

# ¡cuídate!

programa para familiares cuidadores

Secció de Foment de  
l'Autonomia per a  
Persones Majors



Consell de  
Mallorca

■ Departament de Benestar Social  
Institut Mallorquí d'Afers Socials

# icuídate!

programa para familiars cuidadores

Secció de Foment de  
l'Autonomia per a  
Persones Majors



Consell de  
Mallorca

■ Departament de Benestar Social  
Institut Mallorquí d'Afers Socials

## **Autores**

Alias Aguiló, Tomàs	(Fisioterapeuta)
Barceló Ginard, Bartomeu	(Psicólogo)
Cuart Sintes, María Isabel	(Psicopedagoga)
Farré i Secall, Roger	(Psicólogo)
Fiol i Amengual, Joana Maria	(Psicóloga)
García Garí, Catalina	(Trabajadora Social)
Homar Santaner, Neus	(Educadora Social)
Morell Campillo, Maria Victòria	(Educadora Social)
Pérez Sinusía, Antonia	(Pedagoga)
Pocoví Fernández, Margalida	(Educadora Social)
Sección Asesoría Jurídica de l'IMAS	
Sección Enfermería Residencia asistida de Felanitx	

**Diseño gráfico y edición:** Secció de Foment de l' Autonomia per a Persones Majors.

**Traductora:** Sara Palmer Pérez

**Corrección lingüística:** Servei d'Assessorament Lingüístic del Consell de Mallorca

**Diseño Portada:** Roger Farré i Secall

**Impresión:** Son Espanyolet Industrias Gráficas S.L.

**Dipòsit Legal:** PM-705-2010

**ISBN:** 978-84-693-1215-5

**Edita:** Consell de Mallorca

## SALUTACIÓN



Como sucede en muchas áreas de gestión, especialmente en las relativas a servicios sociales, es fundamental saber adaptarse a los cambios que se dan día a día dentro de nuestra sociedad con el fin de satisfacer, en todo momento, las necesidades que van surgiendo en la ciudadanía.

El programa de familiares cuidadores que organiza el Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) son un ejemplo. Las mejoras que el Equip de Velleza i Família ha ido introduciendo a lo largo de estos 6 años de vida del programa, han hecho que esta iniciativa se haya enriquecido y que la respuesta por parte de los destinatarios sea cada vez más positiva.

Este año, como novedad, se ha editado este libro donde pueden encontrar testimonios de personas que ya han pasado por estos talleres, así como las recomendaciones de los profesionales de diferentes ámbitos, que tienen muchas cosas para aportar en el cuidado de las personas dependientes por parte de sus familiares.

Por otra parte también el número de sesiones del taller se ha alargado hasta el 10, con el fin de hacerlas más completas e incrementar los conocimientos de los participantes.

Todo esto lo hacemos con el objetivo siempre presente de facilitar la vida a las personas que tienen que estar al lado de sus familiares porque necesitan unos cuidados especiales en

## SALUTACIÓN

algún momento de su existencia. Son muchos los aspectos y las circunstancias que, en este tipo de situaciones, deben tener presente los cuidadores y las cuidadoras con estas personas que tanto dependen de ellos. Se juntan factores sanitarios a los psicológicos y a los jurídicos y, por descontado, también los sentimentales.

Por esto, este taller, con el apoyo de material didáctico, le ayudará a afrontar de manera más cómoda y segura esta situación, tanto por parte de las personas que tiene que prestar esta atención como las que son atendidas. Así, al menos lo deseamos, y también esperamos continuar introduciendo mejoras en este programa, por lo que le recuerdo que el equipo del IMAS está a su disposición para cualquier sugerencia en este sentido.

***Francina Armengol Socias***

Presidenta del Consell de Mallorca

## SALUTACIÓN



**U**n año más, el Equip de Vellea i Família del Institut Mallorquí d’Afers Socials (IMAS) organiza el programa de Familiars Cuidadores que, como el mismo nombre indica, está dirigido a las personas que cuidan de algún miembro de la familia, sobretodo de personas mayores, que necesitan de un apoyo constante.

