 1 Les anima a ir al aseo antes de vestirse. Resulta imposible para una persona mayor concentrarse en la tarea de vestirse si no está cómoda.**
- 2 Nunca les presione para que realicen más deprisa esta actividad (ayuda tener un horario flexible de desayuno).**
- 3 Colocando las prendas que el residente ha elegido, en el orden correcto en el que hay que ponérselas.**
- 4 Proponiendo la prenda siguiente que hay que coger, o sugiriendo cómo ponérsela, en vez de acelerar el proceso ayudando físicamente.**

Elegir ropa especial puede ser de gran ayuda para los residentes con discapacidad que, a pesar de recibir apoyo y disponer de todo el tiempo, no pueden manejarse solos con algunas prendas. He aquí algunas prendas fáciles de poner: vestidos que se atan por delante o con botones de arriba abajo, o que tienen las sisas anchas (mangas dolman o ranglan); faldas que se doblan por delante

(tipo escocesa); ropa interior confeccionada con tejido que se desliza fácilmente; ropa forrada (que reduce el número de prendas que es necesario ponerse).

Se puede adaptar la ropa a las necesidades concretas de los residentes utilizando botones, ojales y presillas extragrandes, y cierres con velcro (en vez de botones, corchetes, cremalleras o cordones de zapatos). Los residentes que necesiten llevar algún aparato ortopédico pueden usar pantalones flojos, con presillas colocadas en la pierna más corta para que resulten más fáciles de poner.

Cuando un residente tiene serios problemas para vestirse, tan serios que parecen imposibles de superar incluso siguiendo las anteriores indicaciones, convendría hacerle observar por un rehabilitador o por un terapeuta ocupacional, para que proceda a una valoración del caso. Los terapeutas ocupacionales pueden asesorar y, tal vez, sugerir otro tipo de ayudas para vestirse y enseñar a utilizarlas.

12.4.5. EL BAÑO

Es muy difícil preservar la dignidad de los residentes cuando necesitan la ayuda de otra persona para bañarse o para ir al retrete. Constituye una prioridad, por tanto, intentar que sean autónomos en la medida de lo posible, en el cuarto de baño. Puede ayudarles a bañarse solos el que se les coloque en la bañera un asiento, una tabla transversal, una alfombrilla antideslizante y barras para agarrarse (colocadas en la pared si la ubicación de la bañera lo permite).

Una vez dentro de la bañera, el uso de cepillos manejables de mango largo para los pies y la espalda, guantes de baño tipo mitón, que solo cubren desde la muñeca y la palma de la mano dejando libres los dedos, y jabones con gomas adherentes, permitirá a los residentes lavarse con una sola mano y recuperar el placer de bañarse en la intimidad.

Cómo ayudar al residente a entrar en la bañera

A continuación se señalan las distintas fases para ayudar a una persona anciana a

meterse en la bañera, cuando existe el equipamiento anteriormente citado.

Cuando el residente está más débil de un lado, hay que asegurarse de que ése sea precisamente el que queda más cerca de quien presta ayuda, aunque implique que el residente tenga que colocarse de espaldas a los grifos. La ayuda debe prestarse sujetando al residente por la espalda, no por debajo del brazo o tirando del brazo, ya que esto puede dañar el hombro, especialmente si tiene artrosis o está debilitado a consecuencia de un accidente cerebral.

Debe animarse a los residentes a:

- 1 Sentarse en la tabla transversal de la bañera.**
- 2 Agarrarse a las barras, si es posible; en caso contrario, al borde/es de la bañera.**
- 3 Balancear las piernas para meterlas dentro de la bañera.**
- 4 Colocar las manos sobre la plancha, y los pies más lejos, bien apoyados sobre la alfombra antideslizante. Doblar las rodillas hasta donde sea posible, de manera que los pies tengan buen apoyo.**
- 5 Levantar las nalgas, y moverlas hacia adelante apoyándolas sobre el asiento de la bañera. Si, debido a que sus caderas o sus rodillas están rígidas, el residente no es capaz de realizar el paso siguiente y sentarse en el fondo de la bañera, se puede añadir más agua de manera que en esta etapa 5ª el agua le cubra completamente las rodillas. A los residentes con artrosis en las rodillas les puede resultar especialmente agradable.**
- 6 Si el residente quiere sentarse en el fondo de la bañera, tiene que colocar las manos en el asiento, hacer fuerza con los pies, levantar las nalgas, moverlas hacia adelante y entonces sentarse en el fondo de la bañera.**

El personal debe retirarse, en la medida de lo posible, para permitir que el residente disfrute del placer de bañarse en la intimidad, utilizando las ayudas si es necesario.

Para salir de la bañera resulta a veces útil vaciarla primero, y colocar después el asiento y la tabla transversal y realizar los pasos anteriores en sentido inverso.

Duchas

Las duchas constituyen una alternativa al baño que se utiliza cada vez con más frecuencia. El dispositivo de "teléfono" permite que las personas con discapacidades, incluso muy graves, puedan ducharse sin ayuda. Hay que asegurarse siempre de que la temperatura del agua está perfectamente graduada.

12.4.6. RETRETES

A muchos residentes les cuesta entrar y salir del retrete sin ayuda. Es necesario que los sanitarios dispongan de barras para ser utilizados con la máxima comodidad. Es preciso controlar dicha utilización para saber si es la adecuada o si hay que cambiar el tipo de barra o su posición. Existen estructuras móviles que pueden utilizarse antes de decidir un emplazamiento definitivo.

El procedimiento para sentarse y levantarse de la taza es el mismo que el descrito para sentarse y levantarse de una silla.

En muchas residencias, las barras para agarrarse están demasiado bajas, demasiado altas, o colocadas en ángulos o en lugares inadecuados. Incluso los sanitarios están a veces mal colocados en los aseos, lo que hace que a la mayoría de los residentes les resulte difícil utilizarlos. Un residente con un problema concreto- por ej. una artrosis importante- puede ser completamente autónomo si dispone de un asiento móvil que se coloca sobre la taza del aseo. A los residentes que usan bastón les resulta útil que el aseo disponga de un gancho para colgarlo. Los pestillos de los aseos, que son fáciles de usar y que se pueden abrir desde fuera en caso de emergencia, ayudan a preservar la dignidad y la intimidad. El papel higiénico en hojas es útil para aquellos residentes que han sufrido un accidente cerebral. Colocar papel higiénico en cada pared puede también servir para mantener la autonomía de los residentes con discapacidad.

Antes de colocar ayudas y fijaciones para el cuarto de baño o el aseo, es

aconsejable consultar a un rehabilitador o terapeuta ocupacional que podrá hacer el diseño adecuado a las necesidades de cada residencia.

12.4.7. CAMAS

Para que un residente pueda manejarse fácilmente y con seguridad, su cama debe tener normalmente una altura de 45-50cm. Es difícil levantarse de una cama baja y más arriesgado sentarse en ella, sobre todo si al lado existe una alfombra suelta. Las camas deben ser firmes, porque es más fácil moverse sobre una superficie fija, levantarse de ella y sentarse. Las camas blandas pueden mejorarse colocando una tabla bajo del colchón.

A los nuevos residentes que afirman estar acostumbrados a su cama puede resultarles muy agradable llevarla a la residencia y seguirla usando. Si el único problema es que esas camas son demasiado bajas, la solución está en calzarlas adecuadamente.

Sentarse en la cama

Esta actividad puede resultar dura y peligrosa para la gente mayor.

Si se siguen las instrucciones siguientes levantarse de la cama puede llegar a ser más cómodo y seguro. Los residentes deben:

Acercarse al lado de la cama, sin tratar de sentarse enseguida.

Girar completamente, de manera que la cama quede a su espalda.

Desplazarse hacia atrás, hasta tocar el borde de la cama con la parte de atrás de las rodillas.

Asegurarse de que se encuentra hacia la mitad del largo de la cama. En caso contrario debe moverse hasta esa distancia.

Inclinarse hacia adelante y tocar, sin volverse, el borde de la cama, primero con una mano y luego con la otra.

Ir bajando, poco a poco, y sentarse suavemente.

Meterse en la cama

Se trata de una actividad complicada para muchos residentes al exigirles realizar movimientos que les pueden resultar difíciles.

Hay que enseñarles a dar los siguientes pasos:

- 1 Deben, en primer lugar, sentarse en el borde de la cama, hacia la mitad del largo de la misma.**
- 2 Deben girar las nalgas, de manera que se coloquen mirando a los pies de la cama.**
- 3 Deben balancear las piernas para subirlas y colocarlas sobre la cama, mientras hacen lo propio con el cuerpo. (Esto debe realizarse deprisa, porque de lo contrario el residente se pondrá nervioso, o apoyará el cuerpo sobre la cama pero no conseguirá subir las piernas, lo que resulta muy incómodo; o lo que es peor, pedirá- y recibirá- ayuda.)**

Moverse una vez que se está tumbado en la cama

A los residentes que están enfermos o que tienen una discapacidad nueva o que se ha agravado, les cuesta a veces moverse en la cama. Para permitirles que se muevan hacia arriba, hacia abajo o hacia los lados, hay que animarles a que sigan el siguiente método:

- 1 Tumbarse de espaldas.**
- 2 Doblar las rodillas, con los pies bien apoyados sobre la cama.**
- 3 Apoyar los codos firmemente en la cama, a la altura de la cintura.**
- 4 Levantar las nalgas de la cama.**
- 5 Hacer fuerza con los codos y con los pies y mover las nalgas hacia arriba o hacia abajo, hacia la derecha o hacia la izquierda.**

Dar vueltas en la cama

Se hace normalmente siguiendo los pasos siguientes. Los residentes deben:

- 1 **Girar la cabeza y quedar mirando en la dirección en la que se quiere girar.**
- 2 **Doblar la pierna del lado opuesto a aquel hacia el que quieren darse la vuelta, con el pie bien apoyado en la cama.**
- 3 **Tocar con la mano el lado hacia el que quieren darse la vuelta.**
- 4 **Hacer fuerza con el pie de la pierna doblada y dar la vuelta.**

Sentarse en la cama desde la posición tumbado

Para realizar esta actividad, los residentes deben seguir los pasos siguientes:

- 1 **Girar hasta el borde de la cama.**
- 2 **Balancear las piernas para pasarlas por encima del borde de la cama.**
- 3 **Hacer fuerza con las manos y sentarse.**

Aquí, es posible que las personas ancianas, sobre todo quienes tienen la tensión baja, necesiten un poco de tiempo para adaptarse a la posición vertical, antes de levantarse de la cama.

Levantarse de la cama

Se realiza siguiendo el mismo sistema que para levantarse de una silla o del sanitario. Los residentes deben:

- 1 **Deslizarse hasta el borde de la cama.**
- 2 **Colocar los pies hacia atrás lo más lejos posible, de manera que las rodillas estén dobladas como mínimo en ángulo recto.**
- 3 **Colocar ambas manos en el borde de la cama.**
- 4 **Inclinarse hacia adelante.**
- 5 **Por último, levantarse, haciendo fuerza con las manos apoyadas en el borde de la cama. Deben mantenerse inclinados hacia adelante.**

NOTA: Si el residente utiliza un andador, no hay que dejarle que se agarre a él cuando se está levantando de la cama, de una silla o del sanitario. Es peligroso. Que otra persona sujete la barra transversal inferior con el pie e incline la barra superior con el fin de permitir que el residente se agarre a ella, puede resultar también peligroso. ¿Qué ocurrirá cuando el residente se encuentre sólo e intente levantarse apoyándose en el andador?

Levantarse después de una enfermedad

Cuando las personas de la tercera edad permanecen en cama debido a una enfermedad:

- se debilitan y se anquilosan porque no utilizan ni sus músculos ni sus articulaciones, en particular los de las piernas.
- pierden capacidad pulmonar.
- no respiran profundamente y retienen líquido en los pulmones.
- les resulta difícil toser y expulsar ese líquido y pueden enfermar de neumonía.
- tienen más riesgos de sufrir una trombosis, debido a la mala circulación.

Es, por consiguiente, vital que tan pronto como se haya superado la fase más crítica de la enfermedad (generalmente cuando cede la fiebre) se anime a los residentes a que recuperen su anterior movilidad. Pero el personal cuidador no tiene que olvidar ir muy despacio la primera vez.

Para que puedan levantarse de la cama y sentarse en una silla hay que animar a los residentes a:

- 1 **Sacar las piernas por el borde de la cama muy lentamente.**
- 2 **Sentarse en el borde de la cama y permanecer así durante unos minutos (para acostumbrarse a tener las piernas abajo y la cabeza arriba).**
- 3 **Levantarse lentamente (siguiendo los pasos descritos para "levantarse de la cama", con la ayuda quizá de un andador al que agarrarse cuando se está en posición vertical).**
- 4 **Girar y sentarse lentamente en la silla.**

Alfombras

Es cierto que las alfombras dan sensación de confort y contribuyen a que el establecimiento tenga un aspecto "hogareño". Pero pueden constituir también un riesgo innecesario. Las personas ancianas débiles y discapacitadas tienen tendencia a arrastrar los pies y pueden tropezar fácilmente con el borde de las alfombras, especialmente cuando utilizan algún tipo de ayuda para andar. Hay que ser realistas a la hora de elegir entre el riesgo de una fractura de fémur, con todas sus consecuencias negativas para el anciano, y los beneficios del "calor de hogar"- que, dicho sea de paso, puede conseguirse posiblemente por otros medios- al margen de las alfombras.

