

# HIGIENE Y ATENCIÓN SANITARIA **DOMICILIARIA**

*Laura Barbero Miguel*

Muestra gratuita

**IDEASPROPIAS**  
*editorial*

## IDEAS PROPIAS

*editorial*

- ▶ Compra este libro
- ▶ Compra el e-book



Muestra gratuita

Muestra gratuita

# Higiene y atención sanitaria domiciliaria

---

Muestra gratuita

Higiene y atención sanitaria domiciliaria

---

Observación funcional y asistencia sanitaria  
para el usuario de ayuda a domicilio

Muestra gratuita

Muestra gratuita

**Autora**

---

**Laura Barbero Miguel** (Salamanca, 1976) es diplomada universitaria en Enfermería por la Universidad Pontificia de Salamanca, diplomada en Sanidad por la Escuela Nacional de Sanidad, especialista en Enfermería del Trabajo por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, y experta universitaria en Enfermería en Accidente de Trabajo por la Universidad de Alcalá de Henares. Acredita una amplia formación complementaria en los sectores sociosanitario y educativo.

Posee experiencia laboral como enfermera en todos los niveles asistenciales de salud, desde la atención primaria hasta los servicios especiales de atención hospitalaria. También ha trabajado en los ámbitos de la sanidad privada y de la enfermería geriátrica. Tiene una extensa experiencia docente como formadora en las especialidades de auxiliar de ayuda a domicilio y auxiliar de geriatría, y como colaboradora en la Universidad de Alcalá de Henares.

Es coautora del libro *Cuidador familiar y dependencia: la otra cara del accidente de trabajo*, publicado por Mutua Asepeyo en el marco de la cátedra Asepeyo de la Universidad de Alcalá de Henares. También ha publicado en coautoría un estudio de investigación relacionado con la figura del cuidador familiar, titulado *Cuidador familiar por accidente laboral. Etapas y estrategias para el cuidado*.

Ficha de catalogación bibliográfica

**Higiene y atención sanitaria domiciliaria.  
Observación funcional y asistencia sanitaria para el  
usuario de ayuda a domicilio**

**2.ª edición**

**Ideaspropias Editorial, Vigo, 2014**

**ISBN: 978-84-9839-441-2**

**Formato: 17 x 24 cm • Páginas: 496**

HIGIENE Y ATENCIÓN SANITARIA DOMICILIARIA. OBSERVACIÓN  
FUNCIONAL Y ASISTENCIA SANITARIA PARA EL USUARIO DE AYUDA  
A DOMICILIO.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

DERECHOS RESERVADOS 2014, respecto a la segunda edición en español, por

© Ideaspropias Editorial.

ISBN: 978-84-9839-441-2

Depósito legal: VG 215-2014

Autora: Laura Barbero Miguel

Impreso en España - Printed in Spain

Ideaspropias Editorial ha incorporado en la elaboración de este material didáctico citas y referencias de obras divulgadas y ha cumplido todos los requisitos establecidos por la Ley de Propiedad Intelectual. Por los posibles errores y omisiones, se excusa previamente y está dispuesta a introducir las correcciones pertinentes en próximas ediciones y reimpressiones.



# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	13
1. Identificación de las características y necesidades de las personas dependientes .....	15
1.1. El proceso de envejecimiento .....	16
1.1.1. Cambios biológicos .....	16
1.1.2. Cambios psíquicos .....	22
1.1.3. Cambios sociales .....	23
1.2. La enfermedad y la convalecencia .....	26
1.3. Las discapacidades .....	29
1.3.1. Concepto .....	31
1.3.2. Clasificación y etiologías frecuentes .....	33
1.3.3. Características y necesidades .....	36
1.3.4. Calidad de vida, autodeterminación y apoyo de las personas con discapacidad .....	42
CONCLUSIONES .....	45
AUTOEVALUACIÓN .....	47
SOLUCIONES .....	51
2. Delimitación del ámbito de la atención domiciliaria .....	53
2.1. Unidades convivenciales con personas dependientes: tipología y funciones del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) .....	54
2.1.1. Necesidades y riesgos de los cuidadores principales .....	57
2.2. Servicios, programas y profesionales de atención directa domiciliaria a personas dependientes: características y estructura funcional .....	61
2.2.1. El equipo interdisciplinar y el papel del profesional de atención directa .....	67
2.3. Los cuidadores principales y el SAD .....	73
2.4. Uso del vocabulario básico de la atención domiciliaria .....	76
2.5. Principios éticos de la intervención social con personas dependientes y colectivos con necesidades especiales. Actitudes y valores .....	78
2.6. Aprecio por los principios éticos de la intervención con personas dependientes .....	80
2.7. Confidencialidad a la hora de manejar información personal y médica .....	82

2.8. Respeto por la intimidad de las personas dependientes .....	83
2.9. Mantenimiento de la higiene y presencia física personales del profesional de la ayuda a domicilio .....	84
2.10. Atención integral de las personas .....	86
2.11. Técnicas de humanización de la ayuda .....	88
2.12. Dinámica de la relación de ayuda: adaptación, dificultades, límites y prevención de riesgos psicológicos .....	93
2.13. La intervención en las situaciones de duelo .....	96
2.14. La observación y el registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades de atención física. Técnicas e instrumentos de observación aplicados a las situaciones domiciliarias .....	99
2.15. Las ayudas técnicas para el cuidado y la higiene personal .....	109
CONCLUSIONES .....	111
AUTOEVALUACIÓN .....	113
SOLUCIONES .....	117
3. Aplicación de técnicas de higiene y aseo de la persona dependiente .....	119
3.1. Principios anatomofisiológicos del órgano cutáneo y fundamentos de higiene corporal .....	120
3.1.1. Patologías más frecuentes de la piel .....	124
3.2. Técnicas de aseo e higiene corporal según la tipología de la ayuda a domicilio .....	130
3.2.1. Higiene de los pliegues corporales .....	132
3.2.2. Higiene de las manos y los pies .....	133
3.2.3. Higiene de los genitales .....	135
3.2.4. Higiene de la cavidad bucal .....	136
3.2.5. Higiene de los ojos .....	138
3.2.6. Higiene de los oídos .....	139
3.2.7. Higiene del cabello .....	140
3.2.8. Afeitado y maquillaje .....	142
3.2.9. Baño en bañera o ducha .....	142
3.2.10. Higiene en la cama .....	144
3.3. Úlceras por presión. Prevención y tratamiento .....	146
3.4. Tipos de camas, accesorios y lencería. Técnicas de realización de camas .....	155
3.5. Cuidados del paciente incontinente y colostomizado .....	160
3.6. Prevención y control de infecciones .....	167
3.7. Cuidados post mórtem. Finalidad y preparación del cadáver .....	171

