

HIGIENE E ATENCIÓN SANITARIA DOMICILIARIA

Laura Barbero Miguel

IDEASPROPIAS
editorial

Higiene e atención sanitaria domiciliaria

IDEASPROPIAS
editorial

Hixiene e atención sanitaria domiciliaria

Observación funcional e asistencia sanitaria
para o usuario de axuda a domicilio

Autora

Laura Barbero Miguel (Salamanca, 1976) é diplomada universitaria en Enfermaría pola Universidad Pontificia de Salamanca, diplomada en Sanidade pola Escola Nacional de Sanidade e en Enfermaría de Empresa pola Escola Nacional de Medicina do Traballo. Así mesmo, acredita unha ampla formación complementaria nos sectores sociosanitario e educativo.

Posúe experiencia laboral como enfermeira en todos os niveis asistenciais de saúde, desde a atención primaria até os servizos especiais de atención hospitalaria. Tamén traballou nos ámbitos da sanidade privada e da enfermaría xeriátrica. Ademais, ten unha extensa experiencia docente como formadora nas especialidades de auxiliar de axuda a domicilio e auxiliar de xeriatría, e como colaboradora na Universidad de Alcalá. Publicou con Ideaspropias Editorial a obra *Intervención en la atención sociosanitaria en instituciones*, módulo formativo do certificado de profesionalidade de Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales.

Tradutor

Daniel Saavedra Toral (Ourense, 1981) é licenciado en Filloxía Inglesa pola Universidade de Santiago de Compostela, licenciado en Tradución e Interpretación pola Universidade de Vigo e tradutor xurado de Inglés>Galego>Inglés.

Entre a súa ampla experiencia laboral destaca a tradución de inglés a galego de *O neno do pixama a raias* (Faktoría K de Libros, 2007), así como numerosos traballos para o mundo editorial, a Xunta de Galicia, produtoras de televisión e publicacións periódicas.

É colaborador habitual de Ideaspropias Editorial, coa que traduciu máis dunha vintena de libros.

Ficha de catalogación bibliográfica

Hixiene e atención sanitaria domiciliaria. Observación funcional e asistencia sanitaria para o usuario de axuda a domicilio

1.ª edición

Ideaspropias Editorial, Vigo, 2011

ISBN: 978-84-9839-395-8

Formato: 17 x 24 cm • Páxinas: 498

HIXIENE E ATENCIÓN SANITARIA DOMICILIARIA. OBSERVACIÓN FUNCIONAL E ASISTENCIA SANITARIA PARA O USUARIO DE AXUDA A DOMICILIO

Non está permitida a reprodución total ou parcial deste libro, nin o seu tratamento informático, nin a transmisión de ningunha forma ou por calquera medio, xa sexa electrónico, mecánico, por fotocopia, por rexistro ou outros métodos, sen o permiso previo e por escrito dos titulares de Copyright.

DEREITOS RESERVADOS 2011, respecto á primeira edición, por
© Ideaspropias Editorial.

ISBN: 978-84-9839-395-8

Depósito Legal: VG 1039-2011

Autora: Laura Barbero Miguel

Tradutor: Daniel Saavedra Toral

Impreso en España - Printed in Spain

Ideaspropias Editorial incorporou na elaboración deste material didáctico citas e referencias de obras divulgadas e cumpriu todos os requisitos establecidos pola Lei de Propiedade Intelectual. Polos posibles erros e omisións, escúsase previamente e está disposta a introducir as correccións pertinentes en próximas edicións e reimpresións.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	17
1. Identificación das características e necesidades das persoas dependentes	19
1.1. O proceso de envellecemento	20
1.1.1. Cambios biolóxicos	20
1.1.2. Cambios psíquicos	26
1.1.3. Cambios sociais	27
1.2. A doenza e a convalecencia	31
1.3. As discapacidades	34
1.3.1. Concepto	36
1.3.2. Clasificación e etioloxías frecuentes.....	38
1.3.3. Características e necesidades	42
1.3.4. Calidade de vida, apoio e autodeterminación das persoas con discapacidade	48
CONCLUSIONES.....	51
AUTOAVALIACIÓN	53
SOLUCIÓNS	57
2. Delimitación do ámbito da atención domiciliaria	59
2.1. Unidades convivenciais con persoas dependentes: tipoloxía e funcións do Servizo de Axuda a Domicilio (SAD)	60
2.1.2. Necesidades e riscos dos cuidadores principais	63
2.2. Servizos, programas e profesionais de atención directa domiciliaria a persoas dependentes: características e estrutura funcional.....	67
2.2.1. O equipo interdisciplinario e o papel do profesional de atención directa	73
2.3. Os cuidadores principais e o SAD	80
2.4. Uso do vocabulario básico da atención domiciliaria	82
2.5. Principios éticos da intervención social con persoas dependentes e colectivos con necesidades especiais. Actitudes e valores	84
2.6. Aprecio polos principios éticos da intervención con persoas dependentes.....	86
2.7. Confidencialidade á hora de manexar información persoal e médica.....	89
2.8. Respecto pola intimidade das persoas dependentes	90
2.9. Mantemento da hixiene e presenza física persoal do profesional da axuda a domicilio.....	91