12.4.8. SILLAS DE RUEDAS, TRASLADAR Y LEVANTAR

Cuando un médico determina que el usuario precisa una silla de ruedas, asesorará la elección de la mejor adaptada a cada circunstancia.

Al margen de las sillas personales de los usuarios, es útil contar con alguna otra, para uso general, en ocasión de accidentes, por ejemplo, o en períodos de convalecencia. Las sillas de ruedas no deben utilizarse, con el fin de "ganar tiempo", para transportar a residentes que pueden andar por sí mismos. Este pequeño tiempo que se gana a corto plazo, supone a la postre, cuando el residente se hace completamente dependiente, la pérdida de mucho tiempo y esfuerzos. Es importante, asimismo, mantener las sillas en buen estado, ya que puede resultar peligroso:

- que las ruedas estén deshinchadas -hay que hincharlas con regularidad-
- que los frenos no funcionen -hay que ajustarlos o repararlos cada vez que sea necesario-
- que los topes para los pies estén sueltos- la silla tiene que tener siempre los dos topes; no tienen que caer cuando están doblados hacia arriba; y cuando están doblados hacia abajo, no deben tocar el suelo.

Un cojín adecuado, de los muchos que existen en el mercado, hace que la silla de ruedas resulte más cómoda y reduce el

riesgo de que se produzcan úlceras en las nalgas.

Cómo contribuir a que los residentes que utilizan silla de ruedas sean autónomos

Los residentes que están en silla de ruedas, lo están casi siempre debido a su pérdida de movilidad. Ya se ha insistido en la necesidad de evitar, en la medida de lo posible, que los residentes pierdan movilidad. Desgraciadamente, algunas personas mayores que tienen determinadas enfermedades, como artrosis o Parkinson, se van volviendo cada vez más torpes y a pesar de todos los esfuerzos, pueden acabar necesitando una silla de ruedas. Llegado el caso, hay que procurar usarla lo menos posible durante el día. Es posible que el residente en cuestión pueda recorrer a pie distancias cortas con ayuda, y necesitar la silla para los recorridos más largos, al comienzo y al final del día. Andar todos los días, aunque sea un poco, favorece a los músculos, a las articulaciones y al estado físico general, lo que permite a los residentes mantenerse activos, tanto desde el punto de vista físico como mental.

Desplazamientos en silla de ruedas- con ayuda

Los residentes no autónomos que están en silla de ruedas pueden necesitar, además, ayuda para desplazarse de un lado a otro y para realizar el esfuerzo considerable que implica pasar de la cama a la silla de ruedas, al inodoro, etc. Incluso cuando necesitan ayuda para realizar estas actividades, hay que animar a los residentes a que colaboren lo más posible. Rara vez se necesita levantarles completamente. Cuando se les levante parcialmente, siguiendo el método descrito en el epígrafe siguiente, es preciso animarles también a que se sujeten lo más que puedan a sí mismos apoyándose con firmeza en los pies.

Levantar a los residentes

Los principales problemas que surgen cuando se está levantando (total o parcialmente) a un persona, derivan del hecho que la técnica utilizada no es la correcta. Para levantar correctamente a alguien no se necesita mucha fuerza, sino una técnica y una planificación adecuadas. Haciendo esto correctamente se evitan, en

primer lugar, los problemas que plantean aquellos residentes que se ponen tensos y nerviosos y que resultan difíciles de levantar, porque saben, por experiencias anteriores, que ser levantado resulta doloroso y arriesgado. Levantar

correctamente a una persona evita, en segundo lugar, las lesiones de espalda de los trabajadores. (En el anexo 6, se señalan una serie de principios básicos que pueden utilizarse para levantar a los residentes adecuadamente).

12.5. SALUD, ENFERMEDAD, MUERTE

12.5.1. LA ENFERMEDAD

Actitudes ante la enfermedad

Las personas mayores pueden sufrir, más probablemente que los jóvenes, enfermedades crónicas como la artrosis, la enfermedad de Parkinson, enfermedades cardiovasculares, etc., que suelen causar discapacidad, malestar general y cierto grado de debilidad. A causa de su estado más vulnerable, problemas menores de salud, como pequeñas infecciones respiratorias, gripe, etc. conllevan un mayor peligro en las personas ancianas.

Las enfermedades crónicas afectan a la vida de cada uno de maneras muy diferentes. Si una persona cree que una enfermedad va a cambiar su vida, probablemente será así, pero la misma enfermedad apenas limitará la vida de otra persona. Estas actitudes están profundamente relacionadas con la psicología de cada individuo, y es poco probable que el personal pueda hacer algo por modificarlas. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las personas mayores, incluso las muy mayores, también se recuperan de las enfermedades y operaciones, si bien pueden necesitar algo más de tiempo.

Hay que evitar que los residentes pasen más tiempo del necesario en cama por enfermedad, a menos que realmente se sientan incapaces de levantarse. Una dieta equilibrada es fundamental para una buena curación y recuperación. La residencia ha de tratar de obtener una asistencia médica adecuada para cada uno de los residentes durante su enfermedad, ofrecer un estímulo intelectual y apoyo social, sin olvidar el tratamiento rehabilitador para aquéllos que lo necesiten.

No se puede negar que las residencias de ancianos son un medio en que la prevalencia de enfermedades y la mortalidad son relativamente elevadas. Por tanto, la atención que se presta a enfermos

y moribundos representa un indicador importante en la calidad del servicio.

¿Qué es lo que el personal ha de saber sobre la enfermedad para actuar frente a ella?

- Sobre todo, debe estar atento a cualquier deterioro, ya sea repentino o gradual, en el estado de un residente, o a cualquier comportamiento inusual. Estos son los primeros signos de enfermedad y se debe avisar al médico. Estar atentos sobre todo a la aparición de vértigo, comportamiento confuso, incontinencia y cambios de aspecto, peso y humor.
- Es fundamental saber qué hacer para que los residentes se sientan cómodos en cama y cómo aliviar algunos de los síntomas y problemas más comunes causados por las diferentes enfermedades.
- Es importante conocer los aspectos que contribuyen a mantener una buena salud, tales como el ejercicio, una dieta sana, la autoestima y un comportamiento positivo.
- Qué hacer en caso de emergencia, es decir, saber a quién acudir para pedir ayuda, dónde encontrar los útiles necesarios y ser capaz de realizar los primeros auxilios.

Acompañamiento de familiares

La residencia debería considerar la ayuda que un familiar puede ofrecer a un residente durante su enfermedad. Si el familiar vive lejos, debe plantearse la posibilidad de ofrecer alojamiento en la propia residencia por un período corto de tiempo, especialmente cuando la muerte es inminente. La participación de los familiares va en interés de todos y no hay ningún motivo por el que las residencias

tengan que poner a los familiares ante la disyuntiva de "todo o nada", cuando todavía están dispuestos a cuidar de un residente.

b) la ayuda a obtener por parte del médico de cabecera, de los servicios de asistencia de la comunidad y demás servicios adicionales.

12.5.2. ATENCIÓN SANITARIA

Servicios de salud

Los usuarios conservan los derechos de los ciudadanos en cuanto a la utilización de los servicios de salud disponibles en la comunidad, incluso si la residencia dispone de servicio médico propio.

Los residentes podrán recibir en la residencia, y en privado, a su médico de cabecera.

No se administrará ningún tratamiento médico a los residentes sin su consentimiento, salvo en circunstancias muy especiales como es el caso de la enfermedad mental o en aquellas situaciones en las que se plantea un riesgo efectivo para otras personas.

Fuera del tratamiento prescrito por el médico, el personal podrá administrar únicamente remedios caseros.

Las personas capacitadas para ello, podrán guardar y administrar sus propios medicamentos.

La medicación general deberá ser almacenada en un lugar seguro y administrada por el personal competente, autorizado por el responsable de la residencia. Se llevará un control escrito de los fármacos recibidos y administrados.

Si un residente se niega a tomar la medicación prescrita, el responsable de la residencia se lo debe comunicar al médico.

Nunca se deben administrar fármacos como un medio de control social.

En caso de enfermedad grave que requiera cuidar de un residente en cama durante un largo período de tiempo, es importante obtener una información detallada del médico de cabecera o especialista acerca de:

a) las posibles fases de la enfermedad y las correspondientes necesidades del residente.

Hospitalización

Cuando un residente está enfermo, le gusta que le cuiden sus familiares u otras personas conocidas en quien confía y que tengan tiempo para él. Si cree que puede encontrar esto en la residencia, será probablemente ahí donde desee permanecer. Sin embargo, algunos residentes pueden sentirse más cómodos y seguros en un entorno hospitalario. El personal deberá preguntar siempre, tanto a los residentes como a sus familiares, acerca de sus deseos, y sopesarlos junto a otras consideraciones.

Cuando se decide trasladar a un residente a un hospital, se conservará su plaza en la residencia hasta que se confirme por escrito su abandono definitivo.

Se discutirá con el residente o con un familiar la conveniencia de permanecer o abandonar la residencia. No se deberán establecer arbitrariamente plazos de tiempo para tomar la decisión.

Durante el tiempo que el residente permanece en el hospital su cama no será utilizada por otro usuario; si el residente ocupa una habitación individual, se mantendrá cerrada, excepto cuando se procede a su limpieza.

Cuando un residente, tras permanecer en el hospital, va a regresar a la residencia, se debe planificar su vuelta y solicitar del hospital la información necesaria en cuanto a sus necesidades de atención.

Antes de proceder al alta médica, un responsable de la residencia puede visitar al usuario en el propio hospital y valorar si está en condiciones de ser readmitido en la residencia -los criterios de valoración serán los mismos que en el momento de la primera admisión-. Si el director de la residencia considera que todavía no está preparado para volver, deberá comunicárselo a las autoridades competentes con el fin de que tomen las medidas oportunas.

El personal debe mantenerse en contacto con los residentes hospitalizados, siempre que sea posible, y se debe animar a los demás residentes a visitar a los enfermos. Es especialmente importante seguir en contacto con las personas que sufren

confusión u otro trastorno mental, ingresadas en un hospital, para mantener la orientación.

12.5.3. LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS

Actitudes ante la muerte

Muchas personas tienen miedo a la muerte y sufren pensando que puede estar cerca. En una residencia de ancianos se presentan más ocasiones para vivir la muerte de un compañero, y por tanto es un tema a tratar.

Vivir con la muerte presente no tiene por qué ser lo mismo que esperarla. Por el contrario, puede hacer que la vida adquiera más sentido que nunca y se disfrute intensamente. Puede ser, al menos, alentador ver que la muerte no es tan terrible.

Sin embargo, y por desgracia, a veces rechazamos esta posibilidad en las residencias y permitimos que sea el miedo el que dicte la manera en que tratamos a los residentes moribundos y a la muerte. La actitud que se tiene hacia la muerte en una residencia es una muestra importante del respeto, o la falta del mismo, que el personal y la dirección tiene por los residentes como personas adultas y seres humanos, y del esfuerzo que realizan para analizar de forma crítica su propio comportamiento y mejorarlo. Después de todo, los tabúes acerca de la muerte están tan enraizados en nuestra sociedad, que puede parecer natural ocultarnos de ella y ocultarla ante los demás.

Esto puede llevar a prácticas inadecuadas, tales como trasladar a los residentes moribundos a unidades de cuidados especiales dentro de la residencia. Por el contrario, es conveniente atenderlos en su propia habitación porque supone una menor angustia para todos. Una unidad separada puede ganarse rápidamente el sobrenombre de "pasillo de la muerte" y generar entre los residentes temores no expresados del estilo de "¿Cuándo llegará mi turno?"

Necesidades del personal como asistentes

Cuanto más trabaja uno en una residencia, más se familiariza con la muerte y los moribundos. Algunas personas desarrollan

así una mayor madurez y se sienten más capacitadas para ayudar a las personas moribundas. Pero el solo hecho de estar familiarizado no tiene por qué implicar esto. Con frecuencia, los trabajadores tienden a mantenerse a distancia de estas personas.

Otro de los peligros es que, dado que la muerte es algo normal en las residencias y que la muerte de una persona mayor supone para algunos un shock o tragedia menor que la muerte de una persona más joven, el personal se vuelva demasiado indiferente ante ella. La indiferencia es también otra de las formas con las que las personas tratan de hacer frente a sus temores acerca de la muerte. Tratar la situación con indiferencia no tiene nada que ver con estar relajado y ser franco cuando uno reconoce que la muerte es algo muy importante para el que tiene que morir.

• Hablar y escuchar

Un miembro del personal ha de ser capaz de acompañar a los residentes moribundos que deseen hablar - o a cualquier otro residente que desee hablar de la muerte -, lo que por supuesto exige valor, tiempo y capacidad para escuchar y atender.

Es bastante normal sentir pánico ante la posibilidad de que un residente pregunte qué va a ser de él cuando muera, o ante la perspectiva de tener que anunciar la muerte de un residente a sus familiares, especialmente si es la primera vez que se presenta la situación; el personal puede tener miedo a empeorar las cosas.

Es muy importante que el personal, y el director de la residencia, hablen acerca de estos sentimientos y eventualidades y se apoyen mutuamente, bien de manera informal o convocando reuniones o encuentros.