Desde el Consell de Mallorca, consideramos que es también muy importante que nosotros, como institución, cuidemos de las personas que se dedican a atender a sus mayores, y un primer paso en este sentido es proporcionarles las herramientas necesarias para que puedan llevar a cabo esta tarea de manera satisfactoria, tanto para ustedes como para las personas que reciben sus atenciones.

Somos conscientes de que trabajar cuidando de los otros, sobretodo cuando se trata de un ser querido, es un trabajo complejo, que, además de la parte más asistencial o técnica, tiene un gran componente emocional, ya que la persona cuidadora se implica en todos los niveles con la persona que recibe su atención.

Creemos también que para el cuidador es muy importante tener sus momentos de descanso, no sentirse solo y poder compartir sus inquietudes. Por este motivo, este programa puede ser una oportunidad para poner en común sus experiencias con otras personas que se encuentran en su misma situación.

En el libro que tiene en sus manos encontrará parte de los contenidos del taller que desde el IMAS se pone a su disposición. Esperamos que sea una herramienta útil y provechosa en su tarea diaria.

***Jaume Garau Salas***

Conseller de Bienestar Social y presidente del IMAS



## ÍNDICE

---

Presentación de l'Equip de Vellesa i Família	9
Introducción	11
Proceso de envejecimiento	15
Envejecimiento patológico	29
Cuidado de la postura y ayudas técnicas	51
Higiene y cuidado de la piel	59
Recurso y ayudas	65
Familia, dependencia y conflictos	71
Síndrome del familiar cuidador	79
Pautas para el cuidado del cuidador	87
Derechos y deberes del cuidador	95
Proceso de duelo	107
Anexo: Testimonios	113

---





**C**uídate es el material del Programa de familiares cuidadores del Institut Mallorquí d’Afers Socials del Consell de Mallorca. Recoge y desarrolla los aspectos que más han interesado a los aproximadamente **1280** familiares participantes en los grupos que se han organizado en más de **41** municipios de toda Mallorca.

La edición como libro pretende satisfacer las numerosas demandas recibidas por parte de los familiares y de los profesionales colaboradores en el sentido de poder disponer por escrito de los contenidos que forman parte de las sesiones que se imparten. Esta primera edición recoge los materiales de información y formación relacionados con los temas y vivencias que más preocupan a los familiares. A partir de estas, el profesional del equipo que lleva cada grupo desarrolla con los participantes los aspectos de apoyo psicosocial.

A partir del año 1995, el Equip de Vellesa i Família empezó a desarrollar numerosas iniciativas comunitarias dirigidas a los familiares de personas mayores con diversos grados de dependencia. El contenido del programa se ha ido conformando en base a tres componentes: la información, la formación y la activación de dinámicas de grupo para hacer posible el apoyo psicosocial. Asimismo, el programa se complementa, a lo largo del año, con otro para personas mayores, centrado en el apoyo psicosocial al proceso de envejecimiento.

Queremos destacar que las iniciativas que decimos, a pesar de ser anteriores a la entrada en vigor en diciembre de 2006 de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a la Dependencia, encajan perfectamente, ya que se centran en uno de los colectivos que la ley menciona, el de los familiares cuidadores y conlleva, además, un compromiso próximo, activo y personalizado de la administración pública.

A lo largo de todos estos años el programa siempre ha procurado la participación de colaboradores externos al equipo, como por ejemplo, los profesionales de los servicios sanitarios y sociales de atención primaria, los

## PRESENTACIÓN

técnicos de recursos de atención especializada, fisioterapeutas, familiares y miembros de las asociaciones de cuidadores, básicamente de enfermos de Alzheimer.

Desde nuestros inicios se han incorporado nuevas instituciones, entidades y recursos al apoyo comunitario a los familiares cuidadores. El programa Cuídense es, naturalmente, uno más. No obstante, tiene tres características importantes que lo hacen diferente. En primer lugar, se lleva a cabo en todo el territorio, buscando la máxima proximidad con los participantes; en segundo lugar, procura la valoración de la carga psicosocial de los familiares cuidadores, aspecto aun no recogido por la ley y, finalmente, trabaja la vertiente preventiva y comunitaria.