2.10. Atención integral das persoas.....	93
2.11. Técnicas de humanización da axuda.....	94
2.12. Dinámica da relación de axuda: adaptación, dificultades, límites e prevención de riscos psicolóxicos	99
2.13. A intervención nas situacións de dó.....	102
2.14. A observación e o rexistro da evolución funcional e o desenvolvemento de actividades de atención física. Técnicas e instrumentos de observación aplicados ás situacións domiciliarias....	105
2.15. As axudas técnicas para o coidado e a hixiene persoal.....	115
CONCLUSIÓNS.....	117
AUTOAVALIACIÓN	119
SOLUCIÓNS	123
3. Aplicación de técnicas de hixiene e aseo da persoa dependente.....	125
3.1. Principios anatomofisiolóxicos do órgano cutáneo e fundamentos de hixiene corporal	126
3.1.1. Patoloxías máis frecuentes da pel.....	130
3.2. Técnicas de aseo e hixiene corporal segundo a tipoloxía da axuda a domicilio	135
3.2.1. Hixiene das pregas corporais	137
3.2.2. Hixiene das mans e dos pés.....	138
3.2.3. Hixiene dos xenitais	140
3.2.4. Hixiene da cavidade bucal	142
3.2.5. Hixiene dos ollos	144
3.2.6. Hixiene dos ouvidos	145
3.2.7. Hixiene do cabelo.....	146
3.2.8. Afeitado e maquillaxe.....	147
3.2.9. Baño en bañeira ou ducha	148
3.2.10. Hixiene na cama	150
3.3. Úlceras por presión. Prevención e tratamento	152
3.4. Tipos de camas, accesorios e lenzaría. Técnicas de realización de camas.....	160
3.5. Coidados do paciente incontinente e colostomizado	166
3.6. Prevención e control de infeccións	173
3.7. Coidados post mortem. Finalidade e preparación do cadáver.....	176
3.8. Técnicas de limpeza e conservación de próteses.....	178
3.9. Fomento da autonomía da persoa dependente e do seu contorno para a mellora da súa hixiene e aseo	182
CONCLUSIÓNS.....	185
AUTOAVALIACIÓN	187
SOLUCIÓNS	191

4. Planificación do menú da unidade convivencial	195
4.1. Principios de alimentación e nutrición	196
4.2. Principios anatomofisiolóxicos dos sistemas dixestivo e endócrino..	197
4.2.1. Patoloxías máis frecuentes.....	205
4.3. Conceptos de alimentación e nutrición. Os alimentos. Clasificación funcional.....	212
4.4. Recomendacións en enerxía e nutrientes. Inxesta recomendada. Interpretación da etiquetaxe nutricional.....	216
4.5. Dieta saudábel. Calidade de dieta	222
4.6. Problemas nutricionais das sociedades desenvolvidas	224
4.6.1. Patoloxías relacionadas coa alimentación actual.....	227
4.7. Tipos de dietas	232
4.8. Dieta familiar e planificación de menús diarios e semanais.....	235
4.9. Racións e medidas caseiras	238
4.10. A alimentación no ancián e no convalecente.....	242
4.11. Consideración pola situación específica alimentaria e nutricional de cada persoa dependente	244
CONCLUSIÓNS.....	247
AUTOAVALIACIÓN	249
SOLUCIÓNS	253
5. Utilización de técnicas de alimentación	257
5.1. Alimentación por vía oral e enteral	258
5.2. Axudas técnicas para a inxesta.....	268
5.3. Apoio á inxesta	272
CONCLUSIÓNS.....	277
AUTOAVALIACIÓN	279
SOLUCIÓNS	283
6. Recollida de eliminación.....	285
6.1. Medios e materiais para a recollida de excrecións	286
6.1.1. Dispositivos condutores de excrecións e enemas de limpeza ..	286
6.1.2. Dispositivos colectores de excrecións	291
6.2. Eliminación de excrecións	295
6.3. Normas hixiénico-sanitarias	300
6.4. Mantemento da hixiene e presenza física persoal do usuario de axuda a domicilio	305
6.5. Respecto pola intimidade da persoa dependente e dos seus familiares	306
CONCLUSIÓNS.....	309
AUTOAVALIACIÓN	311
SOLUCIÓNS	315