3.8. Técnicas de limpieza y conservación de prótesis .....	173
3.9. Fomento de la autonomía de la persona dependiente y su entorno para la mejora de su higiene y aseo .....	176
CONCLUSIONES .....	179
AUTOEVALUACIÓN .....	181
SOLUCIONES .....	185
4. Planificación del menú de la unidad convivencial .....	189
4.1. Principios de alimentación y nutrición .....	190
4.2. Principios anatomofisiológicos de los sistemas digestivo y endocrino .....	191
4.2.1. Patologías más frecuentes .....	199
4.3. Conceptos de alimentación y nutrición. Los alimentos. Clasificación funcional .....	206
4.4. Recomendaciones en energía y nutrientes. Ingesta recomendada. Interpretación del etiquetado nutricional .....	211
4.5. Dieta saludable. Calidad de dieta .....	216
4.6. Problemas nutricionales de las sociedades desarrolladas .....	219
4.6.1. Patologías relacionadas con la alimentación actual .....	222
4.7. Tipos de dietas .....	227
4.8. Dieta familiar y planificación de menús diarios y semanales ..	230
4.9. Raciones y medidas caseras .....	233
4.10. La alimentación en el anciano y en el convaleciente .....	238
4.11. Consideración por la situación específica alimentaria y nutricional de cada persona dependiente .....	239
CONCLUSIONES .....	241
AUTOEVALUACIÓN .....	243
SOLUCIONES .....	247
5. Utilización de técnicas de alimentación .....	251
5.1. Alimentación por vía oral y enteral .....	252
5.2. Ayudas técnicas para la ingesta .....	262
5.3. Apoyo a la ingesta .....	266
CONCLUSIONES .....	271
AUTOEVALUACIÓN .....	273
SOLUCIONES .....	275
6. Recogida de eliminaciones .....	277
6.1. Medios y materiales para la recogida de excretas .....	278
6.1.1. Dispositivos conductores de excretas y enemas de limpieza .....	278
6.1.2. Dispositivos colectores de excretas .....	283

6.2. Eliminación de excretas .....	287
6.3. Normas higiénico-sanitarias .....	292
6.4. Mantenimiento de la higiene y presencia física personales del usuario de ayuda a domicilio .....	297
6.5. Respeto por la intimidad de la persona dependiente y sus familiares .....	299
CONCLUSIONES .....	301
AUTOEVALUACIÓN .....	303
SOLUCIONES .....	305
7. Administración de medicación en el domicilio .....	307
7.1. Evolución del metabolismo en el ciclo vital .....	308
7.2. Principios de farmacología general .....	309
7.3. Principios anatomofisiológicos de los sistemas cardiovascular, respiratorio y excretor .....	313
7.3.1. Patologías relacionadas .....	316
7.4. Constantes vitales .....	320
7.5. Técnicas de preparación y administración de medicación por vía oral, tópica y rectal .....	321
7.6. Técnicas de aerosolterapia y oxigenoterapia .....	325
7.7. Técnicas de aplicación de frío y calor .....	328
7.8. Riesgos de los fármacos .....	329
7.9. Constitución y mantenimiento de botiquines .....	332
CONCLUSIONES .....	333
AUTOEVALUACIÓN .....	335
SOLUCIONES .....	339
8. Movilidad de la persona dependiente .....	343
8.1. Principios anatomofisiológicos de sostén y movimiento del cuerpo humano .....	344
8.2. Aparato locomotor .....	346
8.2.1. Patologías más frecuentes .....	351
8.3. Biomecánica de las articulaciones .....	355
CONCLUSIONES .....	359
AUTOEVALUACIÓN .....	361
SOLUCIONES .....	363
9. Empleo de técnicas de movilización, traslado y deambulación .....	365
9.1. Posiciones anatómicas .....	366

9.2. Técnicas y ayudas técnicas para la deambulaci3n, traslado y movilizaci3n en personas dependientes .....	368
9.2.1. T3cnicas y ayudas t3cnicas para la deambulaci3n .....	369
9.2.2. T3cnicas y ayudas t3cnicas para el traslado .....	371
9.2.3. T3cnicas y ayudas t3cnicas para la movilizaci3n .....	377
9.3. T3cnicas para el posicionamiento en cama .....	378
9.3.1. Cambios posturales .....	380
9.4. Orientaci3n a la persona dependiente y sus cuidadores principales .....	386
9.5. Fomento de la autonom3a de la persona dependiente y su entorno para la mejora de su movilidad y estado f3sico .....	392
CONCLUSIONES .....	395
AUTOEVALUACI3N .....	397
SOLUCIONES .....	401
10. Toma de constantes vitales .....	403
10.1. Temperatura .....	404
10.2. Frecuencia respiratoria .....	405
10.3. Presi3n arterial .....	406
10.4. Frecuencia cardiaca .....	406
10.5. Recogida de las mismas .....	407
CONCLUSIONES .....	411
AUTOEVALUACI3N .....	413
SOLUCIONES .....	415
11. Aplicaci3n de t3cnicas de seguridad y primeros auxilios .....	417
11.1. Primeros auxilios .....	418
11.2. Atragantamientos .....	423
11.3. Intoxicaciones .....	426
11.4. Traumatismos. Vendajes e inmovilizaciones .....	430
11.5. T3cnicas de Reanimaci3n CardioPulmonar (RCP) .....	437
11.6. Quemaduras .....	441
11.7. Heridas y hemorragias .....	445
11.8. Botiqu3n de urgencias .....	451
11.9. Consultas a distancia .....	454
11.10. Prevenci3n de riesgos en el entorno de la persona dependiente .....	456
11.11. Medidas de autoprotecci3n para el auxiliar de ayuda a domicilio .....	460
11.12. Atenci3n especial a la prevenci3n de riesgos laborales .....	463