• Información fundamental

Para poder atender a las necesidades emocionales de un residente, el personal ha de contar con una información detallada de su diagnóstico y pronóstico, de la manera en la que sigue el tratamiento y de cómo está haciendo frente a su situación. Los trabajadores, siendo los profesionales más cercanos, se encuentra en una situación vulnerable, ya que las personas enfermas dirigen a menudo las preguntas más directas a las personas con menos probabilidad de conocer la respuesta. Puede ser porque sólo quieren conocer la verdad a medias o porque se sienten más

cómodas con personas que no sean especialistas. No es siempre posible prever una conversación con un residente moribundo y, desde luego, uno debería tratar de no evadir la pregunta o marcharse. Hay que confiar en la propia capacidad para hacer frente a la situación, de la misma manera que el residente confía, al parecer, en el personal.

- **Es fundamental saber cómo localizar a la familia en caso de emergencia.**

La residencia debe informarse, en el momento de la admisión o poco después, de los trámites a llevar a cabo cuando muera el residente. Esto incluye los preparativos del funeral o la cremación, cualquier práctica relacionada con la muerte y que haya de llevarse a cabo de acuerdo a la religión o cultura del residente, y qué hacer con sus pertenencias mientras se verifica el testamento.

Las necesidades de los demás residentes

La mayoría de los residentes, si no todos, se sentirán mucho más tranquilos al ver que el personal está capacitado para atender a enfermos terminales dentro de la misma residencia, apreciando su franqueza en tales situaciones, ya que ésta supone un reconocimiento no sólo de su relación y preocupación por los residentes moribundos, sino también de que se trata de personas adultas y maduras.

Sin embargo, hay que establecer un equilibrio. Estar siempre entre personas mayores y tratar a menudo con la muerte puede resultar, a veces, demasiado duro. No es conveniente que los residentes se sientan presionados para presentar sus respetos cada vez que alguien muere, independientemente de su relación con el fallecido, ya que puede resultar artificial. Han de tener la posibilidad de elegir entre dejar pasar los acontecimientos de largo o involucrarse en ellos.

Es posible que los residentes quieran visitar en sus habitaciones a aquéllos que se encuentren enfermos, algunos incluso pueden estar dispuestos a hacer turnos para acompañar día y noche a un amigo moribundo. Estos turnos podrían incluir asimismo a familiares y miembros del personal. Se debe permitir y animar este tipo de prácticas que indican la existencia de un apoyo social espontáneo.

Pero, sobre todo, lo que necesitan los residentes es sentirse libres para expresar su dolor y hablar de su propia muerte si así lo desean.

Es también importante determinar qué se va a hacer con el cuerpo cuando un residente muere. En algunas residencias los usuarios se reúnen para pronunciar una oración y presentar sus respetos ante el cadáver o bien celebrar una misa en su memoria en la propia residencia. Es posible que algunos residentes deseen asistir al funeral por lo que se debería facilitar el traslado, si es necesario.

Las noticias de los fallecimientos deberán darse con el debido respeto a los residentes, ya se hayan producido en la residencia o en un hospital.

Las necesidades de los familiares

La presencia de los familiares puede ser importante a la hora de ayudar al residente a solucionar asuntos, de índole práctica y personal, que quiere dejar resueltos antes de morir; muchos problemas personales y emocionales parece que sólo pueden resolverse en los últimos momentos. Es por ello que hay que animar a los familiares a que estén ahí, no sólo al final, sino también durante la enfermedad y, de hecho, tantas veces como puedan durante la estancia del residente en la residencia. Mientras los familiares estén en la residencia, el personal habrá de asegurarse de que no se sientan como intrusos cuando quieran pasearse por el jardín, sentarse en una sala o hacerse un café.

Por supuesto, pueden surgir problemas en la relación entre familiares y residencia. Hay un mayor riesgo de que esto ocurra cuando ha habido poco contacto antes de la muerte y, por lo tanto, no ha habido posibilidad de generar confianza. Asimismo, es mayor la probabilidad de que los familiares sufran un sentimiento de culpa si creen no haber estado lo suficiente con el residente antes de su muerte o no han tenido la oportunidad de prepararse para su pérdida. Pero, de todas formas, también pueden darse problemas cuando uno ha estado muy pendiente del residente antes de su muerte.

En ambos casos, las tensiones suelen surgir cuando los familiares proyectan su descontento y su sentimiento de culpa por lo que está pasando o ya ha pasado, sobre el personal. Esto, por supuesto, se da también en los hospitales. Si bien las

quejas hay que tomárselas siempre en serio, pues se ha podido cometer algún error, saber cuál es la posible causa del descontento ayuda al personal a hacer frente a estos problemas con calma y de forma directa. Es importante no dejarse ofender o verse involucrado en un reparto de culpas hacia los demás.

Cuando un residente muere, los familiares deberán ser informados lo antes posible. Estos, al recibir el disgusto pueden sentirse conmocionados, empezar a preguntar por detalles sin ser capaces de asimilar las respuestas, etc. El personal que da la noticia debe estar preparado para responder de una forma serena. Una idea razonable es la de realizar una primera llamada para informar de lo más básico, por ejemplo, la hora de la muerte, la opinión del médico sobre la posible causa y una breve expresión de condolencia, pidiendo a los familiares que vuelvan a llamar cuando se sientan más tranquilos.

Actitud ante los moribundos

Dependerá en gran medida de si las perspectivas de muerte son a corto o largo plazo, y de la información que se ha dado al residente sobre su estado y sus consecuencias. Ante la decisión de decir o no a una persona que se va a morir, es difícil aplicar una regla general; dependerá de las circunstancias de cada uno, pero es importante tener presente que, tanto las investigaciones llevadas a cabo al respecto como la experiencia, sugieren que la mayoría de las personas prefieren saber si van a morir. La alternativa es que cualquier persona mayor terminará por sospechar la verdad si la enfermedad es larga y progresiva, y la sospecha de que se está muriendo puede ser una carga terrible de llevar si no puede hablar de ello con nadie.

Evadir la verdad presupone que todo el mundo quiere vivir, pero esto no es siempre así. La vida puede ser muy dura y difícil de llevar durante años en la vejez, especialmente cuando va acompañada de una mala salud. Si un residente moribundo ha compartido estos sentimientos con el personal, es importante comunicárselo al médico y demás personas involucradas, ya que esto podría hacer variar su opinión al respecto. Aunque ello no haga variar sus decisiones respecto al tratamiento, siempre que la persona sea madura y esté lúcida, tendrá derecho a rechazarlo.

Suponiendo que al residente ya se le ha dicho la verdad, o al menos una verdad

"maquillada", acerca de sus perspectivas de vida, podemos proseguir considerando cuál puede ser su reacción. Estas consideraciones están basadas en las observaciones de numerosas personas que han trabajado de cerca con moribundos de todas las edades. Se trata únicamente de una orientación, pero la incluimos aquí porque si el personal sabe ya qué es lo que puede ocurrir, estará mejor preparado para cuando esto ocurra, especialmente si ve la reacción de la persona que va a morir como una etapa necesaria en su viaje.

La muerte: ¿cómo se sentirá y reaccionará el residente?

Al final, y si se les brinda la oportunidad, muchas personas llegan a aceptar su propia muerte. Pero antes de llegar a esto, es posible que tengan que enfrentarse a distintas etapas en sus sentimientos.

Algunos investigadores sugieren que trabajar con moribundos ofrece la oportunidad de conocer a las personas "en su estado más maduro y valiente". Pero para aquéllos que han visto la muerte desde otro punto de vista, esta idea puede parecer idealista. La respuesta es variada, mientras que en algunas personas no hay aceptación, en otras la tranquilidad de ánimo puede ir alternándose continuamente con la esperanza de que se les "indulte la pena de muerte" o con dudas y recriminaciones.

Otros, sin embargo, pueden no experimentar ninguna angustia ante la proximidad de su muerte y querrán zanjar la cuestión de forma tan simple y poco dolorosa como les sea posible. Por último, unos pocos atravesarán todas las etapas descritas más adelante en un intervalo de tiempo muy corto y ya no tendrán por qué preocuparse o hablar más de la muerte. Las distintas etapas que se sugieren más adelante están basadas en la experiencia de gran número de asistentes y esperamos sean de su ayuda, si bien cada residente puede tener su propio comportamiento:

1 Negación

Las primeras reacciones muestran a menudo que se ignora la información, ya sea de forma consciente o inconsciente. Esto puede ser preocupante, ya que da la sensación de que la persona es incapaz de hacer frente a la noticia, pero no tiene por qué ser así necesariamente; para muchas

personas afrontar la muerte supone ir etapa por etapa, y la etapa de la negación puede ser psicológicamente fundamental para ellos, incluso si tienen más de 90 años.

2 Enfado

Tras la negación, puede surgir el enfado o la irritación. Una persona mayor que sabe que pronto se va a morir, puede sentir que aún le quedan cosas por hacer, o por hacerlas mejor, y que no quiere dejarlas como están. Una vez más, esto puede perturbar a los miembros del personal. "Sería mucho más fácil si las personas se dejaran ir elegantemente" es un sentimiento común, pero es equivocado tratar de forzar a una persona mayor a aceptar algo que no siente. Este estado de irritación puede volver a darse más adelante, incluso cuando ya no sea el sentimiento que domine al residente.

3 Depresión y angustia

La depresión puede ser consecuencia de la interiorización del enfado. Se darán sentimientos de tristeza y dolor por la pérdida de la vida y todo lo que ello conlleva. Se pueden dar también remordimientos por el pasado y miedo por lo que va a venir. El personal, en esta fase, puede estar tentado bien a tratar de animar a los residentes con falsas esperanzas y distracciones, o bien a dejarle solo con su propia angustia. Pero lo que debería hacer es permanecer a su lado y escuchar. Uno de los mayores temores de las personas que van a morir es quedarse solos, sin ningún tipo de relación personal. Mostrándoles que no vamos a salir huyendo de su dolor, podemos ayudarles a expresar sus temores y, a través de ello, a superarlos. Si un residente dice "No me importaría morir si supiera que todo iba a ir bien", en lugar de decir "No, no es fácil", es mejor tratar de dar una respuesta más abierta, como por ejemplo "¿No? ¿Qué quiere decir con eso de que todo vaya bien?". Después de dar el primer paso, todo será más fácil. Pero hay que recordar que a un moribundo no se le puede hablar de forma autoritaria sobre la manera de afrontar el problema. Lo mejor es participar como alguien que intenta entenderle y que le ayuda a entender mejor por qué se siente así, analizando tanto los aspectos más pesimistas como optimistas de su pensamiento.

4 Miedo al dolor

Es también muy normal sentir miedo al dolor a la hora de la muerte y al mismo momento de la muerte. Este miedo puede causar ansiedad; si es así, se debe informar al médico para que explique al residente cómo es la evolución de la enfermedad y los efectos del tratamiento y, de esta forma, aliviar dichos temores. El personal puede también tranquilizar a los residentes diciéndoles que hoy en día, con los cuidados adecuados, la mayoría de las personas mueren tranquilamente, hayan entrado en coma o permanezcan aún bastante conscientes. Para aquéllos que estén preocupados por el tema, es tranquilizador saber que pueden esperar una muerte sin dolor.

En el pasado, la muerte ha sido con frecuencia una experiencia mucho más dolorosa de lo que es hoy en día, tanto en hospitales como en residencias. En la actualidad, el objetivo de la medicina en lo referente a enfermos terminales, es asegurar el alivio físico, y dispone de los medios para conseguirlo, como son las diversas combinaciones de analgésicos.

Así, en caso de que el residente tuviera dolores, hay que informar enseguida al médico. Es importante impedir que el dolor se desarrolle, ya que ello originaría un ciclo recurrente de miedo y tensión que a su vez incrementaría el dolor. Si el médico de cabecera no dispone del tratamiento adecuado para el dolor, habría que recurrir a otros servicios especializados.

En toda esta etapa el personal juega un papel vital, ofreciendo la atención diaria que se ha descrito anteriormente y que es tan importante a la hora de aliviar el malestar físico. Tiene también la responsabilidad de administrar las medicinas a su hora, lo que es fundamental para que sean efectivas. En sus últimas horas, muchas personas permanecen somnolientas por lo que es posible que las medicinas hayan de ser administradas por vía intravenosa. Hay que tener en cuenta asimismo que, dada la disminución de la sensibilidad, es posible que durante estas últimas horas las dosis necesarias sean inferiores.

Si un residente no desea que se le administren analgésicos (por ejemplo, los budistas pueden preferir hacer frente al dolor por sus propios medios), lo mejor que se puede hacer es ofrecerle

una habitación tranquila y respetar sus deseos.

5 Aceptación

Una vez que se han disipado los temores, es probable que el siguiente paso sea el de la aceptación. Es también probable que los residentes deseen compartir recuerdos felices y disfrutar sus últimos momentos, días o semanas, tanto como puedan.

Las personas religiosas tienden a ver la lucha interior que mantienen algunos moribundos como una lucha por la culpa de sus pecados, y la aceptación como la otra cara de la culpa, la tranquilidad al saber que sus pecados han sido perdonados. Sin embargo, este sentido religioso de la vida y la muerte no se da necesariamente en otras personas.

Las personas que atienden a los residentes en los últimos momentos serán los responsables de proporcionar la visita de un sacerdote de su agrado a aquéllos que deseen tenerla. Será mejor que estas visitas se realicen desde el principio de la enfermedad, de manera que el residente no se asuste por el significado de la visita. También los demás residentes podrían asustarse a la vista del sacerdote, si saben que éste sólo aparece en el último momento.