7. Administración de medicación no domicilio	317
7.1. Evolución do metabolismo no ciclo vital	318
7.2. Principios de farmacoloxía xeral	319
7.3. Principios anatomofisiolóxicos dos sistemas cardiovascular, respiratorio e excretor	323
7.3.1. Patoloxías relacionadas.....	326
7.4. Constantes vitais	330
7.5. Técnicas de preparación e administración de medicación por vía oral, tópica e rectal	331
7.6. Técnicas de aerosolterapia e oxixenoterapia	335
7.7. Técnicas de aplicación de frío e calor	337
7.8. Riscos dos fármacos	339
7.9. Constitución e mantemento de caixas de urxencias.....	341
CONCLUSIÓNS.....	343
AUTOAVALIACIÓN	345
SOLUCIÓNS	349
8. Mobilidade da persoa dependente	351
8.1. Principios anatomofisiolóxicos de sostén e movemento do corpo humano.....	352
8.2. Aparato locomotor.....	354
8.2.1. Patoloxías máis frecuentes	359
8.3. Biomecánica das articulacións	363
CONCLUSIÓNS.....	365
AUTOAVALIACIÓN	367
SOLUCIÓNS	369
9. Emprego de técnicas de mobilización, traslado e deambulacón.....	371
9.1. Posicións anatómicas	372
9.2. Técnicas e axudas técnicas para a deambulacón, traslado e mobilización en persoas dependentes	375
9.2.1. Técnicas e axudas técnicas para a deambulacón.....	376
9.2.2. Técnicas e axudas técnicas para o traslado.....	378
9.2.3. Técnicas e axudas técnicas para a mobilización	384
9.3. Técnicas para o posicionamento na cama	385
9.3.1. Cambios posturais	387
9.4. Orientación á persoa dependente e aos seus cuidadores principais ...	394
9.5. Fomento da autonomía da persoa dependente e do seu contorno para a mellora da súa mobilidade e estado físico.....	400
CONCLUSIÓNS.....	403
AUTOAVALIACIÓN	405
SOLUCIÓNS	409

10. Toma de constantes vitais	411
10.1. Temperatura	412
10.2. Frecuencia respiratoria	413
10.3. Presión arterial	414
10.4. Frecuencia cardíaca	414
10.5. Recollida destas	415
CONCLUSIÓNS	419
AUTOAVALIACIÓN	421
SOLUCIÓNS	423
11. Aplicación de técnicas de seguranza e primeiros auxilios	425
11.1. Primeiros auxilios	426
11.2. Atragoamentos	431
11.3. Intoxicacións	433
11.4. Traumatismos. Vendaxes e inmovilizacións	437
11.5. Técnicas de Reanimación CardioPulmonar (RCP)	444
11.6. Queimaduras	447
11.7. Feridas e hemorraxias	451
11.8. Caixa de urxencias	457
11.9. Consultas a distancia	460
11.10. Prevención de riscos no contorno da persoa dependente	462
11.11. Medidas de autoprotección para o auxiliar de axuda a domicilio	466
11.12. Atención especial á prevención de riscos laborais	469
CONCLUSIÓNS	471
AUTOAVALIACIÓN	473
SOLUCIÓNS	477
PREGUNTAS FRECUENTES	479
GLOSARIO	481
EXAME	487
BIBLIOGRAFÍA	493

Hixiene e atención domiciliaria é un dos módulos pertencentes ao certificado de profesionalidade de **Atención sociosanitaria a persoas no domicilio**, segundo o Real decreto 1379/2008.

Os contidos que se recollen nesta obra correspóndense cunha duración de 170 horas.

O obxectivo deste manual é que o lector coñeza como desenvolver intervencións adecuadas de atención física domiciliaria a persoas con necesidades de atención sociosanitaria.

INTRODUCCIÓN

A atención directa domiciliaria ás persoas dependentes preséntase como un recurso máis dentro dunha extensa cadea asistencial. Con todo, poderíase afirmar que se trata do elo máis esencial da cadea, converténdose ademais nun recurso que, sexa temporal ou definitivo, sempre se caracteriza por ser complementario.

A figura do auxiliar de axuda a domicilio emerxe como un profesional polivalente que debe contar con coñecementos mixtos (sociais e sanitarios), que supoñen unha peza clave dentro da prestación do servizo e dos que partirá para desenvolver un labor multifuncional durante as intervencións asistenciais.

Ademais, ten que ser un profesional con habilidades técnicas e humanas, sustentadas sobre unha sólida base de principios éticos, cuxa misión principal será proporcionar o máximo grao de benestar físico, psicolóxico e social á persoa dependente.

Para iso, realizará tarefas como a hixiene persoal do usuario, a administración de alimentos e determinados tratamentos médicos, a mobilización do individuo dependente, etc. Hai que ter presente que a aplicación correcta destas técnicas implica un exercicio de responsabilidade e unha forte vocación.

O alumno que decide formarse neste oficio debe saber que cada usuario debe ser tratado de forma individual, xa que as súas necesidades e requirimentos varían segundo múltiples factores como, por exemplo, o seu estado de saúde, nivel de dependencia ou mesmo personalidade. Non existen dous usuarios idénticos e, por tanto, tampouco unhas regras universais. De feito, os labores sanitarios poden resultar, en ocasións, complexos e expor numerosas dúbidas; con todo, o auxiliar saberá velar en todo momento pola seguranza do usuario.

Mergullarse no universo privado das persoas converte o profesional de atención directa nunha persoa próxima ao usuario, co que desenvolverá unha relación de confianza, aínda que ten que esforzarse por manter a perspectiva dos seus coidados no contexto da unidade convivencial. Con este obxectivo debe involucrar o resto dos seus membros, especialmente aqueles que desempeñan o labor de coidador principal.