CONCLUSIONES .....	465
AUTOEVALUACIÓN .....	467
SOLUCIONES .....	471
PREGUNTAS FRECUENTES .....	473
GLOSARIO .....	475
EXAMEN .....	483
BIBLIOGRAFÍA .....	489

Muestra gratuita

## INTRODUCCIÓN

La atención directa domiciliaria a las personas dependientes se presenta como un recurso más dentro de una extensa cadena asistencial. Sin embargo, se podría afirmar que se trata del eslabón más esencial de la cadena, convirtiéndose además en un recurso que, sea temporal o definitivo, siempre se caracteriza por ser complementario.

La figura del auxiliar de ayuda a domicilio emerge como un profesional polyvalente que debe contar con conocimientos mixtos (sociales y sanitarios), que suponen una pieza clave dentro de la prestación del servicio y de los que partirá para desarrollar una labor multifuncional durante las intervenciones asistenciales.

Además, tiene que ser un profesional con habilidades técnicas y humanas, sustentadas sobre una sólida base de principios éticos, cuya misión principal será proporcionar el máximo grado de bienestar físico, psicológico y social a la persona dependiente.

Para ello, realizará tareas como la higiene personal del usuario, la administración de alimentos y determinados tratamientos médicos, la movilización del individuo dependiente, etc. Hay que tener presente que la aplicación correcta de estas técnicas implica un ejercicio de responsabilidad y una fuerte vocación.

El alumno que decide formarse en este oficio debe saber que cada usuario ha de ser tratado de forma individual, ya que sus necesidades y requerimientos varían según múltiples factores como, por ejemplo, su estado de salud, nivel de dependencia o, incluso, personalidad. No existen dos usuarios idénticos y, por lo tanto, tampoco unas reglas universales. De hecho, las labores sanitarias pueden resultar, en ocasiones, complejas y plantear numerosas dudas, pero el auxiliar sabrá velar en todo momento por la seguridad del usuario.

Sumergirse en el universo privado de las personas convierte al profesional de atención directa en una persona cercana al usuario, con el que desarrollará una relación de confianza, aunque tiene que esforzarse por mantener la perspectiva de sus cuidados en el contexto de la unidad convivencial. Con este objetivo debe involucrar al resto de sus miembros, especialmente, a aquellos que desempeñan la labor de cuidador principal.

Es importante tener una firme convicción en el hecho de que ayudar a otros puede llegar a ser una actividad profesional altamente gratificante y, a partir de ahí, implicarse en las tareas diarias, adquiriendo el compromiso de mantener un constante aprendizaje para prestar un servicio de calidad y constituir una figura fundamental dentro de la cadena asistencial.

Muestra gratuita



# Higiene y atención sanitaria domiciliaria

## 1 Identificación de las características y necesidades de las personas dependientes

### Objetivos

- Describir las principales características y necesidades de atención que deben presentar las personas dependientes y su entorno, determinando las actitudes y valores que debe manifestar el profesional de atención directa y las relaciones con personas dependientes y su entorno.
- Relacionar los cambios biológicos, psicológicos y sociales propios de los colectivos de intervención con las dificultades que implican en el desenvolvimiento diario de la persona.
- Identificar las principales manifestaciones del deterioro personal o social propio de personas mayores o discapacitadas.

### Contenidos

1. Identificación de las características y necesidades de las personas dependientes
  - 1.1. El proceso de envejecimiento
    - 1.1.1. Cambios biológicos
    - 1.1.2. Cambios psíquicos
    - 1.1.3. Cambios sociales
  - 1.2. La enfermedad y la convalecencia
  - 1.3. Las discapacidades
    - 1.3.1. Concepto
    - 1.3.2. Clasificación y etiologías frecuentes
    - 1.3.3. Características y necesidades
    - 1.3.4. Calidad de vida, apoyo y autodeterminación de las personas con discapacidad

## 1.1. El proceso de envejecimiento

Envejecer forma parte de la vida y el proceso del envejecimiento no es más que una etapa dentro del ciclo vital de una persona. No se debería observar el proceso desde una dimensión dramática ni tampoco desde una óptica pesimista. Envejecer no significa «dejar de ser válido» o «convertirse necesariamente en una persona dependiente».

Lo que sí es cierto es que el envejecimiento en sí mismo comporta una serie de modificaciones estructurales y funcionales que, en ocasiones, pueden repercutir tanto en la calidad de vida del anciano como en el mantenimiento de sus funciones vitales básicas, lo cual puede hacerle más propenso a sufrir patologías.

El **proceso de envejecimiento** es un proceso continuo e irreversible. Aunque existen múltiples teorías sobre cómo y desde cuándo se produce, no hay una única teoría que pueda explicarlo.

Este proceso implica una serie de cambios a distintos niveles: biológicos, psíquicos y sociales.

### 1.1.1. Cambios biológicos

La esfera biológica del ser humano se relaciona con los procesos vitales, que se manifiestan a través de las distintas funciones y estructuras del cuerpo. Durante el envejecimiento, se produce una serie de modificaciones biológicas, es decir, de células, tejidos y órganos del cuerpo. Estos cambios se presentan en forma de modificaciones estructurales y funcionales.