No podemos acabar sin dar las gracias a todos los colaboradores por su ayuda y a las instituciones por su apoyo. Esperamos que la presente edición satisfaga las expectativas que la han motivado.

## INTRODUCCIÓN

REGÀNIA

¡Oh señor! Sois anciano; la naturaleza se mantiene en vos sobre la margen misma de su límite; debéis ser regido y guiado por la discreción de los que disciernen vuestro estado mejor que vos mismo. Por eso os ruego que volváis a casa de nuestra hermana; decidle, señor, que la habéis molestado.

LEAR

¿Que le pida perdón? Advertid sólo si esto conviene a la familia: "Querida hija, confieso que soy viejo; la ancianidad es inútil. (*Arrodillándose*) De rodillas te pido que me concedas vestido, lecho y manutención."

(W. Shakespeare.

*El rey Lear*. Act. II. Esc. IV).

**D**e nuevo, Shakespeare vuelve a mostrar, ahora con el rey Lear, la esencia paradójica del ser humano, su continuo estado de contradicción, su ceguera para reconocer qué le está pasando, la lucha permanente entre el Destino y la Voluntad. El orgullo de Lear se impone al perdón o a la reconciliación con una de las hijas; mientras Regania es para él la hija queridísima... No hacemos caso, dicen algunos, porque sólo se trata de teatro, de buen teatro, sí, pero tan sólo teatro... Debemos darles la razón. La realidad familiar no siempre es un drama; ciertamente, a veces es pura comedia. Veamos.

Para empezar: hasta donde sabemos, no podemos elegir ni a nuestro padre ni a nuestra madre. Ellos tampoco pueden elegir a los hijos a la carta, aunque tienen más margen de maniobra y, en condiciones normales, suelen mostrar buena disposición para hacerlo. En cualquier caso, ellos pueden elegir crear un vínculo y un rol: el parentesco de filiación no lo crean los descendientes que sólo lo reciben.

Para continuar: algunas relaciones familiares, que en ocasiones acumulan un gran peso específico, llevan el adjetivo de político. Sólo queremos dejar escrito aquí que algunas de estas figuras son especies con tendencias especialmente depredadoras.

Para acabar: el ser humano necesita del otro para sobrevivir. Esto, dicho de esta manera, no es faltar a la verdad. Si se lo comentáis a los psicólogos, una de las profesiones que siempre quiere dar una explicación a todas las cosas, aunque sean inexplicables, lo aplicará a la familia y añadirá que los vínculos familiares conllevan relaciones de protección, así como garantizan el desarrollo adecuado de sus miembros. Ahora bien, si se lo decís a los etólogos, especialistas

## INTRODUCCIÓN

en conducta animal, tendrán más dudas: no sabrán si usar comensalismo o depredación. El primero lo aplican cuando observan que una especie se beneficia de otra sin causarle daño o perjuicio. El segundo, la depredación, cuando un miembro de una especie captura a otro para alimentarse.

Ironías aparte, la vida familiar es, en cualquier caso, el espacio social más accesible y cercano entre los humanos, el espacio donde es necesario cuidarse mutuamente, donde conviene estar pendiente de los parientes, donde se ha de velar por ellos sin quedar en el intento... y todo con una finalidad a priori de mutuo beneficio. Debemos reconocer que en muchos casos resulta provechoso, pero en otros inevitablemente indigesto. Por descontado, pues, tener sal de frutas o el entrañable bicarbonato en casa es, sin lugar a dudas, un factor de profilaxis familiar.

Con todas estas consideraciones, ¿es factible promover aquello que no vemos a otro animal de la naturaleza? Es decir, si podemos observar como, por regla general, los padres cuidan de sus crías, ¿nos tenemos que plantear los humanos que los hijos deben velar por sus progenitores? Permittednos plantear algunas preguntas controvertidas. Gracias por adelantado.