É importante ter unha firme convicción no feito de que axudar a outros pode chegar a ser unha actividade profesional altamente gratificante e, a partir de aí, implicarse nas tarefas diarias, adquirindo o compromiso de manter unha constante aprendizaxe para prestar un servizo de calidade e constituír unha figura fundamental dentro da cadea asistencial.

Hixiene e atención sanitaria domiciliaria

1 Identificación das características e necesidades das persoas dependentes

Obxectivos

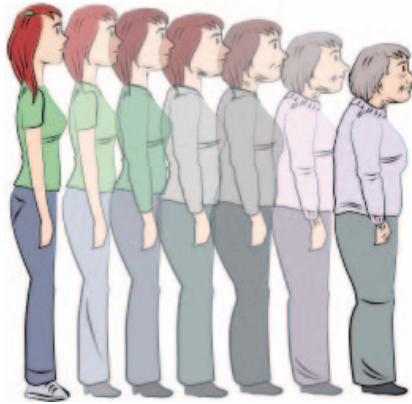
- Recoñecer os cambios biolóxicos, psicolóxicos e sociais propios dos colectivos de intervención coas dificultades que implican no desenvolvemento diario da persoa.
- Distinguir as principais manifestacións da deterioración persoal ou social propia das persoas maiores ou con discapacidade.
- Identificar os factores que determinan as discapacidades, como se clasifican, por que se orixinan e que necesidades presentan as persoas con discapacidade.

Contidos

1. Identificación das características e necesidades das persoas dependentes
 - 1.1. O proceso de envellecemento
 - 1.1.1. Cambios biolóxicos
 - 1.1.2. Cambios psíquicos
 - 1.1.3. Cambios sociais
 - 1.2. A doenza e a convalecencia
 - 1.3. As discapacidades
 - 1.3.1. Concepto
 - 1.3.2. Clasificación e etioloxías frecuentes
 - 1.3.3. Características e necesidades
 - 1.3.4. Calidade de vida, apoio e autodeterminación das persoas con discapacidade

1.1. O proceso de envellecemento

Envellecer forma parte da vida e o proceso do envellecemento non é máis que unha etapa dentro do ciclo vital dunha persoa. Non se debería observar o proceso desde unha dimensión dramática nin tampouco desde unha óptica pesimista. Envellecer non significa «deixar de ser válido» ou «converterse necesariamente nunha persoa dependente».



O que si é certo é que o envellecemento, en si mesmo, comporta unha serie de modificacións estruturais e funcionais que, en ocasións, poden repercutir tanto na calidade de vida do ancián como no mantemento das súas funcións vitais básicas, o cal pode facer que sexa máis propenso a sufrir patoloxías.

O **proceso de envellecemento** é continuo e irreversible. Aínda que existen múltiples teorías sobre como e desde cando se produce, non hai unha única que poida explicalo.

Este proceso implica unha serie de cambios a distintos niveis: biolóxicos, psíquicos e sociais.

1.1.1. Cambios biolóxicos

A esfera biolóxica do ser humano relaciónase cos procesos vitais, que se manifestan a través das distintas funcións e estruturas do corpo. Durante o envellecemento,

prodúcese unha serie de modificacións biolóxicas, é dicir, de células, tecidos e órganos do corpo. Estes cambios preséntanse en forma de modificacións estruturais e funcionais.

A continuación, detallaranse algúns dos **cambios biolóxicos** principais que se dan durante o proceso de envellecemento en pel, cabelo, uñas, aparello musculoesquelético, órganos dos sentidos, aparello cardiovascular, aparello respiratorio, aparello dixestivo, sistema excretor, aparello xenital, aparello endócrino, sistema inmune e sistema nervioso.

Co paso do tempo, as células e os tecidos tenden a diminuír a súa capacidade de rexeneración, de forma que todos os órganos e sistemas do corpo humano se ven afectados.

O primeiro órgano en envellecer é a **pel**. O máis característico do envellecemento cutáneo é a perda de elasticidade e a tendencia á deshidratación, responsábeis da aparición das engurras.

Ademais, as glándulas sudoríparas tenden a atrofiarse, polo que o ancián presenta menos sudación.

Así mesmo, as feridas tardan máis en cicatrizar, a pel vólvese máis pálida e a peluxe crece moito máis amodo.

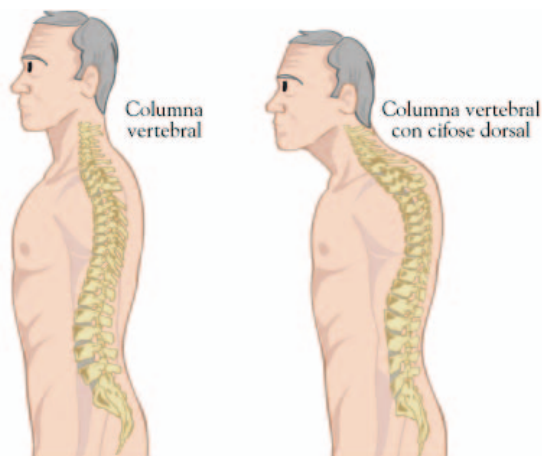
No **cabelo** é típico o encanecemento. Isto sucede porque coa idade diminúe ou desaparece a melanina (substancia responsábel da cor) dos folículos pilosos do pelo. Outra manifestación do envellecemento do cabelo tamén pode ser a alopecia (caída do pelo).