A continuación, se detallarán algunos de los **cambios biológicos** principales que se dan durante el proceso de envejecimiento en piel, cabello, uñas, aparato musculoesquelético, órganos de los sentidos, aparato cardiovascular, aparato respiratorio, aparato digestivo, sistema excretor, aparato genital, aparato endocrino, sistema inmune y sistema nervioso.

Con el paso del tiempo, las células y los tejidos tienden a disminuir su capacidad de regeneración, de forma que todos los órganos y sistemas del cuerpo humano se ven afectados.

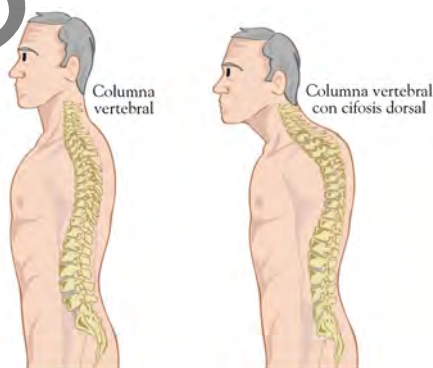
El primer órgano en envejecer es la **piel**. Lo más característico del envejecimiento cutáneo es la pérdida de elasticidad y la tendencia a la deshidratación, responsables de la aparición de las arrugas. Además, las glándulas sudoríparas tienden a atrofiarse, por lo que el anciano presenta menos sudoración. También las heridas tardan más en cicatrizar, la piel se vuelve más pálida y el vello crece mucho más despacio.

En el **cabello** es típico el encanecimiento. Esto sucede porque con la edad disminuye o desaparece la melanina (sustancia responsable del color) de los folículos pilosos del pelo. Otra manifestación del envejecimiento del cabello también puede ser la alopecia (caída del pelo).

Las **uñas** se vuelven más gruesas y quebradizas, y suele resultar más difícil cortarlas.

Con respecto al **aparato musculoesquelético**, los huesos tienden a desmineralizarse, es decir, pierden mucho calcio. Esto los hace más frágiles y, por ello, el riesgo de sufrir fracturas óseas es mayor en los ancianos. Las mujeres suelen perder más calcio que los hombres, sobre todo a partir de la menopausia.

En la columna vertebral, los discos intervertebrales se desgastan y reducen su tamaño, lo cual origina que los espacios vertebrales sean más estrechos; de este modo, al estar más juntas las vértebras, la persona disminuye de estatura. Debido a estas modificaciones que sufre la columna, aparece un fenómeno que consiste en que el cuerpo se va hacia delante, buscando encontrar el punto de equilibrio; esta nueva posición corporal se conoce con el nombre de «cifosis dorsal».



Los miembros inferiores deben adaptarse para soportar nuevamente el peso del cuerpo, de forma que los pies se van hacia fuera y los hace más susceptibles

de padecer deformidades y callosidades. Todos estos cambios provocan en el anciano alteraciones en el equilibrio, la marcha y la alineación corporal.

Durante el proceso de envejecimiento, las articulaciones de los huesos experimentan cambios, de forma que se vuelven más rígidas y menos móviles. Esto sucede porque las superficies articulares de los huesos se desgastan con los años, que unido a la pérdida de masa ósea provocan que las articulaciones puedan llegar incluso a presentar deformidades anatómicas evidentes, así como dolor y limitación en los movimientos.

Los músculos pierden elasticidad y se pierde masa muscular, lo cual favorece la aparición de debilidad y la pérdida de fuerza. Cabe destacar no solo la importancia de fomentar la actividad física en las personas mayores sino también en la época adulta, pues el ejercicio regular mantiene los músculos en forma durante más tiempo.

En los **órganos de los sentidos** aparecen también cambios debidos al paso del tiempo:

- **Vista:** se aminora la agudeza visual y la capacidad de acomodación del ojo. El cristalino se agranda y aparece la presbicia (dificultad para enfocar los objetos de cerca). Además, el ojo tiende a estar más seco al disminuir su capacidad lacrimal y la pupila, que es como un diafragma que reacciona a los cambios de luz, se hace más perezosa, de forma que el anciano tolera peor el paso de la oscuridad a la luz y viceversa. Otro cambio que se produce en la vista es la disminución de la amplitud del campo visual.

Todos estos cambios merman los reflejos del anciano al reducir proporcionalmente la capacidad de reacción, pues tardan más tiempo en percibir las imágenes.

- **Gusto:** en la boca, las papilas gustativas de la lengua y la mucosa comienzan a atrofiarse, y disminuye la producción de saliva. La cavidad bucal del anciano suele estar más seca y se produce, también, la pérdida de piezas dentarias; por estos motivos, los ancianos ven reducida su capacidad para distinguir los sabores.
- **Oído:** existen cambios degenerativos en el interior del oído que conllevan una merma de la capacidad auditiva, pero esto no significa que todos los ancianos estén sordos. Existe la creencia popular de que esto siempre es así

y, con frecuencia, las personas aumentan el volumen de su voz cuando se dirigen a un anciano. La disminución de la capacidad auditiva típica del envejecimiento no siempre es sinónimo de sordera.

Otra característica del envejecimiento del oído es la tendencia a la acumulación de cerumen, lo cual favorece la infección y la pérdida de audición cuando se forman tapones. Un rasgo que se puede observar a simple vista es que el pabellón auricular aumenta de tamaño con la edad; esto sucede por un crecimiento del cartílago.

- **Tacto:** existe cierta pérdida de sensibilidad dolorosa y térmica debido a que las terminaciones nerviosas sensitivas que inervan la piel también tienden a atrofiarse.
- **Olfato:** se pierden sensaciones olfativas porque el nervio olfativo se degenera. Es importante que el auxiliar de ayuda a domicilio tenga en cuenta este cambio fisiológico, ya que algunos de los accidentes domésticos más frecuentes se producen precisamente por la pérdida olfativa. Los ancianos no tienen la misma capacidad para detectar olores como, por ejemplo, el gas o el humo de un incendio, que una persona adulta.