Se le debe cambiar de posición cada cierto tiempo, colocar más almohadas si las necesita o elevar la parte inferior de la cama si tiende a deslizarse hacia abajo.

Si pide algo para comer se le deberá proporcionar, en la medida de lo posible.

Si es necesario, se limpiará la boca y se humedecerán los labios y la lengua para facilitar el habla.

Regularmente se ofrecerá la bacinilla; si el residente es incontinente se le mantendrá limpio.

Si el personal considera que aumenta el dolor y es necesario aumentar la dosis de calmantes, se lo deberá comunicar inmediatamente al médico, tratando de evitar el sufrimiento innecesario del residente moribundo.

Valorar asimismo si el residente puede desear algún objeto personal, una fotografía, un rosario, un libro. Si la persona no desea ser molestada, se deberán respetar sus deseos, pero cada cierto tiempo se entrará en la habitación silenciosamente para supervisar su estado.

Se debe permitir y animar a los familiares o amigos a permanecer al lado del residente. Si éste no tiene acompañantes, el personal deberá organizarse para no dejarle sólo.

El momento de la muerte

Cuando la muerte es inminente, la persona estará seguramente muy debilitada y habrá perdido su capacidad de movimiento. La mala circulación puede hacer que las extremidades cambien de color. Los sentidos se deteriorarán rápidamente, lo que significa que la comunicación con el moribundo, ya sea a través del tacto como de la voz, ha de ser bastante firme.

Muchas personas pueden oír incluso cuando han perdido otros sentidos; los visitantes deben conocer este factor y prestar atención a lo que hablan dentro del alcance del oído de la persona moribunda.

El personal debe cuidar de que el residente se encuentre lo más cómodamente posible hasta el final, debe actuar tranquilamente, sin prisas, hablar en un tono normal -los susurros pueden aumentar la angustia-, incluso tomar la mano del residente.

Tras la muerte

Hay que tener en cuenta los siguientes puntos:

- **Una vez que el residente ha muerto, hay que cerrarle los párpados.**
- **Hay que anotar la hora de la muerte e informar al responsable de la residencia, quien se ocupará de avisar al médico, a los familiares, a los servicios funerarios y religiosos.**
- **Si la habitación es compartida, un miembro del personal se quedará acompañando a los otros residentes mientras el cadáver esté presente.**
- **Se permitirá a los familiares que lo deseen permanecer con la persona fallecida, bien en la misma habitación o en otra sala de la residencia.**

- **Los miembros del servicio funerario se ocuparán del cuerpo, pero antes de que lleguen, hay que quitar las almohadas y, con suavidad, dejar el cuerpo en posición completamente horizontal. Colocar una dentadura limpia y cambiar cualquier bolsa de drenaje o vendaje por uno limpio. Es conveniente que los familiares abandonen la habitación mientras duren estos preparativos.**
- **Cualquiera que toque el cuerpo de una persona judía o musulmana una vez muerto, ha de llevar guantes. De hecho, el cuerpo de un musulmán sólo puede ser tocado por otro musulmán del mismo sexo.**
- **Se debe dejar claro al servicio de la funeraria el procedimiento que deben seguir para sacar el ataúd de la residencia, porque si no, pueden tomar sus propias decisiones.**

Quando se han llevado el cuerpo, un miembro del personal, junto con un compañero del residente muerto, harán una lista con los enseres personales del fallecido y se la entregarán al responsable de la residencia.

Es posible que los familiares reclamen las pertenencias del residente fallecido, su dinero, libretas de ahorro, cuentas corrientes, etc. En teoría, todos los efectos personales deben pasar a disposición de las autoridades competentes, el juzgado o una persona designada por el residente. Normalmente, en ausencia de una voluntad

escrita, son los familiares directos quienes se hacen cargo de las pertenencias del difunto. A estas personas se les hará firmar un recibo en el que se indique, con el máximo detalle, los objetos que se les entregan.

Muerte súbita

La muerte repentina de un usuario puede perturbar a otros residentes, a los familiares y alterar el ritmo de la residencia. El personal debe conocer los pasos a seguir en estos casos.

El primer trabajador que encuentra el cadáver debe pedir inmediatamente ayuda y tranquilizar a otros residentes que estén presentes. El responsable de la residencia deberá avisar al médico del residente o al médico de urgencias y seguir sus instrucciones.

Si lo considera necesario, el médico solicitará la presencia del forense para proceder al levantamiento del cadáver y la realización de la autopsia. Esto no quiere decir que exista algo sospechoso en torno a la muerte, se tratará de una formalidad administrativa.

Quando la persona que ha muerto ocupaba una habitación compartida, mientras el cadáver permanece en la habitación y, siempre que sea posible, se trasladará a los compañeros a otros recintos de la residencia. Si no es posible, se deberá separar el cuerpo mediante un biombo y un miembro del personal permanecerá en la habitación acompañando a los residentes que la ocupan.



)

A NEXOS

)

)

TIPOS DE BAÑO

1.1. DUCHA O BAÑO EN BAÑERA

Cómo debe actuar el personal con los residentes que necesitan ayuda para bañarse:

- 1 Lavarse las manos.
- 2 Preparar el equipamiento necesario: toallas, jabón, loción, desodorante (si el residente lo desea), la bata, las zapatillas, una esterilla de goma y una silla.
- 3 Preparar el cuarto de baño:
 - comprobar que la bañera o ducha está limpia
 - controlar la temperatura del ambiente, no debe estar por debajo de 20º centígrados
 - colocar la esterilla en el suelo cerca de la bañera
 - llenar la bañera hasta la mitad, la temperatura del agua debe ser aproximadamente de 40º; se debe medir con un termómetro de agua y ajustar según los deseos del usuario, teniendo en cuenta que la sensibilidad de su piel al frío y al calor puede estar disminuida.
- 4 Ayudar al residente a introducirse en la bañera o ducha.
- 5 Ayudarle a limpiarse las zonas que no puede o lo hace con dificultad.
- 6 No se debe prolongar el baño más de 15 min. porque una persona que permanece inmersa en agua caliente durante mucho tiempo puede debilitarse e incluso marearse.
- 7 Si el residente se queda solo en el baño, el personal se debe asegurar de que el timbre de llamada está alcanzable. Nunca se debe dejar sola en el baño a una persona que sufre de confusión mental, podría ahogarse o quemarse si añade agua muy caliente.
- 8 Ayudar al usuario a salir de la bañera, solicitando ayuda de otra persona si es necesario.
- 9 Ayudar al residente a vestirse teniendo en cuenta que puede estar debilitado por el baño caliente.
- 10 Limpiar la bañera o ducha cada vez que se utiliza, con agua, jabón y desinfectante; después de echar el desinfectante se deberá aclarar con abundante agua porque los restos de productos químicos podrían producir quemaduras en la piel.

1.2. BAÑO EN LA CAMA

Es posible que algunos residentes no puedan levantarse de la cama para tomar un baño, bien porque están muy enfermos o porque están recibiendo un tratamiento que les obliga a permanecer acostados.

¿Cómo debe actuar el personal a la hora de bañar a un residente en su cama?:

- 1 Lavarse las manos.
- 2 Poner un biombo o cortina alrededor de la cama para preservar la privacidad.
- 3 Asegurarse de que no hay corrientes en la habitación y de que la temperatura es como mínimo de 20º.
- 4 Preguntar al residente si desea utilizar la bacinilla.
- 5 Preparar el equipamiento necesario: varias toallas grandes y pequeñas, jabón, loción, ropa de cama limpia, guantes de goma, desodorante, peine, etc.

- 6 Retirar las mantas de la cama, si no están sucias, dejarlas en una silla porque se volverán a poner después del baño.
- 7 Desvestir al usuario; si éste padece hemiplejía, se debe comenzar por la parte sana.
- 8 Sustituir la sábana superior por una toalla grande. Colocar primero la toalla sobre la sábana y después retirar la sábana para que el residente no se quede en ningún momento descubierto.
- 9 Preparar el agua para el baño en una palangana, a una temperatura entre 35 y 40º y disolver el jabón.
- 10 Animar a los residentes para que hagan ellos mismos todo lo que puedan; como se ha repetido anteriormente, es importante para su autoestima.
- 11 Lavar y secar cada área antes de pasar a la siguiente, para que el residente no se enfríe. Asegurarse de que está cubierto en todo momento.
- 12 Se recomienda seguir el siguiente orden:

- **Ojos.** Se limpiará cada ojo con una gasa limpia, sin jabón, desde la parte interna a la externa.

- **Cabeza.** La mayoría de los residentes serán capaces de limpiarse ellos mismos la cara y el cuello si se les facilita una esponja; el personal deberá animarles a que lo hagan, asegurándose de que se limpian bien todas las áreas.

- **Brazos y manos.** Recorrer las extremidades desde la mano hasta el hombro, las axilas se pueden limpiar en este momento o con el resto del tórax. Se colocará una toalla debajo del brazo para mantener seca la sábana y secarlo después de lavarlo. Se puede aprovechar el momento para arreglar las uñas, si es necesario, y dar loción o desodorante.

- **Tórax.** Cubrir la parte torácica con una toalla y lavar por debajo de la toalla. Cuando se trata de mujeres con grandes senos se debe limpiar y secar bien la parte que queda por debajo.

- **Abdomen.** Utilizar una toalla seca para cubrir el tórax y otra para tapar la parte abdominal, mientras se limpia por debajo. Prestar especial atención al ombligo.

- **Piernas.** Doblar la pierna por la rodilla, poner una toalla en la parte final del muslo cubriendo la zona perineal, colocar otra toalla debajo de la pierna para no mojar la sábana. El pie se puede introducir en la palangana y dejarlo en remojo mientras se lava la extremidad inferior, teniendo cuidado de no derramar el agua en la cama. Al secar las piernas no se debe frotar fuertemente porque las personas ancianas pueden tener problemas de circulación periférica.

- **Parte posterior y nalgas.** Girar al residente hasta posicionarlo boca abajo; es posible que sean necesarias dos personas para realizar esta maniobra. Cubrir con una manta la parte inferior dejando al descubierto la espalda. Limpiar y secar esta zona pasando a continuación a la parte de las nalgas. De nuevo se tapaná el resto del cuerpo, excepto la parte que se va a limpiar; este área del cuerpo es propensa a presentar problemas en la piel debido a la presión que soporta y a la posible contaminación fecal, por tanto se deberá examinar y limpiar cuidadosamente.

- **Area perineal.** Siendo ésta una zona íntima se deberá proponer al residente que se limpie él mismo, esto puede aumentar su autoestima. Si no es capaz de hacerlo, continuará el baño el trabajador. Siempre se deben utilizar guantes para limpiar esta zona.

En el caso de las mujeres se debe limpiar el área perineal desde la parte anterior hacia la posterior para evitar la contaminación fecal de la vulva recorriendo toda la hendidura sin levantar la esponja. Si es necesario volver a limpiar se utilizará la otra cara de la esponja. Si hay restos de heces fecales se pasará el papel higiénico antes de la esponja. Siempre que se toca el área perineal se debe usar una parte de esponja limpia.

En los hombres el pene se debe limpiar desde la raíz hacia el glande de forma circular. Si al residente no se la ha realizado la circuncisión, se debe retirar el prepucio hacia atrás para limpiar bien el esmegma, líquido blanquecino que puede ser maloliente. Es posible que se produzca una erección; en este caso, si no se puede continuar habrá que esperar hasta que el pene vuelva a su posición relajada. A continuación se limpiará el escroto y la zona anal.

- 13 Ayudar al residente a vestirse. Si tiene una parte del cuerpo paralizada, vestir primero la parte afectada.
- 14 Retirar el equipamiento de baño, colocar la ropa sucia en una bolsa y limpiar la palangana antes de guardarla en su sitio.
- 15 Hacer la cama.
- 16 Hacer lo posible para que el residente quede cómodo, peinarle, afeitarse, ayudarlo a ponerse sus gafas, aparatos para el oído y otras prótesis.

1.3. BAÑO PARCIAL

Muchas veces no es necesario un baño completo todos los días o es posible que el residente esté demasiado enfermo o débil como para soportar un baño total incluso en la cama. En estos casos, se puede realizar un baño parcial:

- 1 Lavarse las manos.
- 2 Lavar al residente la cara, los brazos, las manos y el área perineal como se ha indicado anteriormente.
- 3 Dar un masaje o fricción en la espalda.
- 4 Cambiar la ropa sucia y refrescar la cama.

1.4. BAÑO EN CAMILLA

Se utiliza cuando un residente no es capaz de permanecer de pie ni sentado y la ventaja, frente al baño en cama, es que se puede usar agua corriente y que el residente tiene la oportunidad de salir de su cama.

¿Cómo se debe bañar a una persona en una camilla?:

- 1 Lavarse las manos.
- 2 Preparar el mismo equipamiento que para el baño en bañera o ducha.
- 3 Preparar la camilla al lado de la cama.
- 4 Ayudar al residente a pasar de la cama a la camilla, cubrirlo con una toalla y llevarlo a la sala de baño geriátrico.
- 5 Asegurarse de que la temperatura del ambiente y del agua son adecuadas.
- 6 Tratar de proteger la cara del residente del agua de la ducha, pues puede ser una sensación desagradable.
- 7 Lavar la cabeza del residente tapándole los ojos con una toalla.
- 8 Secar al residente; si es necesario, pedir ayuda a otra persona para girarlo, secarle la parte posterior y la camilla. Hay que tener especial cuidado porque todo puede estar resbaladizo a causa del jabón y el residente se podría caer.
- 9 Trasladar de nuevo al residente a su habitación y ayudarlo a pasar a su cama.
- 10 Limpiar el baño geriátrico y la camilla de baños.