As **uñas** vólvense máis grosas e quebradizas, e adoita resultar máis difícil cortalas.

Dentro do **aparello musculoesquelético**, os ósos tenden a desmineralizarse, é dicir, perden moito calcio. Isto fainos máis fráxiles e, por iso, o risco de sufrir fracturas óseas é maior nos anciáns. As mulleres adoitan perder máis calcio que os homes, sobre todo a partir da menopausa.

Así mesmo, na columna vertebral, os discos intervertebrais desgástanse e redúcese o seu tamaño, o cal orixina que os espazos vertebrais sexan máis estreitos; deste xeito, ao estaren máis xuntas as vértebras, a persoa diminúe de estatura. Debido a estas modificacións que sofre a columna, aparece un fenómeno que consiste

en que o corpo se vai cara a adiante, procurando atopar o punto de equilibrio; esta nova posición corporal coñécese co nome de «cifose dorsal».



Ao mesmo tempo, os membros inferiores deben adaptarse para soportar novamente o peso do corpo, de forma que os pés se van cara a fóra e os fai máis susceptíbeis de padecer deformidades e calosidades. Todos estes cambios provocan no ancián alteracións no equilibrio, a marcha e a aliñación corporal.

Durante o proceso de envellecemento, as articulacións dos ósos experimentan cambios, de forma que se volven máis ríxidas e menos móbiles. Isto sucede porque as superficies articulares dos ósos se desgastan cos anos, que unido á perda de masa ósea provocan que as articulacións poidan chegar mesmo a presentar deformidades anatómicas evidentes, así como dor e limitación nos movementos.

Os músculos perden elasticidade e pérdese masa muscular, o cal favorece a aparición de debilidade e perda de forza. Cabe destacar non só a importancia de fomentar a actividade física nas persoas maiores, senón tamén na época adulta, pois o exercicio regular mantén os músculos en forma durante máis tempo.

Nos **órganos dos sentidos** aparecen tamén cambios debidos ao paso do tempo:

- **Vista:** diminúe a agudeza visual e a capacidade de acomodación do ollo. O cristalino agrándase e aparece a presbicia (dificultade para enfocar os obxectos de preto). Ademais, o ollo tende a estar máis seco ao diminuír a súa capacidade lacrimal e a pupila, que é como un diafragma que reacciona aos cambios de luz, faise máis preguiceira, de forma que o ancián tolera peor o paso da escuridade á luz e viceversa. Outro cambio que se produce na vista é a diminución da amplitude do campo visual.

Todos estes cambios diminúen os reflexos do ancián ao reducir proporcionalmente a capacidade de reacción, pois tardan máis tempo en percibir as imaxes.

- **Gosto:** na boca, as papilas gustativas da lingua e a mucosa comezan a atrofiarse, e diminúe a produción de saliva. A cavidade bucal do ancián adoita estar máis seca e prodúcese, tamén, a perda de pezas dentarias; por estes motivos, os anciáns ven reducida a súa capacidade para distinguir os sabores.
- **Ouvido:** existen cambios dexenerativos no interior do ouvido que implican unha diminución da capacidade auditiva, mais isto non significa que todos os anciáns estean xordos. Existe a crenza popular de que isto sempre é así e, con frecuencia, as persoas aumentan o volume da súa voz cando se dirixen a un ancián. O auxiliar de axuda a domicilio debe lembrar que a diminución da capacidade auditiva típica do envellecemento non sempre é sinónimo de xordeira.

Outra característica do envellecemento do ouvido é a tendencia á acumulación de cerume, o cal favorece a infección e a perda de audición cando se forman tapóns. Así mesmo, un trazo que se pode observar a primeira ollada é que o pavillón auricular aumenta de tamaño coa idade; isto sucede por un crecemento da cartilaxe.

- **Tacto:** existe certa perda de sensibilidade dolorosa e térmica debido a que as terminacións nerviosas sensitivas que inervan a pel tamén tenden a atrofiarse.
- **Olfacto:** pérdense sensacións olfactivas porque o nervio olfactivo se dexenera. É importante que o auxiliar de axuda a domicilio teña en conta este cambio fisiolóxico, xa que algúns dos accidentes domésticos máis frecuentes se producen precisamente pola perda olfactiva. Os anciáns non teñen a mesma capacidade para detectar cheiros como, por exemplo, o gas ou o fume dun incendio, que unha persoa adulta.



No **aparello cardiovascular** prodúcense algúns cambios na forma e tamaño do corazón. Ademais, a capacidade de bombeo do sangue diminúe ante a actividade física. Tamén as paredes das arterias se volven máis ríxidas, o que favorece o aumento da Tensión Arterial (TA), é dicir, a forza que debe facer o sangue para pasar polas arterias. É importante saber que o feito de que o ancián sexa máis propenso a ter cifras de TA máis elevadas que na época adulta, non significa que todos sexan hipertensos.