Los hijos, con anterioridad a tener que hacerlo, ¿podemos saber si tendrán que cuidar de sus padres? Y, llegado el caso, ¿estarán preparados para hacerlo? ¿Se puede transmitir genéticamente de padres a hijos la capacidad de velar por los padres? ¿Hay un instinto filial de supervivencia de los ascendentes? Y los hijos o hijas, ¿se podrán dedicar en exclusiva a los padres biológicos o, si es necesario, a los políticos, como puede hacer ellos mismos con sus hijos? ¿Y los tendrán cerca de casa o, incluso, vivirán bajo el mismo techo? ¿Y dónde se deberán colocar los hijos y las hijas políticos cuando observan su espacio familiar con uno o más okupas? ¿Y cómo se llevarán con los suegros y las madres políticas? ¿Y...?

¿Tal vez pensáis que son demasiadas preguntas para empezar? Tranquilos, no os preocupéis. Vosotros sabéis que en todo esto surgen éstas y muchas otras dudas. Hasta aquí nada nuevo. Cuando el tema se complica es cuando los cuidadores no están dispuestos a buscar las soluciones, las respuestas a sus interrogantes, cuando no se ubican intelectualmente, emocionalmente, socialmente y, por qué no decirlo, económicamente en el tema: os lo señalamos desde nuestra experiencia profesional. Negar todo lo que hemos estado diciendo es negar la complejidad, la paradoja, la contradicción, la identidad propia a partir de la de los otros (¿es necesario que recordemos a Shakespeare?), es negar el primer paso para saber cuidar de un familiar dependiente. ¿Por qué? Porque la toma de conciencia, que no siempre resulta ni fácil ni inmediata, es la herramienta que permite utilizar nuestra intuición

## INTRODUCCIÓN

cuando es necesario, nuestra experiencia cuando es necesario, nuestro carácter cuando es necesario: con una palabra, nuestra genética y nuestra cultura. Entender de manera total y unida las circunstancias que nos llevan a la necesidad de ayudar a los vulnerables por razón de edad es entender que somos más humanos que animales, que amar es una recompensa mucho mejor que funcionar por intereses y, sobretodo, que aportar soluciones y juicio en los últimos años de la vida de una persona tiene una compensación impagable: el derecho a morir en paz otorga a quien le ha procurado el bien de vivir en paz.

Permitidnos una última nota técnica. El cóctel social y demográfico alrededor de la dependencia empieza a ser poderoso, muy poderoso. Mirad, sino, de qué ingredientes disponemos para el combinado: la esperanza de vida muestra un aumento continuado; la natalidad, en cambio, a la baja; esto indica un muy limitado nivel de recambio social y de capitalización de las cotizaciones sociales; observamos la dispersión geográfica de los miembros de las familias; no olvidemos la necesidad de que los miembros de la pareja trabajen; fijémonos en que la emancipación de los hijos cada vez ocurre más tarde; que la delegación de la carga de cuidar recae sobre las mujeres; que los recursos públicos para atender la dependencia se reconocen insuficientes...¿debemos seguir?

No, no es necesario. ¿Sabéis por qué? Porque lo conocéis y, en todo caso, sólo os lo recordamos. Afortunadamente cada vez se ponen en marcha más iniciativas, más programas para los familiares cuidadores de mayores dependientes. Se trata de medidas de apoyo a la familia, recurso aun, y por muchos años, absolutamente fundamental para atender a los mayores cuando pierden su autonomía.