En el **aparato cardiovascular** se producen algunos cambios en la forma y tamaño del corazón. La capacidad de bombeo de la sangre disminuye ante la actividad física. También las paredes de las arterias se vuelven más rígidas, lo que favorece el aumento de la Tensión Arterial (TA), es decir, la fuerza que debe hacer la sangre para pasar por las arterias. Es importante saber que el hecho de que el anciano sea más propenso a tener cifras de TA más elevadas que en la época adulta, no significa que todos sean hipertensos.

En el **aparato respiratorio** los pulmones del anciano menguan en volumen y peso. Los cambios óseos y musculares (mencionados anteriormente), que también afectan a la caja torácica, hacen que la capacidad de distensión cuando el aire entra en los pulmones sea menor; esto provoca que la respiración de las personas mayores sea más abdominal que torácica. De hecho, utilizan la musculatura abdominal para compensar la falta de distensión de la pared costal.

El reflejo de la tos se deprime y existe una mayor tendencia a acumular secreciones bronquiales, ya que el anciano tiene dificultad para expulsarlas por no toser eficazmente. Todo esto favorece la aparición de infecciones respiratorias, en especial, neumonía.

Los cambios más significativos que se producen en el **aparato digestivo** consisten en una atrofia de la mucosa y una disminución de la movilidad que va desde el esófago hasta el intestino grueso. A estos movimientos del aparato digestivo, que son los que facilitan que los alimentos ingeridos avancen, se les denomina «movimientos peristálticos». Al disminuir el peristaltismo, las digestiones son más largas. La secreción de ácidos en el estómago también disminuye, por lo que los alimentos tardan más en digerirse. Otro cambio consiste en que la bilis, que expulsa la vesícula para facilitar la digestión de los alimentos, se vuelve más espesa y, por este motivo, el anciano es más propenso a desarrollar cálculos biliares.

Durante el proceso de envejecimiento aparece en el **sistema excretor**, por un lado, una clara predisposición al estreñimiento porque el intestino grueso es menos activo y existen fenómenos atróficos en la mucosa, y, por otro lado, dentro del sistema excretor se manifiestan cambios en el aparato urinario.

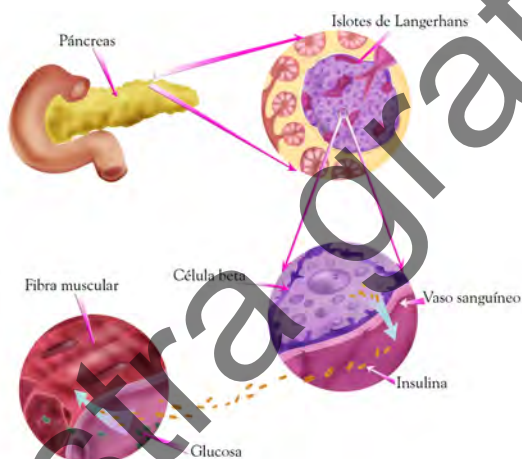
Los riñones también disminuyen de tamaño y volumen, al igual que sucedía con otros órganos como los pulmones o el corazón. Se produce una pérdida de capacidad para concentrar y producir orina en los riñones y, al mismo tiempo, el esfínter de la uretra se vuelve más débil, permitiendo la salida involuntaria de orina. Esta alteración puede causar desde las pérdidas leves de orina hasta la incontinencia urinaria.

La vejiga reduce su tamaño, sobre todo en los hombres, debido a que la próstata aumenta. Además, la vejiga, que tiene una capa muscular, sufre una pérdida de tono muscular haciendo que le resulte más difícil retener la orina. Todos estos cambios del aparato urinario vuelven al anciano más propenso a desarrollar infecciones de orina.

En el **aparato genital**, tanto del hombre como de la mujer, también se producen modificaciones evidentes. En la mujer, además de la pérdida de su capacidad reproductora tras la menopausia, existe una disminución de hormonas (estrógenos) que provoca cambios notables como la pérdida del vello púbico, sequedad vaginal, propensión a las infecciones, flaccidez y disminución de tamaño de los senos. En el hombre también se produce una pérdida de vello púbico, los testículos disminuyen de tamaño y hay un aumento del tamaño de la próstata. Esta glándula del aparato genital aumenta de tamaño con la edad; esto se considera normal, por tanto, no significa que todos los ancianos varones tengan una enfermedad. La afección más frecuente y grave de esta glándula es el cáncer de próstata.

Cuando envejece el **aparato endocrino**, existe una disminución en la secreción de hormonas. En la mujer destacan sobre todo la reducción de los estrógenos y la progesterona.

Disminuye, tanto en el hombre como en la mujer, una hormona que se segrega en el páncreas llamada «insulina», lo que provoca un aumento de la glucosa, ya que la principal función de la insulina es quemar la glucosa y fruto de esta combustión se obtiene la energía. Al existir menos insulina, existe más glucosa que no se quema y, por tanto, tiende a acumularse en la sangre. Este cambio debido a la edad no implica que todos los ancianos sean diabéticos, pero sí que tienen más tendencia a la hiperglucemia.



En cuanto al **sistema inmune**, disminuyen tanto las defensas del organismo como la producción de anticuerpos. Esto provoca que el anciano sea más vulnerable a contraer infecciones y, al mismo tiempo, estas pueden ser más graves que en el adulto sano.

Con respecto a los cambios que se ocasionan en el **sistema nervioso**, cabe destacar que el cerebro disminuye de peso y tamaño, al igual que sucedía con otros órganos del cuerpo. Los cambios más significativos que se pueden apreciar en el envejecimiento del sistema nervioso son el descenso de la coordinación en los movimientos, la pérdida de algunas capacidades cognitivas y la reducción de los reflejos.