1.5. BAÑO GERIÁTRICO DE ASIENTO

Se realiza en una especie de bañera alta y cerrada. El residente permanece sentado durante el baño y el trabajador puede prestarle ayuda desde el exterior.



ASEO PERSONAL

2.1. CUIDADO DEL CABELLO

Es conveniente cepillarlo de la raíz a las puntas una o dos veces al día. Si se encuentran nudos, no hay que cortarlos sino tratar de desenredarlos sin estirar demasiado, ayudándose, si es necesario, de agua, vinagre, alcohol u otra solución acuosa.

Es recomendable lavarse el cabello, por lo menos, una vez a la semana. Es posible colocar una palangana sobre la mesa de cama y hacer que el residente se incline hacia delante o, si no, levantar sus hombros sobre almohadas y colocar la palangana bajo la nuca.

2.2. AFEITADO

Si un residente no puede afeitarse solo, el personal deberá hacerlo por él. El método más seguro es el de la máquina de afeitar eléctrica.

Averiguar en qué sentido se afeitan habitualmente, ya que ésta será la dirección en que crezca la barba, y si se hace en sentido contrario, la piel quedará irritada y dolorida.

Se debe preguntar a las mujeres si desean depilarse las piernas o las axilas en cuyo caso se utilizará, asimismo, un depilador eléctrico.

2.3. CUIDADO DE LOS PIES

Los pies deberán mantenerse limpios y secos. A ser posible, deberán limpiarse a diario con agua caliente y, una vez secos, se les aplicará polvos de talco.

Es importante mantener las uñas de las manos y de los pies limpias y cortas, para

evitar infecciones. El personal de la residencia debe supervisar la higiene y ayudar a mantenerla a las personas que lo necesitan. Antes de limpiar y cortar las uñas es recomendable tener los pies en remojo, aproximadamente diez minutos.

Las uñas de los pies deberán cortarse rectas y a la misma altura del dedo. Si las uñas son demasiado duras para cortar se pueden limar, pero si están muy deformadas es mejor que las trate un podólogo.

Hay que prestar especial atención a las personas que padecen diabetes, porque son más propensas a las infecciones y su curación es más costosa. En estos casos debe ser una enfermera o podólogo quien se ocupe del cuidado de las uñas.

Los pies, a medida que envejecen, desarrollan a menudo durezas, juanetes y uñas molestas, debidos en su mayoría a la falta de cuidados. Los problemas de los pies deberán ser tratados por un podólogo cualificado, pero para los pies que estén simplemente algo secos o doloridos, será probablemente suficiente un masaje con loción para bebés o crema de manos. Esto ayuda también a mejorar la circulación. Utilizar piedra pómez tras el baño, a ser posible por el propio residente si éste es capaz, mejora también las zonas de piel seca.

Las piernas doloridas y tobillos hinchados mejoran cuando descansan sobre un taburete, siempre que las piernas estén bien apoyadas.

Los residentes deberán evitar las ligas apretadas, ya que dificultan la circulación.

A los residentes que sean capaces de hacerlo, se les deberá animar a que aten sus zapatos colocando el tacón sobre una silla o taburete firme, mejor que cruzando una rodilla sobre la otra. Los calzadores

largos serán útiles para algunos residentes que, de otra manera, no podrían ponerse los zapatos.

Si un residente tuviera los pies muy doloridos, sería recomendable conseguir o construir un aparato que mantuviera las sábanas separadas de los pies en la cama.

2.4. HIGIENE BUCAL

La higiene oral incluye el cuidado de los dientes, prótesis dentales, encías, lengua y paladar. La mayoría de los residentes podrán ocuparse ellos mismos de su higiene, quizás con una mínima ayuda como facilitar los utensilios o sujetar una palangana. Sin embargo, algunas personas que sufren confusión mental o hemiplejía pueden ser incapaces de hacerlo; en estos casos, el personal de la residencia se encargará de mantener la boca limpia.

Es recomendable limpiarse los dientes por la mañana, al levantarse y después de cada comida. Los zumos de frutas ácidas son buenos porque estimulan la saliva, que es un antiséptico, siendo un método natural de limpiarse la boca.

En cuanto a las prótesis dentales, primeramente se debe conocer quiénes son los residentes que las utilizan, -es posible que ellos no proporcionen esta información- y administrar a cada uno de ellos un vaso o recipiente con su nombre para ponerlas a remojo durante la noche.

El personal de la residencia debe observar si los usuarios que normalmente llevan prótesis presentan algún problema, porque es posible que ellos no lo digan. El comedor es un lugar adecuado para detectar cambios de actitud con respecto a la comida, indicadores de problemas con la dentadura, por ejemplo rechazar o mostrar disgusto ante los alimentos más consistentes como la carne, fruta, etc. o cortarlos en trozos excesivamente pequeños.

Si el residente presenta dificultades para limpiarse su prótesis dental el personal deberá ocuparse de ello. Siempre se utilizarán guantes para manipular la prótesis de otra persona; se limpiará con cepillo y dentífrico o inmersión en una solución desinfectante, aclarando después en agua corriente.

El tipo de higiene oral más difícil es el que se debe realizar en las personas inconscientes porque corren el riesgo de ahogarse con el líquido que se utiliza para

la limpieza bucal. Sin embargo, es importante limpiar la boca, por lo menos una vez cada cuatro horas, porque se pueden resecar excesivamente las mucosas ya que en este estado se respira por la boca.

Cómo se debe realizar la higiene oral de un residente inconsciente:

- 1 Lavarse las manos y ponerse guantes.
- 2 Explicar lo que se va a hacer porque muchas personas inconscientes pueden conservar el sentido del oído.
- 3 Preparar el equipamiento necesario: toallas, gasas, una bandeja, solución desinfectante, lubricante para los labios, una jeringa grande y si es posible, un aparato de succión.
- 4 Colocar al residente de lado para evitar que ingiera líquidos. Instalar una toalla y la bandeja debajo de la cabeza y cara del residente.
- 5 Utilizando gasas impregnadas en la solución desinfectante, limpiar los dientes, lengua, encías y paladar. Si se dispone de aparato de succión se pondrá en marcha en este momento, si no, se dejará que el líquido sobrante se derrame en la bandeja o en la toalla que se ha colocado bajo la cabeza. Se debe cambiar de gasa cada vez que se introduce en la boca. Terminar aclarando con una jeringa llena de agua evitando siempre que el residente trague líquido.
- 6 Secar la zona con una toalla y aplicar lubricante en los labios.

La limpieza oral ayuda al residente a sentirse más cómodo y reduce el riesgo de infecciones.

2.5. CUIDADO DE LA PIEL

Como se ha indicado anteriormente, el momento del baño es una buena oportunidad para descubrir posibles patologías en la piel de los residentes: manchas, tumefacciones, edemas, llagas, color azulado en los labios o en las uñas, etc. en cuyo caso se deberá informar al supervisor o al médico.

Uno de los mayores problemas que se presenta en las residencias de ancianos son las úlceras de decúbito o escaras, que son lesiones de continuidad de la piel o lesiones producidas por una presión prolongada de la zona. Las áreas en que

más frecuentemente se presentan son la parte posterior de los hombros, los codos, las rodillas, los tobillos, los talones, la parte posterior de la cabeza cerca de las orejas y la parte inferior de la columna vertebral.

Los signos que preceden la aparición de una escara son enrojecimiento y sensación de quemazón. Si no se toman las medidas adecuadas se producirá la rotura de la piel constituyéndose así la úlcera de decúbito.

Las personas que presentan mayor riesgo son:

- las encamadas
- las que tienen problemas de movilidad
- las que presentan obesidad, porque su propio peso constituye una presión adicional
- las personas muy delgadas que tienen poco tejido graso
- los residentes que toman cierta medicación como anticoagulantes, corticoides o analgésicos
- los que sufren de incontinencia
- las personas con déficit de vitaminas o proteínas.
- los diabéticos
- las personas con trastornos psíquicos.

Las medidas preventivas que se deben seguir cuando existe un riesgo son las siguientes:

- 1 Cambiar de posición a las personas encamadas como mínimo cada dos horas. Utilizar colchones o cojines especiales que mantienen la parte del cuerpo apoyada en flotación, sábanas especiales que mantienen siempre seca la parte superior, protectores de espuma para los tobillos, etc. Evitar las arrugas en las sábanas.
- 2 Estimular la circulación dando masajes en la piel expuesta a riesgo.
- 3 Mantener la piel seca.
- 4 Estimular a los usuarios para que tomen líquidos cada dos horas e ingieran proteínas en su dieta.
- 5 No se debe elevar la cabecera de la cama más de 30º, para evitar que el residente se deslice. Es recomendable acomodar a la persona encamada con cojines, almohadas, etc. para reducir la presión sobre las prominencias todo lo posible.

Si a pesar de los esfuerzos realizados se desarrolla una escara, se seguirá el tratamiento prescrito por el médico siempre respetando las normas de higiene.



VESTIRSE

Entre las personas ancianas es frecuente la hemiplejía, como consecuencia de un accidente cerebro-vascular. A continuación se sugieren algunas recomendaciones para vestirse cuando se tiene una parte del cuerpo paralizada:

- Cómo ponerse una camisa o una chaqueta

A la hora de vestirse se comienza siempre por la parte afectada; se utilizará el brazo sano para introducir el afectado en la manga correspondiente, después se introducirá en su manga la extremidad sana, se colocará bien la prenda y se cerrará por delante con botones, cremallera o velcro.

Al desvestirse, el procedimiento es contrario, primero se quita del lado sano y después, el brazo afectado.

- Cómo ponerse los pantalones

El residente deberá sentarse en el borde de la cama; ayudándose con la mano sana cruzará la pierna afectada por encima de la sana y la introducirá en el pantalón; a continuación introducirá la pierna sana y levantará los pantalones todo lo posible, estando sentado. Terminará la operación poniéndose de pie junto a la cama, si puede incorporarse; si no, deberá tumbarse completamente, doblando la rodilla y cadera sanas empujará con el pie sobre la cama, elevará las dos caderas y así podrá colocarse bien los pantalones; seguramente tendrá que girar hacia uno y otro lado para terminar la operación adecuadamente.

Cuando un miembro del personal ayuda a vestirse a una persona discapacitada con problemas de movilidad en sus extremidades, deberá proceder de la misma forma, es decir, comenzando por el miembro más afectado; por el contrario, en el momento de desvestirse, este miembro será el último.

ACCESORIOS PARA LA INCONTINENCIA

En la actualidad existen en el mercado diversos productos para el cuidado de la incontinencia urinaria. Es importante conocerlos y elegir el más adecuado para cada caso. Las características que debe reunir un producto para el cuidado de la incontinencia son:

- **Eficacia:** deben servir para recoger y retener la orina teniendo en cuenta diferentes factores como el tipo de incontinencia (frecuencia y volumen de orina), características del incontinente (complexión física, estado mental), y actividad (reposo o deambulación, grado de actividad física).
- **Confortabilidad:** no debe producir lesiones ni liberar sustancias tóxicas. Además debe ser discreto, fácil de colocar, no detectable y permitir la máxima autonomía.
- **Accesibilidad:** los artículos deben ser de fácil adquisición a través de un sistema de financiación asequible.

Los dispositivos para la incontinencia se podrían clasificar en dos grupos:

1. **Conductivos:** son los que recogen y transportan la orina a una bolsa colectora, donde se almacenará:
 - 1.1. **Sonda uretral:** dispositivo en forma de tubo que, en su extremo distal, lleva un embudo fácilmente conectado a un sistema de drenaje.

Sus ventajas son la comodidad para el personal sanitario y su bajo coste. Está indicada en la

incontinencia asociada a reflejo vesiculouretral y en incontinencia por rebosamiento.

La sonda uretral presenta importantes inconvenientes como el riesgo elevado de infecciones, lesiones del tracto urinario y la incomodidad física y psíquica del paciente.

- 1.2. **Colector:** es una funda elástica de pared fina, adaptable al pene mediante tiras hipoalérgicas autoadhesivas; su extremo inferior es abierto, terminando en un tubo de pared más gruesa al que se acopla la bolsa de orina mediante el tubo de conexión.

Sus ventajas son la facilidad de colocación y comodidad para la deambulación, un menor riesgo de infecciones que la sonda vesical y el bajo coste.

Sin embargo, a veces presenta problemas de adaptación, sujeción, fugas, sobre todo en personas ancianas, y puede producir irritación o lesiones en la piel.

- 1.3. **Bolsas colectoras de orina:** son bolsas de plástico con cierre hermético, por soldadura, conectadas a un tubo cuyo extremo se puede ajustar a sondas o colectores. Llevan una válvula antirreflujo que impide el retroceso de la orina. Pueden ser abiertas (con tubos de drenaje de la bolsa que permiten su vaciado) o cerradas. Por su forma de utilización pueden ser:

- *De pierna*: se sujetan a la pierna del paciente, tienen menos capacidad pero permiten mayor movilidad.
- *De cama*: tienen mayor capacidad colectora.