El programa que os presentamos procura recoger una experiencia que ya empieza a ser larga en el tiempo. Iniciado por el Equipo de Vejez y Familia a partir de 1994, ha procurado a lo largo de los años plantear los temas que más directamente afectan a los familiares cuidadores y proponer soluciones a las dificultades que se encuentran en el día a día de la persona mayor que tienen a su cargo. A diferencia de otros programas, nuestra intervención parte del principio de la personalización, el trato directo y la proximidad en el territorio. Además, a través de los servicios sociales municipales, a los que de nuevo les agradecemos su colaboración y ayuda, nos podéis hacer llegar todas las consultas o dudas que tengáis. El nuestro es un programa preventivo, por tanto estamos en la comunidad para tratar que las dificultades y los sufrimientos que puedan surgir en la tarea del cuidador no avancen hacia situaciones que vayan en detrimento de los familiares, en detrimento de su salud mental, física y social.

## INTRODUCCIÓN

Queremos acabar, ahora sí, retomando el hilo de lo que decíamos al principio con motivo del rey Lear y de Shakespeare. Conviene tener presente que cuidar de las personas mayores dependientes no es como criar niños, aunque a menudo se exprese así. Los riesgos son otros porque los actores han cambiado y, sobretudo, han cambiado los papeles y las circunstancias. Ya lo veis, de nuevo hablamos de papeles, actores, representaciones, escenas...al fin y al cabo, teatro. Ahora bien, tanto en el teatro como en la vida de cada día, la obra sólo tiene sentido si es compartida entre los que la hacen y los que la ven, por tanto, entre todos los que la viven. Este es el tema. Vosotros sois nuestro público pero, como en el teatro de vanguardia, también sois los protagonistas: os sentimos destinatarios y, a la vez, actores de nuestro trabajo.

Esperamos, pues, que este programa sea una obra que os interese y que, como a los comensales de verdad, nos haga provecho. Por nuestra parte, nos conformaríamos con que sólo lo pareciese porque, cosas del teatro, *es así (sí así os lo parece)*. Paradojas...

**Equip de Vellesa i Família**

IMAS

Febrero de 2010

## Generalidades

El envejecimiento es una etapa del ciclo vital, entendido como maduración y desarrollo. No es un estado ni una enfermedad, sino un proceso, una secuencia de cambios.

El concepto de envejecimiento tiene diversas vertientes: biológica, antropológica, psicológica y social.

El proceso de envejecimiento es natural, universal, inevitable y progresivo.

Conlleva pérdidas y cambios que se pueden prever, pero también oportunidades y perspectivas.

Está definido tanto por la individualidad como por las variables ambientales, hay tantas maneras de envejecer como personas, culturas, condiciones sociales, económicas y sanitarias.

Fisiológicamente, el ser humano se va haciendo más vulnerable: disminuye la masa muscular y el grosor e hidratación de la piel, puede aumentar la grasa, disminuye el ritmo cardíaco y la capacidad vital. La capacidad de adaptación a los cambios también disminuye. Algunas funciones biológicas y fisiológicas empiezan a declinar a partir de los 30 años.

Psicológicamente, disminuyen algunas capacidades, especialmente por lo que respecta a la memoria, a la rapidez de respuesta y al manejo de diversas variables a la vez. Pero hay capacidades que pueden continuar desarrollándose. La sabiduría, si no hemos perdido el tiempo, aumenta (concepto de ganancia en la vejez). Puede aparecer un cuestionamiento de la propia identidad. El resultado de una evaluación de vida puede no ser positivo y provocar una bajada de la autoestima.

Socialmente, el acontecimiento más importante es la jubilación. Las personas pueden perder red social, roles y relaciones personales. Son más frecuentes las pérdidas por muerte de amigos y familiares. Aumenta la soledad y cambian los ritmos y la organización del tiempo.



## **Proceso de envejecimiento normal y características por áreas**

### **a) Área psicoafectiva**

El cuestionamiento de la identidad y las pérdidas de roles y personas pueden dar lugar a cambios de humor y síntomas psicósomáticos como insomnio, pérdida de hambre, irritabilidad.

Conciencia de pérdida de control, tanto de control propio como de control externo. La persona en esta etapa de la vida ha podido comprobar que hay cosas inevitables y que muchas cosas ya no dependen de ella, puede llegar a pensar que ya no gobierna su vida.

La pérdida de autoestima puede conllevar la aparición de síntomas depresivos.