No **aparello respiratorio** os pulmóns do ancián minguan en volume e peso. Ademais, os cambios óseos e musculares (mencionados anteriormente), que tamén afectan a caixa torácica, fan que a capacidade de distensión cando o aire entra nos pulmóns sexa menor; isto provoca que a respiración das persoas maiores sexa máis abdominal que torácica. De feito, utilizan a musculatura abdominal para compensar a falta de distensión da parede costal.

O reflexo da tose deprímese e existe unha maior tendencia a acumular secrecións bronquiais, xa que o ancián ten dificultade para expulsalas por non tuser eficazmente. Todo isto favorece a aparición de infeccións respiratorias, en especial, pneumonía.

Os cambios máis significativos que se producen no **aparello dixestivo** consisten nunha atrofia da mucosa e nunha diminución da mobilidade que vai desde o esófago até o intestino groso. A estes movementos do aparello dixestivo, que son os que facilitan que os alimentos inxeridos avancen, denomínanelles «movementos peristálticos». Ao diminuír o peristaltismo, as dixestións son máis longas. Ademais, a secreción de ácidos no estómago tamén diminúe, polo que os alimentos tardan máis en dixerirse. Outro cambio consiste en que a bile, que expulsa a vesícula para facilitar a dixestión dos alimentos, se volve máis espesa e, por este motivo, o ancián é máis propenso a desenvolver cálculos biliares.

Durante o proceso de envellecemento aparece no **sistema excretor**, por unha banda, unha clara predisposición o estrinximento porque o intestino groso é menos activo e existen fenómenos atróficos na mucosa, e, por outra banda, dentro do sistema excretor maniféstanse cambios no aparello urinario.

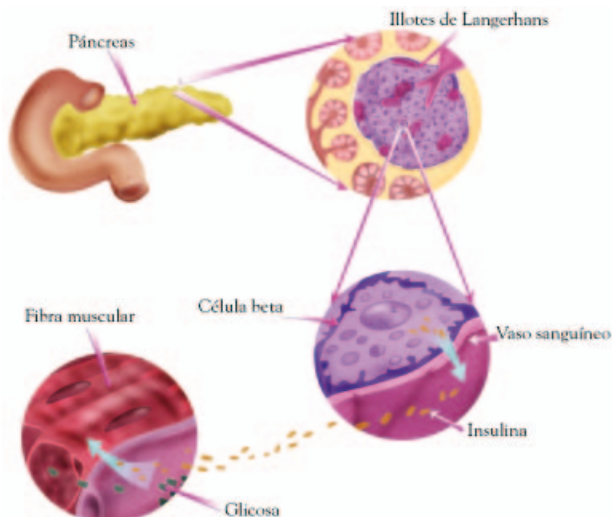
Os riles tamén diminúen de tamaño e volume, do mesmo xeito que sucedía con outros órganos como os pulmóns ou o corazón. Prodúcese unha perda de capacidade para concentrar e producir urina nos riles e, ao mesmo tempo, o esfínter da uretra tórnase máis débil, permitindo a saída involuntaria de urina. Esta alteración pode causar desde as perdas leves de urina até a incontinencia urinaria.

Así mesmo, a vexiga reduce o seu tamaño, sobre todo nos homes, debido a que a próstata aumenta. Ademais, a vexiga, que ten unha capa muscular, sofre unha perda de ton muscular facendo que lle resulte máis difícil reter a urina. Todos estes cambios do aparello urinario tornan o ancián máis propenso a desenvolver infeccións de urina.

No **aparello xenital**, tanto do home como da muller, tamén se producen modificacións evidentes. Na muller, ademais da perda da súa capacidade reprodutora tras a menopausa, existe unha diminución de hormonas (estróxenos) que provoca cambios notábeis como a perda da peluxe pubiana, sequidade vaxinal, propensión ás infeccións, flaccidez e diminución de tamaño dos seos. No home tamén se produce unha perda de peluxe pubiana, os testículos diminúen de tamaño e hai un aumento do tamaño da próstata. Esta glándula do aparello xenital aumenta de tamaño coa idade; isto considérase normal, por tanto, non significa que todos os homes anciáns teñan unha doenza. A afección máis frecuente e grave desta glándula é o cancro de próstata.

Cando envellece o **aparello endócrino**, existe unha diminución na secreción de hormonas. Na muller destacan sobre todo a redución dos estróxenos e a proxesterona.

Así mesmo, diminúe, tanto no home como na muller, unha hormona que se segrega no páncreas chamada «insulina», o que provoca un aumento da glicosa, xa que a principal función da insulina é queimar a glicosa e, froito desta combustión, obtense a enerxía. Ao existir menos insulina, existe máis glicosa que non se queima e, por tanto, tende a acumularse no sangue. Este cambio debido á idade non implica que todos os anciáns sexan diabéticos, mais si que teñen máis tendencia á hiperglicemia.