En resumen, todos los órganos, tejidos y sistemas del cuerpo humano experimentan cambios biológicos debidos al envejecimiento que determinan, de un

modo u otro, alteraciones en la funcionalidad. Estos cambios se manifiestan en muchos casos como pérdida o limitación para realizar actividades físicas, sin que tenga que estar directamente relacionado con la enfermedad. Por tanto, es importante que el auxiliar de ayuda a domicilio comprenda que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, aunque lleve implícita alguna limitación física.

### 1.1.2. Cambios psíquicos

La mente humana es muy compleja y está directamente relacionada con la actividad cerebral. Todo lo relativo a la mente abarca desde los mismos pensamientos hasta las conductas o las emociones. Durante la vida, la mente se va desarrollando paralelamente al desarrollo cerebral, de forma que un recién nacido tiene una actividad mental limitada porque aún no se han desarrollado muchas partes del cerebro necesarias.

Son muchas las incógnitas acerca de las áreas cerebrales que el ser humano utiliza, pero lo que es indudable es que con el paso del tiempo el cerebro también envejece y, por tanto, se producen ciertos **cambios psíquicos** que pueden derivar en la pérdida de ciertas capacidades mentales.

Los cambios psíquicos que forman parte del proceso natural del envejecimiento no siempre tienen por qué ser iguales o uniformes en todos los ancianos.

Con el paso del tiempo, en el pensamiento se produce un enlentecimiento y aumentan las dificultades para tomar decisiones o para realizar algunas operaciones del razonamiento lógico como, por ejemplo, contar dinero, establecer horarios, etc.

La memoria tiende a disminuir, pero en el anciano sano es típico perder memoria reciente (a corto plazo) y, sin embargo, conservar la memoria lejana (a largo plazo) de hechos pasados.

La personalidad no suele cambiar, si bien es cierto que las personas mayores tienden a volverse más conservadoras, sobre todo en el valor que le dan a los objetos materiales. Los patrones de conducta se van haciendo más rígidos e inadaptables. También es característico que en este proceso de envejecimiento los individuos se vuelvan más inseguros ante los cambios y necesiten establecer



rutinas diarias para superar esta inseguridad. Las personas cuando envejecen son conscientes de que están en la última etapa de su vida y la aparición de sentimientos como el miedo a la muerte es muy frecuente.

Este miedo se puede manifestar de muchas formas: inseguridad, aislamiento, cambios de humor, tristeza y depresión, etc. Hay ancianos a los que les cambia el carácter y parecen estar continuamente enfadados; otros desarrollan rasgos con tendencia al egocentrismo, se vuelven irascibles e impacientes. Es importante insistir en que esto no es siempre así y que los cambios psíquicos del envejecimiento no siempre se manifiestan por igual en todas las personas.

### 1.1.3. Cambios sociales

Los **cambios sociales** en el proceso de envejecimiento pueden afectar a tres ópticas dentro del rol social de los individuos: como persona individual, como miembro de la familia y como miembro de la comunidad.

El ser humano está en constante interacción con su entorno. De este modo, las relaciones que se establecen con los demás se llaman «relaciones sociales». Estas van cambiando con el paso de los años y en función de la etapa de la vida en la que se encuentra la persona (relaciones de amigos en la infancia, de pareja en la adolescencia y la etapa adulta, con los padres y los hermanos, etc.).

Son muy numerosos los cambios del anciano como individuo en su rol social y, en cada caso, dependen de muchos factores del entorno. Por supuesto, también dependen de cómo hayan sido las relaciones sociales establecidas hasta este momento de la vida. Cabe destacar el rol social del anciano como persona individual, como miembro de una unidad familiar y como miembro de una comunidad.

El anciano como **persona individual** puede experimentar sentimientos de frustración o de pérdida de utilidad. El nivel de autoestima con el que llega el individuo a esta etapa de la vida es fundamental a la hora de afrontar los cambios propios de la edad. En el ámbito estrictamente social del ser humano como ser individual, la persona no solo establece relaciones con el entorno sino que de algún modo, también interactúa consigo misma. El sujeto establece una relación consigo mismo desde que es consciente de su propio «yo».

Durante el proceso de envejecimiento, la persona puede empezar a contemplar aspectos como el final de su etapa biológica que se materializa con la propia muerte. El ser consciente de la proximidad de este final puede provocar en el individuo no solo miedo, tristeza o impotencia, sino también tendencia al aislamiento o, por el contrario, impulsos vitales por hacer todas aquellas actividades que en otro tiempo no pudo realizar.

La autoestima, el autocuidado y la autorrealización personal son conceptos determinantes en el envejecimiento.

La autoestima es importante porque cuanto mayor sea, mayor aceptación del paso del tiempo se tendrá. El autocuidado también es relevante, dado que mientras no se manifiesten limitaciones físicas por motivos fisiológicos o patológicos, la persona mide su nivel de independencia proporcionalmente a su capacidad de autocuidado. Es importante para el anciano sentir que no depende de otros para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

La autorrealización personal y el sentirse satisfecho con su propia trayectoria vital en cuanto a la toma de decisiones e iniciativa también determina un mejor afrontamiento del envejecimiento social como ser individual.

Como **miembro de la unidad familiar**, el anciano pasa por diferentes etapas. En un primer momento de la vejez y justo después de la jubilación, la persona aún mantiene un rol independiente y conserva muchas de sus facultades físicas e intelectuales, lo cual permite que asuma un papel fundamental en el cuidado de hijos y nietos. Posteriormente, a medida que avanza el tiempo y comienzan a manifestarse los cambios biológicos y psíquicos más evidentes, incluso pudiendo aparecer enfermedades y complicaciones, el rol cambia y son los hijos o los nietos los que deben cuidar al anciano. El paso por las diferentes etapas depende mucho de las relaciones familiares y del carácter individual del sujeto.