Factores que contribuyen a mantener la autoestima:

- Disfrutar de salud aceptable.
- Mantener una actitud positiva ante la vida.
- Mantener vínculos familiares y de amistad.
- Comprender el proceso de envejecimiento.
- Sentirse satisfecho de la vida vivida hasta el momento.
- Mantener actividades sociales, culturales y de enriquecimiento personal.
- Poseer valores y creencias sólidas.
- Tener entretenimientos y hacer cosas por gusto.
- Continuar asumiendo responsabilidades.
- Mantener actividades físicas moderadas y actividades recreativas.

Factores que se relacionan con afrontar de manera precaria el proceso de envejecimiento:

- Salud precaria, enfermedades crónicas o que cursan con dolor.
- Los conflictos no resueltos.
- Las crisis sucedidas en etapas anteriores del ciclo vital.
- Poca habilidad para afrontar y resolver situaciones difíciles de la vida.
- Cambios inesperados de las situaciones personales o de vivienda.
- Ansiedad y estrés.
- Falta de apoyo social y emocional, aislamiento.

## **b) Área cognitiva**

### **Sensación y percepción**

Los sentidos:

#### **Visión**

---

A partir de los cincuenta años hay pérdidas ligeras de visión y a partir de los ochenta puede haber problemas importantes:

- La córnea se vuelve menos sensible y más gruesa.
- La pupila se vuelve más pequeña.
- Dificultades para adaptarse a los cambios repentinos de luz.
- Necesidad de más iluminación para ver claro o leer.
- El cristalino se espesa y amarillea.
- Dificultad para distinguir la gama de colores verdes, azules, lilas, se ven mejor los amarillos, naranjas y rojos.
- Molestan los reflejos.
- La pérdida de flexibilidad conlleva la aparición de la vista cansada.
- Disminuye la agudeza visual especialmente por lo que respecta a los objetos en movimiento.
- Reducción del campo visual: dificultad para ver lo que hay en los lados.

Por lo que respecta a la percepción visual:

- Dificultades para ignorar la información irrelevante.
- Retardo del inicio de la percepción.
- Disminución de la percepción de profundidad.
- Se utiliza el entorno para comprender lo que se ve.

#### **Audición**

---

Va muy ligada a la buena comunicación. Las pérdidas en este sentido pueden producir cambios de carácter, desconfianza y aislamiento. Las modificaciones se producen en:

Oído externo:

- Pérdida de flexibilidad.
- Aumento de la acumulación de cera.
- Pérdida de agudeza auditiva.

Oído medio:

- Calcificación de la trompa de Eustaquio.
- Pérdida de elasticidad de los tímpanos.
- Cambios artríticos en las articulaciones de la cadena de huesecillos.

Oído interno:

- Pérdida de sonidos de frecuencia alta: canto de los pájaros y fonemas del lenguaje.
- Retardo de las áreas de almacenamiento y asociación auditivas del cerebro.
- Pitidos que aparecen de noche y en silencio.

Por lo que respecta a la percepción auditiva:

Se producen más situaciones de confusión auditiva, es decir, un sonido enmascara o hace inaudible otro

Indicaciones:

- Hablar con una intensidad ligeramente superior, nunca a gritos.
- Hablar a velocidad normal. No deprisa.
- Hablar a poca distancia y de cara.
- No hablar al oído.
- No pedir audición en medio de mucho ruido ambiental.
- Si no hay comprensión del mensaje, repetirlo sólo una vez, si tampoco es entendido, buscar otras palabras.

### **Olfato**

---

Las infecciones víricas y bacterianas repetidas estropean los tejidos nasales. Pueden presentarse:

Disminución de la entrada de aire.

Pérdida de la sensibilidad a los olores concentrados.

### **Gusto**

---

A partir de los cuarenta años empieza una ligera atrofia de los receptores gustativos, que hasta el momento eran substituidos continuamente. Observamos:

Pérdida de elasticidad de la lengua.