2 **Absorbentes**: son materiales diseñados para retener y aislar la orina, manteniendo seca y confortable a la persona que los utiliza. Se pueden

diferenciar dos grupos: empapadores o traveseros de cama y absorbentes desechables de uso personal.

Las ventajas de los absorbentes son la libertad de movimientos que proporcionan y la escasa incidencia de lesiones cutáneas. Sus inconvenientes son el aumento de trabajo para el personal que atiende a las personas incontinentes, cuando éstas no pueden valerse por sí mismas, y el coste elevado.

CUADRO 1

¿Se es consciente de la necesidad de ir al lavabo?

| SI ¿Es un problema de | | SI | NO |
|--|---------------------------------------|---|----------------------------|
| IDENTIFICAR LOS LAVABOS? | LLEGAR HASTA LOS LAVABOS? | ¿Es un problema de RETENCION DE ORINA? | |
| ¿Los lavabos están mal ILUMINADOS? | ¿ESTÁN DEMASIADO LEJOS? | | |
| ¿MAL INDICADOS? | El/la residente es DEMASIADO INMOVIL? | | |
| ¿Es mala la visión de los/las residentes? ¿Se puede mejorar? | DEMASIADO DÉBIL? | | |
| ¿Conoce bien el/la residente el entorno? | DROGADO/A? | | |
| | INCAPAZ DE ABRIR PUERTAS CON RAPIDEZ? | FRECUENCIA? | |
| | ¿Hay LAVABOS SUFICIENTES? | URGENCIA? | |
| | PERSONAL SUFICIENTE? | MÚSCULOS DEBILES? | |
| Adecuar el entorno para promover la continencia y reducir accidentes | | Diseñar un programa de ejercicios | INCONTINENCIA IRREVERSIBLE |
| | | Esquemas individuales de modelos y volúmenes de vaciado para facilitar la retención | |

CUADRO 2

HOJA DE INCONTINENCIA

| Fecha → | 1.10.94 | | 2.10.94 | | 3.10.94 | | 4.10.94 | | 5.10.94 | | |
|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|-----|
| Hora ↓ | Mojado Seco | Retrete | |
| | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | |
| 1 h. | | | | | | | | | | | |
| 2 h. | ✓ | | S | O | S | N | S | N | S | N | |
| 3 h. | | | | | | | | | | | |
| 4 h. | ✓ | | S | O | S | N | S | O | S | O | |
| 5 h. | | | | | | | | | | | |
| 6 h. | ✓ | | S | O/H | S | O | O | O | S | O | |
| 7 h. | | | | | | | | | | | |
| 8 h. | ✓ | | O | N | S | O | S | N | S | N | |
| 9 h. | | | | | | | | | | | |
| 10 h. | ✓ | O | O | S | O | S | O | S | O | S | O |
| 11 h. | | | | | | | | | | | |
| 12 h. | ✓ | S | O | S | O | S | O | S | O | S | O |
| 13 h. | | | | | | | | | | | |
| 14 h. | ✓ | S | N | S | O | S | O | S | O | S | O |
| 15 h. | | | | | | | | | | | |
| 16 h. | ✓ | O | O | O | O | S | N | S | O | S | O |
| 17 h. | | | | | | | | | | | |
| 18 h. | ✓ | O | O | S | N | O | N | S | N | S | O |
| 19 h. | | | | | | | | | | | |
| 20 h. | ✓ | S | O | O | N | S | O | S | O | S | O |
| 21 h. | | | | | | | | | | | |
| 22 h. | ✓ | O | O | S | O | S | O/H | S | O | S | O/H |
| 23 h. | | | | | | | | | | | |
| 24 h. | ✓ | O | O | O | O | O | N | O | N | S | O |

NOTA: Las dos columnas 1 y 2 se deben cumplimentar a la hora indicada tras acompañar al residente al servicio.

En la columna 1 se anotará si en el momento de ir al retrete el residente ya había orinado (O) o había orinado y defecado (O/H) o estaba seco (S).

En la columna 2 se anotará el resultado de la utilización del retrete, es decir, si ha orinado (O), ha orinado y defecado (O/H) o no ha hecho nada (N).

AYUDAS PARA ANDAR Y SU USO

5.1. BASTÓN

Un residente que no se mantiene muy estable y que parece necesitar la ayuda física de un cuidador para sentirse seguro, estará seguramente igual de seguro (con la ventaja además de conservar su autonomía) si se le proporciona un bastón.

Antes de darle a un residente un bastón hay que observar los siguientes pasos:

- 1 *Elegir la largura.* Los bastones deben medirse individualmente. Utilizar un bastón metálico graduable es una manera adecuada de determinar la largura correcta que deberá tener el bastón de madera. Hay que ajustar el bastón metálico a la altura aproximada. Si el residente tiene una pierna "problemática" (artrosis, dolor en el pie, ataque de apoplejía) deberá sujetar el bastón con la mano opuesta a esa pierna. Si no, lo sujetará de forma natural con su mejor mano. Con el residente de pie, ajustar la largura de forma:
 - a) que la mano del residente que sujeta la empuñadura del bastón esté más o menos a la altura de su cadera.
 - b) que el codo esté sólo ligeramente doblado.
 - c) que los hombros estén al mismo nivel.
- 2 Cuando considere que la largura elegida es la correcta, *pida al residente que camine utilizando el bastón.* Observe cómo lo hace y cómo se siente. Si alguno de los dos, usted o el residente, no están satisfechos, alargue o acorte el bastón una medida y trate de nuevo, hasta que encuentre una largura

que responda a las reglas a), b) y c) señaladas más arriba.

Los bastones son a menudo demasiado largos. Ello provoca que el usuario doble mucho el codo -haciendo que el bastón sea mucho menos útil- y/o que suba el hombro del lado donde se encuentra el bastón, lo que acaba produciendo dolor (Ver figura 3).

La mayoría de nosotros, residentes incluidos, estamos acostumbrados a usar y a ver usar bastones demasiados largos. Es posible que sea necesario convencer al residente de que un bastón más corto le resultará más cómodo y útil. Pídale que lo use durante un tiempo; la largura podrá modificarse unos días después.

- 3 *Mida y marque el bastón de madera de manera que tenga las mismas dimensiones que el bastón metálico.* Corte el bastón de madera a la altura correcta.
- 4 *Coloque una contera de goma con ventosa resistente y ancha en la punta del bastón.* Asegúrese de que todos los bastones tienen contera de goma y compruebe su estado. Cuando están gastados, agujereados o han perdido el reborde es preciso cambiarlos puesto que pueden resultar peligrosos y ser causa de resbalones y caídas.
- 5 *Enseñe al residente a sujetar el bastón con la mano adecuada (ver más arriba el apartado 1.-)*
- 6 *Enseñe al residente a andar con el bastón.* Hay dos maneras de andar con un bastón, por lo tanto es especialmente importante determinar el problema que supuestamente tiene que aliviar el bastón y utilizar el método correcto.



-Bastón demasiado corto-



Figura 3.

«Bastón demasiado largo»

Cómo andar con un bastón

1. Cuando se necesita mucho apoyo (por ej. artrosis, accidente cerebral):
 - a) Avanzar el bastón, colocándolo un poco hacia fuera, lateralmente.
 - b) Dar un paso de longitud normal con el pie opuesto hasta la altura del bastón.
 - c) Colocar el otro pie por delante del bastón.
 - d) Repetir la operación (a, b, c).
2. Cuando no se necesita tanto apoyo (por ej. falta de estabilidad general o una mejoría del residente con respecto a una situación A anterior):
 - a) Avanzar el bastón y la pierna opuesta a la vez.
 - b) Mover la otra pierna hacia adelante.
 - c) Repetir la operación (a, b, c).

largo con la pierna "mala" y luego uno corto con la "buena" (cuando todo el peso está sobre la otra). Hay que animar a los residentes a que den pasos de longitud normal.

El sistema B es más rápido. Cuando los residentes que usan el A empiezan a andar más deprisa y a apoyar menos peso en el bastón, hay que pensar que posiblemente están listos para cambiar al método B y pueden hacerlo automáticamente.

Cuando un residente, a pesar de utilizar el bastón, necesita además la ayuda de otra persona (por ej. cuando andando sólo con el bastón, como es su costumbre, se encuentra ligeramente inestable porque ha pasado una gripe, pero no tanto como para necesitar temporalmente un andador), el cuidador debe sujetar al residente por el brazo opuesto al que sostiene el bastón.

5.2. ANDADOR

Los residentes que tienen grandes dificultades para andar y que, o bien se apoyan completamente en el cuidador, o

El principal error que se comete con esta forma de andar es que la gente da un paso

bien necesitan a dos cuidadores para desplazarse, necesitan posiblemente un andador.

Los andadores están diseñados para:

- a) Contribuir al equilibrio, aumentando la base sobre la que se apoya la persona que lo usa, lo que significa pasar de la base inestable de dos pies que cubren relativamente poco espacio, a una base más ancha delimitada por el andador y los pies (Ver figura 4).
- b) Alivia las caderas y rodillas debilitadas o doloridas reduciendo el peso que el residente carga sobre sus piernas y pies. Este peso es, en cambio, soportado por los brazos. Por lo tanto, para que proporcione las máximas ventajas, debe usarse manteniendo toda la base del andador bien apoyada sobre el suelo. Esto se consigue utilizando el andador tal y como se describe más adelante.

Antes de darle a un residente un andador hay que observar los siguientes pasos:

- 1 **Elegir la altura.** Las residencias deben tener un stock de andadores de tamaño convencional (80 cm. aproximadamente), ya que la mayoría de los residentes que lo precisan, utilizan uno de esa altura. Se necesitan igualmente algunos andadores altos, ajustables (que se pueden ajustar a

cualquier altura entre 80 y 90 cm.) destinados a los residentes más altos de estatura. Sólo rara vez se dará el caso de un residente bajo de estatura que necesite un andador ajustable tamaño junior (aproximadamente entre 70 y 80 cm.).

Cuando considere que la altura del andador elegida es la correcta, pida al residente que empiece a utilizarlo. Cuando esté de pie sujetándolo, con las patas traseras del andador colocadas aproximadamente al mismo nivel que sus pies, e inclinándose un poco hacia adelante, los brazos del residente deben estar sólo ligeramente doblados. Si el residente se agacha hacia adelante y parece "doblado" sobre el andador, quiere decir que le resulta demasiado bajo; los codos muy doblados y los hombros hacia arriba indican que el andador es demasiado alto (Ver figura 5).

Cuando no puedan conseguirse andadores de tamaño convencional, utilicen los andadores ajustables adecuados. Vayan ajustando la altura hasta conseguir que los usuarios se sientan cómodos.

- 2 Cuando considere que la altura elegida es la correcta, con el residente de pie, *pídale que camine utilizando el andador.* Pero primero tendrá que explicarle cómo

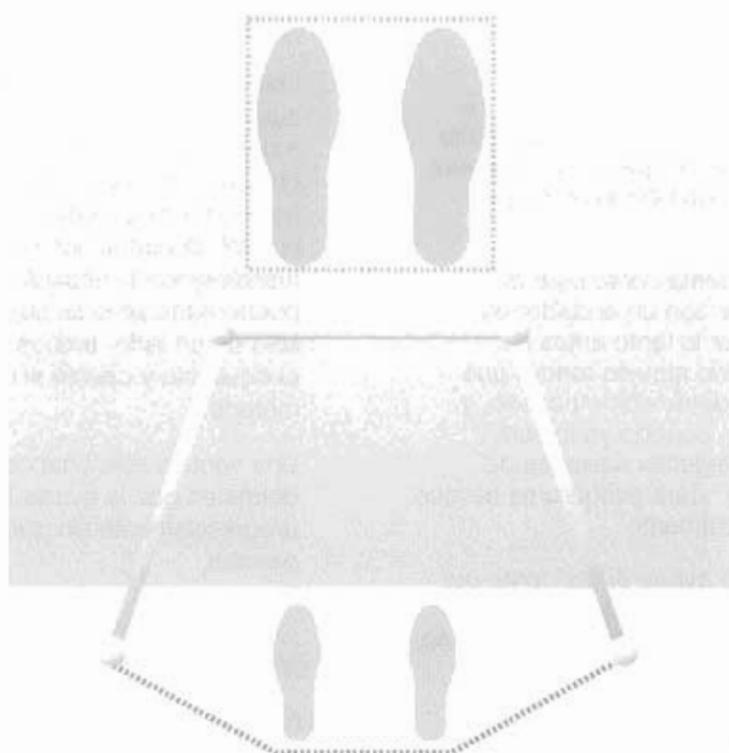


Figura 4.

Base inestable de pies relativamente pequeños y base más ancha delimitada por el andador y los pies.



Figura 5.
«Andador demasiado alto»

hacerlo, porque la mayoría de las personas a las que se les da un andador sin instrucciones de uso, lo utilizan incorrectamente e incluso de forma peligrosa.