En canto ao **sistema inmune**, diminúen tanto as defensas do organismo como a produción de anticorpos. Isto provoca que o ancián sexa máis vulnerábel a contraer infeccións e, ao mesmo tempo, estas poden ser máis graves que no adulto san.

Os cambios que se ocasionan no **sistema nervioso**, cabe destacar que o cerebro diminúe de peso e tamaño, do mesmo xeito que sucedía con outros órganos do corpo. Os cambios máis significativos que se poden apreciar no envellecemento do sistema nervioso son o descenso da coordinación nos movementos, a perda dalgunhas capacidades cognitivas e a redución dos reflexos.

En resumo, todos os órganos, tecidos e sistemas do corpo humano experimentan cambios biolóxicos debidos ao envellecemento que determinan, dun modo ou doutro, alteracións na funcionalidade. Estes cambios maniféstanse en moitos casos como perda ou limitación para realizar actividades físicas, sen que teña que estar directamente relacionado coa doenza. Por tanto, é importante que o auxiliar de axuda a domicilio comprenda que o envellecemento non é sinónimo de doenza, aínda que leve implícita algunha limitación física.

1.1.2. Cambios psíquicos

A mente humana é moi complexa e está directamente relacionada coa actividade cerebral. Todo o relativo á mente abarca desde os mesmos pensamentos até as condutas ou as emocións. Durante a vida, a mente vaise desenvolvendo paralelamente ao desenvolvemento cerebral, de forma que un acabado de nacer ten unha actividade mental limitada porque aínda non se desenvolveron moitas partes do cerebro necesarias.

Son moitas as incógnitas acerca das áreas cerebrais que o ser humano utiliza, mais o que é indubidábel é que co paso do tempo o cerebro tamén envellece e, por tanto, prodúcense certos **cambios psíquicos** que poden derivar na perda de certas capacidades mentais.

Os cambios psíquicos que forman parte do proceso natural do envellecemento non sempre teñen por que ser iguais ou uniformes en todos os anciáns.

Co paso do tempo, no pensamento prodúcese un diminución de velocidade e aumentan as dificultades para tomar decisións ou para realizar algunhas operacións do razoamento lóxico como, por exemplo, contar diñeiro, establecer horarios, etc.

A memoria tende a diminuír, mais é típico no ancián san perder memoria recente (a curto prazo) e, con todo, conservar a memoria afastada (a longo prazo) de feitos pasados.

A personalidade non adoita cambiar, aínda que é certo que as persoas maiores tenden a volverse máis conservadoras, sobre todo no valor que lle dan aos obxectos materiais. Os patróns de conduta vanse facendo máis ríxidos e inadaptableis. Tamén é característico que neste proceso de envellecemento os individuos se tornen máis inseguros ante os cambios e necesiten establecer rutinas diarias para superar esta inseguranza. As persoas cando envellecen son conscientes de que están na última etapa da súa vida e a aparición de sentimentos como o medo á morte é moi frecuente.



Este medo pódese manifestar de moitas formas: inseguranza, illamento, cambios de humor, tristeza e depresión, etc. Hai anciáns aos que lles cambia o carácter e parecen estar continuamente enfadados; outros desenvolven trazos con tendencia ao egocentrismo, vólvense irascíbeis e impacientes. É importante insistir en que isto non é sempre así e que os cambios psíquicos do envellecemento non sempre se manifestan por igual en todas as persoas.

1.1.3. Cambios sociais

Os **cambios sociais** no proceso de envellecemento poden afectar en tres ópticas dentro do rol social dos individuos: como persoa individual, como membro da familia e como membro da comunidade.

O ser humano está en constante interacción co seu contorno. Deste xeito, as relacións que se establecen cos demais chámanse «relacións sociais». Estas relacións van cambiando co paso dos anos e en función da etapa da vida na que se encontra a persoa (relacións de amigos na infancia, relacións de parella na adolescencia e na etapa adulta, relacións cos pais e cos irmáns, etc.).

Son moi numerosos os cambios do ancián como individuo no seu rol social e, en cada caso, dependen de moitos factores do contorno. Por suposto, tamén dependen de como fosen as relacións sociais establecidas até este momento da vida. Cabe destacar o rol social do ancián como persoa individual, como membro dunha unidade familiar e como membro dunha comunidade.

O ancián como **persoa individual** pode experimentar sentimentos de frustración ou de perda de utilidade. O nivel de autoestima co que chega o individuo a esta etapa da vida é fundamental á hora de afrontar os cambios propios da idade. No ámbito estritamente social do ser humano como ser individual, a persoa non só establece relacións co contorno, senón que, dalgún modo, tamén interactúa consigo mesma. O suxeito establece unha relación consigo mesmo desde que é consciente do seu propio «eu».

Durante o proceso de envellecemento, a persoa pode comezar a contemplar aspectos como o final da súa etapa biolóxica que se materializa coa propia morte. O ser consciente da proximidade deste final pode provocar no individuo non só medo, tristeza ou impotencia, senón tamén tendencia ao illamento ou, pola contra, impulsos vitais por facer todas aquelas actividades que noutro tempo non puido realizar.