Pérdida de elasticidad de los labios.

Disminución de la producción de saliva.

Aparición de fisuras en la lengua.

Conservación de los cuatro sabores básicos: dulce, salado, ácido y amargo.

Disminuye la sensibilidad para el ácido, el salado y el amargo, se conserva para el dulce.

Sequedad de boca.

Es conveniente perlongar la masticación.

### **Tacto y sentido cinético (de la percepción del movimiento)**

A partir de los setenta años la piel es más fina. Observamos:

Disminución de receptores táctiles, pero aumento de la sensibilidad y el dolor en la palma de la mano y en la planta del pie.

Temperatura corporal más baja.

Disminución de los receptores cinéticos y mayor riesgo de caídas.

Indicaciones:

Es necesario utilizar las ayudas necesarias.

Dolor:

La percepción subjetiva del dolor aumenta, pero no se ha comprobado que aumente la sensibilidad. Otros factores influyen: atención al estímulo doloroso, personalidad y etnia.

Equilibrio:

Este sentido experimenta fluctuaciones. Se pueden dar:

Vértigo.

Inseguridad.

### **Atención**

Definimos la atención como actitud y disponibilidad para que se produzca tanto la sensación, como la percepción y el proceso de pensamiento. Distinguimos diversas clases:

Atención sostenida o vigilancia: se trata de la atención necesaria para iniciar y continuar haciendo una tarea a lo largo del tiempo. Observamos:

Disminuye la posibilidad de mantener la atención continuada, se puede perder de vista el objetivo de la acción o el hilo de una conversación.

La motivación y el interés de la tarea juegan a favor.

Atención dividida: es la necesaria para hacer dos tareas a la vez. Observamos:

Se mantiene en tareas simples.

Disminuye en tareas complejas.

Atención selectiva: denominamos así a la capacidad para seleccionar determinados estímulos de un conjunto de estímulos.

La eficacia disminuye. Retardo.

### **Aprendizaje**

---

El aprendizaje es la adquisición de conocimientos. Se trata de un proceso continuado a lo largo de la vida que no se para en la vejez. De hecho se observa:

Mejora el razonamiento y la solución de problemas.

El aprendizaje verbal requiere una mejor organización del conocimiento que se quiere aprender, pero es posible continuar aprendiendo.

Cambia el ritmo, pero se mantiene la capacidad.

Indicaciones:

Es necesario disponer de más tiempo de exposición y de más repeticiones,  
utilizar diversos canales sensoriales y material audiovisual,  
ambiente positivo y de motivación,  
no aprender en situaciones de cansancio o ansiedad,  
compartir aprendizajes y experiencia.

### **Memoria**

---

La memoria nos permite almacenar experiencias y percepciones y poderlas recuperar en un momento dado. Distinguimos:

- Memoria sensorial.
- Memoria a corto plazo o memoria inmediata: información retenida unos minutos. No se encuentran diferencias significativas en la vejez normal.
- Memoria a largo plazo o remota. Memoria de almacenaje: almacenamos toda la información a lo largo de la vida. Sigue la "ley de Robot": la información se olvida inversamente al orden en que se aprende. Esta memoria en la vejez se ve afectada en el sentido de:

Dificultades para memorizar y recordar hechos recientes.

Se recuerda mejor el material verbal que el visual y espacial.

Memoria declarativa o base de datos:

## PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Aparecen dificultades para añadir material y para evocarlos.

Memoria episódica: hace referencia a aquello que hemos vivido.

Memoria de procedimiento: hace referencia a las operaciones y procedimientos que hacen falta para recordar cómo hacer una tarea o aprendizaje automático.

Factores que influyen negativamente en la memoria:

- ansiedad, estrés y depresión
- el tratamiento con tranquilizantes
- consumo de alcohol
- hipertensión
- diabetes

Factores que influyen positivamente:

- Eentrenamiento
- estrategias complementarias
- tiempo y buen humor
- relajación
- actividad intelectual y ejercicios sistemáticos

### **Inteligencia**

En principio la inteligencia es una función que se mantiene a lo largo de la vida bastante estable. Se mide mediante tests. Las investigaciones ofrecen los datos siguientes:

Los resultados son mejores en las pruebas verbales que en las denominadas manipulativas o no verbales. Las primeras están más relacionadas con la experiencia vital y las habilidades verbales.