- 3 Antes de dárselo al residente *compruebe que el andador tiene una contera de goma con ventosa en cada pata.* Asegúrese de que tanto las patas como los casquillos están en buen estado.
- 4 *Enseñe al residente cómo usar el andador.* Andar con un andador es complicado, por lo tanto antes de empezar a usarlo alguien tendrá que enseñar al residente cómo hacerlo, y posteriormente, cuando ya lo esté usando, darle algunas sesiones de "entrenamiento" para asegurarse de que lo utiliza correctamente.
- 5 *Si es necesario ayude al residente por detrás.* Si el residente además del andador necesita la ayuda física de una persona (por ejemplo mientras va cogiendo confianza, o se recupera de una enfermedad), lo mejor es ayudar por detrás. El andador se coge y se mueve hacia adelante utilizando ambas manos, por lo tanto si se ayuda al

residente cogiéndole de un brazo lo que se consigue es desequilibrar la marcha e incluso al residente. A quien necesita ayuda hay que cogerle por detrás de las caderas (Ver figura 6).

Esto es, además, más seguro para el cuidador, ya que si el residente llegara a desplomarse repentinamente por cualquier motivo, el cuidador podría bajarlo hasta el suelo con perfecto control, doblando las rodillas y manteniendo la espalda recta. Esto no puede hacerse si se sujeta al residente sólo de un lado- ambos podrían perder el equilibrio y caerse si utilizaran ese método.

Una ventaja adicional de sujetar por detrás es que la ayuda puede reducirse progresivamente sin que el residente lo perciba.

Cómo andar con un andador

- 1 Colocar el andador bien hacia adelante de manera que el residente pueda apoyarse en él con los brazos casi completamente extendidos.



Figura 6.
«Ayuda por detrás»

- 2 Dar un paso de longitud normal con la pierna afectada (si hay una pierna afectada, de lo contrario con cualquiera de las dos).
- 3 Colocar la otra pierna por delante de la afectada.
- 4 Repetir la operación de 1 a 3.

Recuerde: el andador tiene que estar apoyado en el suelo cuando cualquier de los dos pies está en el aire.

Cómo NO hay que usar un andador

Hay muchas maneras incorrectas de utilizar un andador. Estas son algunas de ellas:

- 1 *“Llevar” el andador.* Puede ocurrir que un residente sólo se sienta seguro llevando un andador, aunque en realidad no lo necesite. Es aconsejable disuadirle, ya que puede resultar peligroso. El residente debe intentar utilizar un bastón, o incluso andar sin ningún tipo de ayuda.
- 2 *Empujar el andador.* Los pies del andador tienden a “pegarse” porque no

están diseñados para esta forma, por otra parte peligrosa, de andar. Es posible que el residente que tiene tendencia a hacer esto necesite un andador con ruedas.

- 3 *Andar dentro del andador-* esto sucede cuando los pasos son demasiado largos. Después de dar dos pasos, el residente chocará con la tripa contra la parte delantera del andador- esto desequilibra y puede resultar peligroso. Hay que enseñar al residente a andar con el andador de la manera descrita más arriba.
- 4 *Levantar un lado del andador* y luego el otro con un movimiento de balanceo, mientras se continua andando. Alguien que puede hacer esto con facilidad probablemente no necesita un andador, un bastón será suficiente.
- 5 Mover el andador y los pies al azar, sin pauta alguna. Esto anula el valor del andador como sostén del peso.

A los residentes que utilizan el andador de alguna de las maneras citadas hay que enseñarles a usarlo de acuerdo al método descrito.

5.3. EL ANDADOR CON RUEDAS

Es igual al descrito anteriormente, sólo que se le han colocado ruedas en las patas delanteras para poder empujarlo fácilmente y con suavidad. Tiene incorporados unos topes en la parte de atrás para evitar las "escapadas". Tan pronto como se carga el peso en el andador, éste se para. Las ruedas permiten sólo el movimiento hacia adelante, para evitar deslizarse de lado.

Estas ayudas son muy útiles para las personas que requieren el apoyo de otra persona, incluso de dos, y que carecen de la capacidad mental para utilizar un andador corriente correctamente y sin riesgo. Sorprendentemente, son también muy útiles para las personas mayores que padecen la enfermedad de Parkinson. Estos andadores con ruedas no se les "escapan" de las manos, como podría suponerse, a las personas que padecen esta enfermedad. De hecho, el movimiento suave del andador con ruedas puede mejorar su manera de andar.

Hay que elegir la altura adecuada del andador con ruedas siguiendo las mismas indicaciones que para el resto de los andadores. Cuando es preciso prestar ayuda se debe hacer por detrás, de la manera descrita anteriormente.

Existen bolsas especiales que pueden colocarse en cualquiera de los dos tipos de andadores para transportar los efectos personales y cabe colocar ganchos para colgar los bolsos de mano.

5.4. BASTONES DE CUATRO APOYOS

A los residentes que tienen problemas unilaterales específicos, por ej. artrosis graves en una cadera o rodilla, y que necesitan más sostén del que proporciona un bastón normal pero menos del que proporciona un andador, los bastones con cuatro pies pueden ayudarles a andar sin depender del personal cuidador. (Ver figura 7).

Es preciso tener cuidado con esos bastones que tienen la virtud de mantenerse de pie y a veces quedan abandonados en medio de salas y pasillos, porque constituyen un obstáculo contra el que los residentes pueden chocar.

Antes de darle a un residente un bastón de cuatro apoyos hay que observar los siguientes pasos:

- 1 Medirlo siguiendo las mismas reglas que para los bastones normales.
- 2 Asegurarse de que las cuatro conteras están en buen estado. De lo contrario hay que cambiarlas.
- 3 Enseñar al residente a sujetar el bastón con la mano opuesta a la pierna afectada.

Cómo andar con un bastón de cuatro apoyos

Hay que enseñar al residente a andar de acuerdo con la técnica siguiente:

- a) Avanzar el bastón.
- b) Dar un paso de longitud normal con el pie opuesto.
- c) Dar un paso de longitud normal con el otro pie, de manera que quede a la altura del bastón o un poco más adelante.
- d) Repetir la operación (a, b, c).

Cuando un residente mejora y empieza a avanzar el bastón y la pierna opuesta a la vez y a andar más deprisa, significa que está en condiciones de usar uno normal.

Cuando un residente necesita además del bastón de cuatro apoyos la ayuda de otra persona, debe sujetársele por detrás agarrándole por las caderas.

Antes, las personas que habían sufrido un accidente cerebral solían recurrir al bastón de cuatro apoyos. Actualmente los rehabilitadores insisten en que se debe hacer lo posible por recuperar la parte afectada en lugar de compensarla utilizando la parte no afectada. Por lo tanto se anima al paciente a que utilice los dos lados equilibradamente. Hoy en día, las personas que han sufrido un accidente cerebral-vascular y necesitan ayuda para andar, utilizan el andador en una primera fase hasta ir adaptándose al bastón. Es importante que a estas personas no se les ayude cogiéndoles por debajo del brazo porque se les puede hacer daño en el hombro muy fácilmente.

5.5. CARRITOS

A los residentes que necesitan ayudas para andar les puede resultar muy difícil, o incluso imposible, desplazar objetos. Para ello pueden utilizar un carrito alto con

ruedas sobre el que transportar los objetos por sí mismos en vez de recurrir a otras personas.

5.6. ANDAR • EL PAPEL DEL PERSONAL CUIDADOR

Valoración y aprendizaje

Es fundamental que los residentes utilicen las ayudas para andar correctamente, y es por lo tanto muy importante que el personal que tiene contacto con los residentes esté capacitado para enseñarles a usarlas. Es importante recordarles, constantemente, cuál es la manera correcta y segura de andar. Es conveniente que el personal de atención directa "pruebe" los diferentes tipos de ayudas para andar que se han descrito con anterioridad, siguiendo las instrucciones para andar correctamente, porque resulta muy difícil enseñar a usar una cosa que no se conoce bien.

Una vez que los residentes están usando las ayudas, es importante reevaluar con regularidad su manera de andar, para asegurarse de que están utilizando la ayuda apropiada a sus necesidades reales y porque es posible que sus necesidades hayan cambiado. En algunos casos, la manera de andar de los residentes habrá empeorado visiblemente, será por lo

tanto necesario proporcionarles ayudas que le ofrezcan mayor apoyo. En otros casos, la manera de andar habrá mejorado y por lo tanto podrán usar ayudas que proporcionen menos apoyo. Resulta más difícil apreciar la mejoría que el empeoramiento, los trabajadores deben, por lo tanto, estar especialmente atentos a cualquier variación en este sentido.

5.7. OBSTÁCULOS PARA ANDAR

Dolor

El dolor es la razón a la que aluden muchas personas ancianas para no querer andar. Puede ser útil doblarle y estirarle las piernas varias veces antes de empezar a andar para aliviarle totalmente o en parte algunas molestias. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la negativa a andar tiene su origen en una falta de motivación.

Úlceras varicosas

Las molestias que producen las úlceras varicosas pueden afectar seriamente a la movilidad. Es, por lo tanto, muy importante localizar las marcas o las heridas en la piel y tratarlas enseguida. Además de aplicar la terapia adecuada y de animar a los residentes a que anden lo más posible, hay que activar por los medios

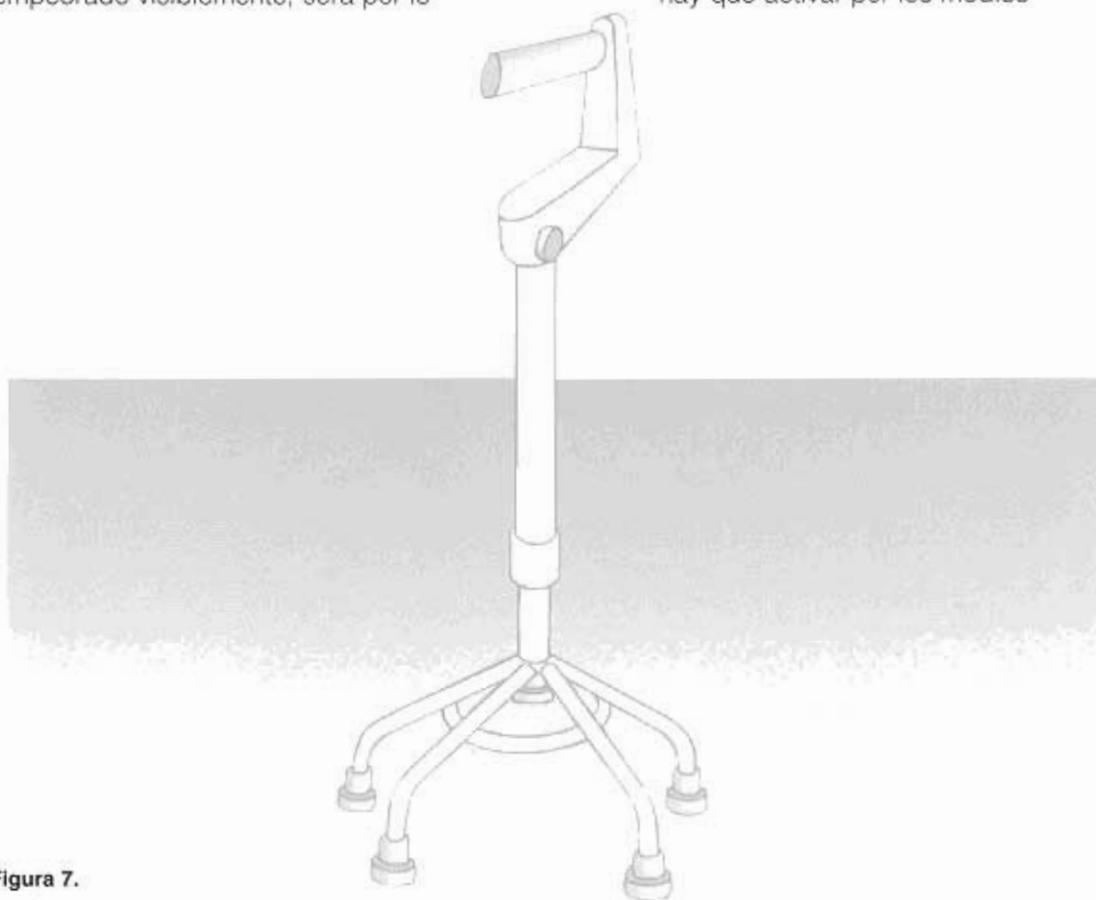


Figura 7.
Bastón 4 apoyos.

adecuados la circulación de los pies y de las piernas. Los residentes que tienen alguna úlcera, aunque sea pequeña, no deben tener nunca los pies apoyados en el suelo cuando están sentados. Deben tenerlos sobre un taburete en el que las piernas se apoyen completamente y que permita que los pies queden más altos que las caderas. Sólo así el principio de gravedad facilitará la circulación permitiendo que se irrigen mejor las piernas y facilitando la cicatrización de la úlcera.

Falta de motivación

Para percibir que el esfuerzo de andar vale la pena, las personas de edad necesitan tener un objetivo atractivo. Esto es especialmente cierto en el medio residencial, en el que se tiende a pasar muchas horas en la butaca. Cuanto más tiempo se pasa sin andar, mayor es el esfuerzo físico y mental que se necesita hacer para levantarse. Y eso no se aplica sólo a las personas ancianas.



PRINCIPIOS PARA LEVANTAR A LOS RESIDENTES ADECUADAMENTE

NOTA: Estos principios básicos pueden utilizarse no sólo para levantar correctamente a personas sino también objetos.