Así mesmo, a autoestima, o autocoidado e a autorrealización persoal son conceptos determinantes no envellecemento.



A autoestima é importante porque canto maior sexa, maior aceptación do paso do tempo se terá. O autocoidado tamén é relevante, dado que mentres non se manifesten limitacións físicas por motivos fisiolóxicos ou patolóxicos, a persoa mide o seu nivel de independencia proporcionalmente á súa capacidade de autocoidado. É importante para o ancián sentir que non depende doutros para realizar as Actividades Básicas da Vida Diaria (ABVD).

A autorrealización persoal e o sentirse satisfeito coa súa propia traxectoria vital en canto á toma de decisións e iniciativa tamén determina un mellor afrontamento do envellecemento social como ser individual.

Como **membro da unidade familiar**, o ancián pasa por diferentes etapas. Nun primeiro momento da vellez e xusto despois da xubilación, a persoa aínda mantén un rol independente e conserva moitas das súas facultades físicas e intelectuais, o cal permite que asuma un papel fundamental no coidado de fillos e netos. Posteriormente, a medida que avanza o tempo e comezan a manifestarse os cambios biolóxicos e psíquicos máis evidentes, mesmo podendo aparecer doenzas e complicacións, o rol cambia e son os fillos ou os netos os que deben coidar ao ancián. O paso polas diferentes etapas depende moito das relacións familiares e do carácter individual do suxeito.

A propia personalidade do individuo e como se desenvolveron as relacións familiares durante a etapa adulta determinan a forma na que se establecen neste momento da vida.

É importante que o auxiliar de axuda a domicilio coñeza, en primeiro lugar, os aspectos máis importantes da propia historia de vida do ancián: como vivía, que acontecementos importantes lle sucederon ao longo da súa vida, que hábitos alimenticios tivo, cal é o seu punto de vista sobre os distintos temas sociais (vivenda, lecer, noticias de actualidade, etc.).

En segundo lugar, é relevante que saiba como son as súas relacións familiares: se ten fillos ou netos, o seu estado civil, se ten irmáns e de que forma se relaciona con eles (habitual ou esporadicamente, nun clima de afectividade mutua ou con relacións conflitivas, etc.). Todo este enfoque global do ancián é necesario para saber abordar con eficacia a relación de axuda.

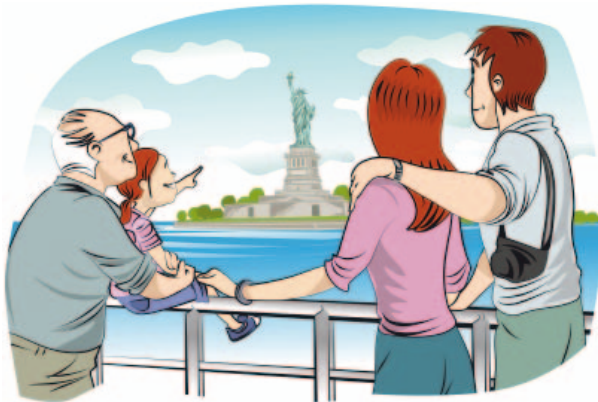
Existen situacións extremas nas familias desestruturadas ou nos anciáns sen familia, nese caso o suxeito vólvese máis especial ao demandar con frecuencia servizos públicos ou privados tanto de asistencia social como sanitaria. Neste tipo de situacións pódese xerar a denominada «dependencia social», na que o

individuo busca cubrir a necesidade de relacionarse debido á carencia afectiva do seu contorno.

O ancián como **membro da comunidade** experimenta diferentes etapas que varían en función do máis ou menos valorado que se sinta. Neste caso, o envellecemento social vívese, en moitos casos, a partir do momento da xubilación. Nesta etapa, diminúen e son frecuentes os sentimentos de frustración e de perda de utilidade que experimenta a persoa. Por este motivo, é necesario que todos os individuos se preparen psicoloxicamente para afrontar a xubilación.

A xubilación comporta varios aspectos. Por unha banda, o final dunha etapa da vida, xeralmente moi longa, que supuxo o desempeño da actividade laboral e, por outra banda, a adquisición dun dereito económico: a pensión.

Se desde antes da xubilación a persoa planifica todas aquelas actividades que sempre quixo facer e, cando chega o momento, comeza a realízalas, esta etapa sopórtase mellor. O xubilado debe aprender a vivir sen traballar e procurar alternativas como, por exemplo, ler, viaxar, aumentar os vínculos familiares ou practicar unha actividade física.



A sociedade en xeral adoita valorar máis os individuos activos que contribúen co seu traballo ao desenvolvemento social e á xeración de riqueza. A persoa xubilada pasa a converterse nun suxeito pasivo para a comunidade e isto pode provocar sentimentos de frustración e impotencia. En moitas culturas de países subdesenvolvidos, valórase o ancián moito máis que na nosa sociedade avanzada; isto débese en parte a que a mentalidade non está tan enfocada á xeración de riqueza.