La propia personalidad del individuo y cómo se han desarrollado las relaciones familiares durante la etapa adulta determinan la forma en que se establecen en este momento de la vida.

Es importante que el auxiliar de ayuda a domicilio conozca, en primer lugar, los aspectos más importantes de la propia historia de vida del anciano: cómo vivía, qué acontecimientos importantes le han sucedido a lo largo de su vida, qué hábitos alimenticios ha tenido, cuál es su prisma sobre los distintos temas sociales (vivienda, ocio, noticias de actualidad, etc.).

En segundo lugar, es relevante que sepa cómo son sus relaciones familiares: si tiene hijos o nietos, su estado civil, si tiene hermanos y de qué forma se relaciona con ellos (habitual o esporádicamente, en un clima de afectividad mutua o con relaciones conflictivas, etc.). Todo este enfoque global del anciano es necesario para saber abordar con eficacia la relación de ayuda.

Existen situaciones extremas en las familias desestructuradas o en los ancianos sin familia, en cuyo caso el sujeto se vuelve más especial al demandar con frecuencia servicios públicos o privados tanto de asistencia social como sanitaria. En este tipo de situaciones se puede generar la denominada «dependencia social», en la que el individuo busca cubrir la necesidad de relacionarse debido a la carencia afectiva de su entorno.

El anciano como **miembro de la comunidad** experimenta diferentes etapas que varían en función de lo más o menos valorado que se sienta. En este caso, el envejecimiento social se vivencia, en muchos casos, a partir del momento de la jubilación. En esta etapa, disminuyen y son frecuentes los sentimientos de frustración y de pérdida de utilidad que experimenta la persona. Por este motivo, es necesario que todos los individuos se preparen psicológicamente para afrontar la jubilación.

La jubilación comporta varios aspectos. Por un lado, el final de una etapa de la vida, generalmente muy larga, que ha supuesto el desempeño de la actividad laboral y, por otro lado, la adquisición de un derecho económico: la pensión.

Si desde antes de la jubilación la persona planifica todas aquellas actividades que siempre quiso hacer y cuando llega el momento empieza a realizarlas, esta etapa se sobrelleva mejor. El jubilado debe aprender a vivir sin trabajar y buscar alternativas como, por ejemplo, leer, viajar, aumentar los vínculos familiares o practicar una actividad física.

La sociedad en general suele valorar más a los individuos activos que contribuyen con su trabajo al desarrollo social y la generación de riqueza. La persona jubilada pasa a convertirse en un sujeto pasivo para la comunidad y esto puede provocar sentimientos de frustración e impotencia. En muchas culturas de países subdesarrollados, se valora al anciano mucho más que en nuestra sociedad avanzada; esto se debe en parte a que la mentalidad no está tan enfocada a la generación de riqueza.

Sería muy importante que el entorno comunitario más próximo a la persona anciana (amigos, vecinos, asociaciones, centros sociales, etc.) transmitiese el

mensaje de lo importante que es en realidad para nuestra sociedad contar más con el mayor, ya que puede aportarnos sus conocimientos y las posibilidades de contribuir con otras tareas son numerosas: pertenencia a grupos y asociaciones, sindicatos, organismos, etc.

### Actividad

Piense y razone cuatro cambios biológicos que se producen en cualquier aparato o sistema del organismo de los que se presentan en el proceso de envejecimiento. Enumere las características de estos cambios.

## 1.2. La enfermedad y la convalecencia

Existen numerosas definiciones para el término «enfermedad». Si se definiese solo como «ausencia de salud» (concepción clásica definida únicamente desde un punto de vista orgánico), se debería saber primero qué es la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término «salud» hace referencia al «estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad». Atendiendo a esta definición, podría deducirse que enfermedad siempre será lo contrario de salud y viceversa. Si la salud implica un «estado de bienestar», es fácil comprender que la enfermedad comportará un «estado de malestar».

La **enfermedad** consiste en cualquier alteración del estado de salud del organismo humano que implique variaciones en los procesos considerados como normales o fisiológicos.

Cabe destacar que entre los conceptos de «salud» y «enfermedad» existen muchos términos intermedios, por lo que es difícil precisar ambos extremos.

Las causas de cualquier enfermedad también pueden ser múltiples, pero suelen clasificarse de forma general en dos tipos: internas (pueden provenir del propio organismo) o externas (pueden adquirirse del exterior).

La clasificación de las enfermedades resulta compleja, ya que pueden ser de muchos tipos: infecciosas, hereditarias, autoinmunes, degenerativas, terminales,

crónicas, agudas, etc. Incluso existe una clasificación de enfermedades raras o poco comunes consideradas así porque suelen ser de origen desconocido y con una baja incidencia en la población mundial.

Lo más característico de cualquier enfermedad es cómo se manifiesta, es decir, cuáles son sus signos y sus síntomas.

Por un lado, el signo de una enfermedad es una manifestación objetiva. Un signo es algo que se puede ver y, a veces, medir, por ejemplo, la fiebre, la inflamación, la deformidad anatómica, el enrojecimiento de la piel, las vesículas, etc. Por otro lado, el síntoma de una enfermedad es una manifestación subjetiva, es decir, un síntoma es lo que siente la persona; no se puede ver y es muy difícil de medir. Ejemplos de síntomas de una enfermedad son el dolor, la sensación de mareo, la pérdida de sensibilidad o el cansancio.

El diagnóstico de cualquier enfermedad se realiza mediante una valoración integral de la persona. Es importante valorar los síntomas de una enfermedad mediante la búsqueda de los signos de la misma, puesto que esta es la forma más sencilla y común de establecer un diagnóstico.

### Ejemplo

Si una persona refiere que le duele un brazo tras darse un golpe, el dolor sería el síntoma. Si en el lugar donde dice que le duele, presenta una inflamación o un hematoma, eso sería un signo.