- 1 Deténgase a pensar y planee cómo levantar al residente. ¿Dónde se encuentra el residente y a dónde quiere usted llevarlo?
- 2 Antes de iniciar la operación, ordene el cuarto: coloque la silla de ruedas o la silla normal, o ambas, de manera que se necesite girar lo menos posible. El girar a una persona a la que se está levantando es la operación más difícil y peligrosa. Levante el brazo apropiado de la silla de ruedas si es de brazos abatibles.
- 3 Asegúrese de que existe el suficiente espacio para levantar a la persona sin riesgo. No se coloque de manera que pueda quedar oprimido contra un rincón. Hay que cambiar momentáneamente de sitio los muebles pequeños, y los grandes trasladarlos.



Figura 8.
Una sola persona levanta al residente.

definitivamente a otra habitación, de manera que se pueda tener más espacio para levantar al residente discapacitado.

- 4 Colóquese en una buena posición antes de levantarlo. Colóquese, de pie, lo más cerca posible del residente, con los pies lo suficientemente separados como para asegurarse un buen equilibrio, y con el pie que va a guiar el giro colocado en la dirección en la que se va a girar.
- 5 Sujete al residente por debajo de los brazos y alrededor de la cintura, para evitar de este modo forzarle los hombros y para conseguir que se sienta cómodo y seguro.
- 6 Inclínese para iniciar la operación, doblando las rodillas y manteniendo la espalda recta.
- 7 Si son más de una las personas que van a levantar al residente, deben hacerlo a la vez, obedeciendo a alguna señal convenida.
- 8 Atraiga al residente hacia usted y utilice los músculos de la cadera y de los muslos para enderezarle las piernas y levantarlo. Trate de realizar la operación

de forma armónica, sirviéndose del impulso y del peso de su propio cuerpo para sujetar al residente.

- 9 Manteniendo la espalda recta pero no rígida, y doblando las rodillas, baje al residente y sitúelo en la silla en un solo movimiento.

A los residentes que pueden hacerlo, hay que animarles a que ayuden mientras se les está levantando, aguantando su peso lo más que puedan y haciendo toda la fuerza que les sea posible, apoyándose en el brazo o brazos de la silla.

A los residentes que están demasiado discapacitados, mental y/o físicamente, para ayudar, hay que animarles a que se relajen. Levantar a una persona relajada es mucho más fácil que levantar a una que está tensa. El mantener una conversación agradable mientras el cuidador se prepara para levantar al residente puede facilitar las cosas. A un residente tenso que se cuelga de la silla, hay que animarle a que coloque las manos en los hombros de la persona o personas que le están levantando.

Algunos métodos particulares para levantar a una persona:



Figura 9.
El desplazamiento lo realizan dos personas.

- a) *La operación de desplazamiento la realiza una única persona. (Figura 8).*
- b) *La operación de desplazamiento la realizan dos personas. (Figura 9).*
- c) *Sistema australiano- para levantar a una persona y colocarla en la cama (participan en la operación dos personas).*

Previamente a la aplicación de dichos métodos, el personal cuidador debe tener en cuenta lo siguiente:

- ❶ Los cuidadores que van a realizar juntos la operación deben comentar

entre ellos la técnica a utilizar, y ensayarla previamente de manera que se puedan aplicar los principios y el método correctamente.

- ❷ A veces utilizar una técnica nueva se hace raro, por ello es necesario perseverar. Vale la pena realizar la operación correctamente, por la comodidad de los residentes y por la salud de la espalda del personal cuidador.
- ❸ Antes de levantar a los residentes hay que advertirles que sistema se va a usar y explicarles, las primeras veces, cómo pueden ayudar.



CUESTIONARIO DE LA OMS PARA EL ESTUDIO DE CAIDAS EN EL ANCIANO

Número de historia:

Fecha del estudio:

Hora del estudio:

Examinador:

- Nombre:

- Título:

Procedencia:

1. Institución
2. Comunidad (AD-CS)*
3. Domicilio
4. Otro (precisar)

A) DATOS PERSONALES

1. Apellidos: Nombre:

2. Sexo: 1 = M/2 = F

3. Talla: cm

4. Peso: Kg

5. Año de nacimiento:

6. Estado civil:

- a) Casado o vida en pareja
- b) Viudo
- c) Separado o divorciado
- d) Soltero

7. Profesión ejercida:

8. Práctica regular de algún deporte:

- Cuál:

- Con qué frecuencia:

* AD: Servicios de asistencia domiciliaria.
CS: Centro de Salud o ambulatorio.

Dirección:

Teléfono:

Teléfono del médico de cabecera:

Hábitat:

- 1. Medio urbano
- 2. Medio rural
- 3. Pueblo
- 4. Aislado

Actividad:

- 1. Encamado
- 2. Se mueve sólo por casa
- 3. Sale de casa
- 4. Sale para hacer compras
- 5. Sale para pasear
- 6. Puede realizar actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, aseo ...)

Análisis funcional

¿Presenta usted dificultad para ...?

- 1. Sostenerse de pie 1
- 2. Sentarse o levantarse de la silla 2
- 3. Mantenerse sentado 3
- 4. Recoger un objeto del suelo 4
- 5. Levantarse 5
- 6. Andar 6
- 7. Correr 7
- 8. Utilizar alguna de las manos 8
 Precisar: Derecha
 Izquierda
- 9. Utilizar ambas manos 9
- 10. Utilizar alguno de los brazos 10
 Precisar: Derecho
 Izquierdo
- 11. Utilizar ambos brazos 11
- 12. Oír 12
- 13. Ver 13
- 14. Hablar 14
- 15. Comprender las señales de tráfico 15
- 16. Realizar esfuerzos 16
- 17. Memorizar 17
- 18. Prestar atención 18
- 19. Orientarse en el tiempo 19
- 20. Orientarse en el espacio 20
- 21. ¿Se siente usted deprimido? 21

¿Padece usted alguna enfermedad?

- | | | |
|--------------------------------|-------|---|
| 1. Cardiovascular | | 1 |
| 2. Osea o articular | | 2 |
| 3. Neurológica | | 3 |
| 4. De audición | | 4 |
| 5. De la vista | | 5 |
| 6. De los pies | | 6 |
| 7. Psíquica | | 7 |
| 8. Otras (precisar naturaleza) | | 8 |

Fármacos

Tratamiento actual:

Nombre de todos los medicamentos utilizados y dosis (precisar todos los medicamentos consumidos por el paciente en la semana previa a la caída):.....

.....

..... Número total:

B) LA CAIDA

1. ¿Es la primera caída?

- 0. No
- 1. Sí
- 2. No lo sabe

2. ¿Se ha caído usted en los últimos seis meses?

- 0. No
- 1. Sí
- 2. No lo sabe

Si se ha caído, ¿cuántas veces?

3. ¿Ha cambiado su modo de vida como consecuencia de la caída?

- 0. No
 - 1. Sí
- Si lo ha hecho, explique en qué:

4. ¿Tiene usted miedo de volver a caerse?

- 0. No
- 1. Sí
- 2. No lo sabe

5. Información sobre las características de la caída:

5.1. Lugar de la caída

- 1. Domicilio (en el interior)
- 2. Domicilio (en el exterior: terraza ...)

3. En la calle
 4. En un lugar público (en el interior)
 5. En un lugar público (en el exterior)
-

1. Se trata de un lugar familiar/habitual
 2. Se trata de un lugar no familiar
-

5.2. Iluminación del lugar de la caída

1. Bien iluminado
 2. Mal iluminado
-

5.3. Momento de la caída

Precisar día y mes:

Momento del día:

1. Mañana
 2. Tarde
 3. Noche (precisar hora)
-

5.4. Condiciones metereológicas

1. Lluvia
 2. Nieve
 3. Viento
 4. Hielo
 5. Muy soleado
 6. Ninguno de los anteriores
-

5.5. Características del suelo

1. Liso
 2. Resbaladizo
 3. Irregular
 4. Pendiente
 5. Escaleras
 6. Ninguna de las anteriores
-

Precisar las características del revestimiento del suelo

.....

5.6. Tipo de calzado

1. Descalzo
 2. Zapatillas
 3. Zapatos
 4. Otro (precisar)
 5. No recuerda
-

5.7. ¿Había algún objeto capaz de favorecer la caída?

0. No

1. Sí

5.7 bis Precisar la naturaleza de dicho objeto

¿Había sido instalado recientemente?

0. No

1. Sí

2. No sabe

5.8. Tipo de caída

1. Mareo

2. Aparentemente accidental

3. Totalmente sorpresa

4. Provocada por terceros (animal, empujado por otra persona ...)

5. No puede decirlo

6. Otros (precisar)

5.9. Actividad de la persona en el momento de la caída

5.10. Mecánica de la caída

1. Hacia delante

2. Hacia atrás

3. Hacia un lado

4. De cabeza

5. Sentado

6. Sobre las manos

7. Sobre los brazos

5.11. ¿Presenció alguien la caída?

0. No

1. Sí

Si afirmativo, precisar quién

5.12. ¿Se cayó cuan largo es?

0. No

1. Sí

2. De su cama

5.13. ¿Tropezó con algún objeto?

0. No

1. Sí

2. No lo sabe

5.14. ¿Cómo era el suelo?

1. Duro
2. Blando
3. Si se ha caído sobre un objeto, precisar de cuál se trata

5.15. ¿Cuánto tiempo ha permanecido en el suelo?

1. Se levantó inmediatamente
2. Unos minutos
3. Menos de una hora
4. Más de una hora
5. Más de 12 horas
6. No puede decirlo

5.16. ¿Pudo levantarse?

0. No
1. Sí, con ayuda
2. Sí, solo

5.17. Consecuencias inmediatas de la caída

1. Ninguna
2. Herida superficial o contusión
3. Fractura y otras consecuencias graves
4. Traumatismo craneal
5. Defunción

C) CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO

1 Alarma

a) ¿Por quién fue dada?

0. Telealarma o televigilancia
1. Por la propia persona
2. Por un familiar (precisar quién)
3. Por un vecino
4. Por un testigo

b) ¿A quién?

1. Al médico de familia/cabecera
2. Servicio de urgencias
3. Bomberos
4. Ambulancia privada
5. Servicio médico ambulatorio

2 Acontecimientos inmediatos

a) ¿Ha recibido algún tipo de cuidado médico?

0. No
1. Sí

Si es afirmativo:

1. En consulta externa
2. En domicilio
3. En el hospital

.....

Si en domicilio o en consulta:

1. Por el médico de cabecera
2. Por el generalista de guardia
3. Por un especialista
4. Por una enfermera
5. Por otra persona (precisar)

.....

Si en el hospital:

Ha sido hospitalizado:

1. De forma urgente
2. Posteriormente

.....

En qué servicios ha sido hospitalizado:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

b) Destino de la persona tras la caída (en el momento de la encuesta)

1. Domicilio sin apoyo
2. Domicilio con algún tipo de apoyo (precisar prestaciones)
3. Al cuidado de familiares
4. Hospital
5. Residencia de válidos
6. Centro de rehabilitación
7. Residencia asistida

BIBLIOGRAFIA

1. *Home life: a code of practice for residential care.*
Centre for Policy on Ageing, London, 1982.
2. *Taking good care: a handbook for care assistants.*
Jenyth Worsley. Age Concern, London, 1989.
3. *Home work: meeting the needs of elderly people in residential homes*
Booklet Nº 1 The admission process
Booklet Nº 2 Residential living: lifestyle or life sentence?
Booklet Nº 3 Promoting mobility
Booklet Nº 4 Encouraging residents' activities
Booklet Nº 5 Nutrition and catering
Booklet Nº 6 Coping with sensory loss
Booklet Nº 7 Coping with mental frailty
Booklet Nº 8 Managing incontinence
Booklet Nº 9 Health, illness and death

Judith Hodgkinson
Centre for Policy on Ageing, London, 1989.
4. *The Long-Term Care Nursing Assistants Training Manual*
Mary Ann Anderson, Karen W. Beaver and Ruth E. Wheeler
Health Professions Press, Baltimore, 1990.
5. *Homes are for living in*
David Carrington, Margaret Clough, etc.
Social Services Inspectorate, Department of Health, London, 1989.
6. *Long-Term Care for Elderly People*
Purchasing, providing and quality
Health Care Administration and Medical Divisions, London, 1992.
7. *Falling in Old Age: Its Prevention and Treatment*
Rein Tideiksaar, 1989.
8. *Libro blanco sobre la incontinencia Urinaria en España*
Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1991.
9. *Cuestionario de la OMS para el estudio de las caídas en el anciano*
M.T. Vidan, B. Vellas, etc.

Revista española de geriatría y gerontología, Vol. 28, Nº 1, 1993.
10. *¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias?*
J.A. Padierna Acero

Servicio de Psiquiatría, Hospital de Galdakao, 1994.

11. The right to complain. Practice guidance on complaints procedures in Social Services Departments
Social Services Inspectorate, Department of Health, London, 1991.
12. La protection des droits et des libertés des citoyens âgés
N. Delpérée
Caisse Nationale de Prévoyance, 1991.
13. La dépendance des personnes âgées
F. Kessler
Revue de Droit sanitaire et social N° 3, 1992.
14. Managing other people's money
P. Letts
Age Concern, London, 1990.
15. Elder and Dependent Adult Abuse
M. Thobaben
Area I Agency on Aging, California, 1991.
16. Residential care: A Positive Choice
G. Wagner
National Institute for Social Work, London, 1988.
17. Code of Practice. Mental Health Act 1983
Department of Health and Welsh Office
London: HMSO, 1990.