Las enfermedades pueden presentarse o no con signos y síntomas, aunque lo normal es que todas ellas se manifiesten de un modo u otro en algún momento.

También puede suceder que distintas enfermedades tengan signos y síntomas comunes. Esto induce a que el médico tenga que realizar, a veces, un diagnóstico muy exhaustivo a través del historial del paciente, un examen físico minucioso, así como otras pruebas complementarias o exámenes de salud como, por ejemplo, radiografías o análisis de sangre.

Además de enfermedades, se dice que existen enfermos. Esta consideración se basa en que una misma enfermedad puede manifestarse de forma diferente en una persona u otra. Por tanto, afirmar que no hay enfermedades sino enfermos, se fundamenta en que cada organismo es independiente y tiene sus propias características, por lo que la forma de reaccionar contra la enfermedad

varía en función de estos factores. El auxiliar de ayuda a domicilio puede conocer en qué consisten algunas enfermedades, pero nunca tiene que olvidar la perspectiva de que cada persona es única.

Las consecuencias de las enfermedades para el individuo también son múltiples. En general, se produce un debilitamiento en el cuerpo humano, las defensas bajan y la persona percibe un malestar. Cada enfermedad tiene sus propias características y, en muchas ocasiones, su evolución depende de las causas que la originan y de la capacidad del organismo para defenderse de ella. Todo esto hace que se pueda establecer un pronóstico médico y, en ocasiones, una previsión de posibles secuelas.

La **convalecencia** es el periodo de tiempo comprendido entre el proceso de la enfermedad y el restablecimiento de la salud.

Es una etapa de tránsito, que podría equivaler al proceso de recuperación, en la que no se puede afirmar que la persona está sana ni enferma. La convalecencia es el periodo en el que los signos y los síntomas empiezan a remitir o disminuir en intensidad.

Lo más característico de la convalecencia es que el sujeto debe guardar reposo que, según la indicación médica, puede ser relativo o absoluto.

Existe una convalecencia especial referida al periodo de recuperación comprendido desde una intervención quirúrgica hasta el restablecimiento de las funciones normales. Durante ese tiempo, la persona tiene que permanecer en reposo para recuperarse de la agresión externa que supone cualquier tipo de intervención quirúrgica. Pero se considera convalecencia especial porque este tiempo de reposo no necesariamente responde a una enfermedad previa, sino que se debe guardar hasta que finalicen procesos como, por ejemplo, el de la cicatrización de la herida quirúrgica, la recuperación funcional o la desaparición de síntomas. Así, existe una convalecencia tras un periodo de enfermedad y una convalecencia posquirúrgica.

### Actividad

Reflexiones sobre los conceptos de «salud» y «enfermedad». Establezca la diferencia entre enfermedad y convalecencia.

### 1.3. Las discapacidades

Muchos usuarios de ayuda a domicilio necesitan precisamente de este tipo de asistencia por presentar alguna discapacidad. Actualmente, cuando se habla de una persona con discapacidad, se hace referencia a ella como un ser humano digno al que se valorará de un modo integral y de forma global. Esto incluye que no solo se deben observar sus limitaciones, sino también valorar adecuadamente sus capacidades y potenciarlas.

Para comprender las discapacidades, se hace necesario reflexionar sobre otros términos o conceptos relacionados, así como saber diferenciarlos. Se trata de la definición de «deficiencia», «discapacidad» y «minusvalía».

La OMS, entre los años 1980 y 1994, en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) definió deficiencia, discapacidad y minusvalía de la siguiente manera:

- **Deficiencia:** «Toda aquella pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica».
- **Discapacidad:** «Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano».
- **Minusvalía:** «Una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de edad, sexo y factores sociales y culturales)».

En esta primera clasificación de la OMS, se diferenciaban claramente los términos «deficiencia», «discapacidad» y «minusvalía». Pero al ceñirse estrictamente a las definiciones, se puede observar que la definición de discapacidad en sí misma ya incluía que para que se diera, tenía que existir previamente una deficiencia. Y a la vez, para que se presente la minusvalía, tienen que coexistir, al mismo tiempo, al menos una deficiencia o una discapacidad.



### Ejemplo

En el caso de un niño de unos doce años que tras un accidente tiene que ser intervenido quirúrgicamente y sufre la amputación de su mano derecha, la ausencia de la mano es la deficiencia, la imposibilidad para escribir es la discapacidad y los problemas de adaptación en la escuela constituyen la minusvalía.

Pero esto no siempre tiene por qué ser así. También puede suceder que a una persona, por ejemplo, le falte el quinto dedo de la mano izquierda y, siendo esto una deficiencia, no tenga por qué suponerle ninguna discapacidad ni minusvalía.

Debido a este tipo de apreciaciones, la CIDDDM da paso a una nueva clasificación que incluye la posibilidad de que se dé la deficiencia sin que tenga por qué suponer discapacidad o minusvalía para el individuo.

En el año 2001, la OMS aprueba una nueva clasificación, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), en la que se abandonan los términos negativos (ausencia, restricción y situación desventajosa), planteando un enfoque más positivo. La CIF define las deficiencias como «problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida».

La OMS en la CIF define discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

Por tanto, minimiza los efectos de los conceptos «ausencia», «restricción», etc., añadiendo vocablos como «problemas», «dificultades» y «limitaciones». Con la definición de minusvalía, la CIF hace mayor hincapié en las restricciones de la participación y en la situación social de desventaja en la que queda la persona.

En resumen, para diferenciar los términos «deficiencia», «discapacidad» y «minusvalía», hay que tener en cuenta que la deficiencia se refiere a un aspecto médico y está en la persona; la discapacidad define actividad, implica a la persona y a su entorno, y la interacción entre ambos; y la minusvalía incide sobre la situación social de desventaja.