La comprensión del mundo y la sabiduría se acumulan con la edad y son el fondo cultural y evolutivo sobre el cual se asientan las nuevas generaciones.

### **Lenguaje**

Entendemos como lenguaje el habla propiamente dicho y sus componentes: fonología, morfología, sintaxis y vocabulario. La competencia lingüística y las habilidades verbales de comunicación se mantienen preservadas en el proceso de envejecimiento normal. Los aspectos en los que se ve afectado el lenguaje son:

Evocación de palabras: cuestan más de encontrar en el archivo,

Fluidez verbal: vienen a la cabeza menos palabras seguidas.

Precisamente, la preservación del lenguaje y la conversación coherente es un buen indicativo de un envejecimiento normal, no patológico.

### **La jubilación**

---

Entendemos por jubilación el hecho de dejar la actividad laboral de una persona por razones de edad o incapacidad física. La edad de la jubilación es variable en las diversas profesiones y entre los diferentes países. Por término medio está en los 65 años. Este hecho es muy importante y puede conllevar cambios y adaptaciones muy importantes para la persona mayor y su entorno.

La jubilación puede ser forzosa, cuando se llega a la edad reglamentaria o bien voluntaria cuando la legislación lo permite por determinadas causas. Desde el momento en que se deja su actividad, la persona jubilada recibe una pensión donde la cantidad depende de la categoría profesional y del tiempo que ha estado trabajando. La Seguridad Social es la encargada de la administración de estas pensiones. La jubilación constituye un motivo de alegría o contrariedad, según la formación, el nivel de educación o el lugar de trabajo o una serie de variados factores de la vida laboral y social de cualquier persona. Hay personas que la jubilación la afrontan de manera positiva y otras de manera negativa.

Esto depende de muchos factores entre los que hay que destacar:

#### **1. Factores individuales**

- a. Salud: Con mejor salud, la percepción de la jubilación y sus posibilidades es evidentemente mejor.
- b. Aceptación positiva o negativa de la jubilación: Hay mucha variabilidad de reacciones ante este hecho.

El objetivo es contribuir a mejorar la preparación de las personas que deben enfrentarse a su retirada, y que su reacción sea lo más positiva posible, preparándose individualmente y modificando su medio habitual para que la jubilación no constituya un trauma sino una posibilidad vital.

#### **2. Factores materiales**

Dinero: El sustantivo "jubilación" se utiliza como sinónimo de la pensión con la que el jubilado satisfará sus necesidades vitales. La economía del jubilado es precaria, y el sistema económico y social no facilita la adaptación a esta nueva

realidad. Al dejar de lado la vida productiva (en términos puramente económicos), es habitual que el jubilado tenga todo tipo de preocupaciones sobre su futuro nivel de vida. Los jubilados no pueden mantener el mismo nivel de gastos que cuando formaban parte de la población activa.

a. Pensión: Las pensiones han sido uno de los principales objetivos de los trabajadores en su búsqueda de la seguridad económica futura.

Constituye la fuente principal de ingresos de las personas que han trabajado por su cuenta y supone una compensación a los años que se ha cotizado. Hay una gran diferencia entre la cantidad de las pensiones, así como los puntos que los diferentes trabajadores han tenido que satisfacer para tener derecho a la pensión.

Para poder recibir la pensión de jubilación es necesario reunir las siguientes condiciones:

- Estar de alta en la seguridad social, trabajando por cuenta de una empresa o patrón.
- Haber cotizado en la Seguridad Social como mínimo durante 10 años.
- Solicitar la pensión de jubilación al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

El trabajador no pierde el derecho a la pensión de jubilación aunque no la pida al dejar de trabajar, sea cual sea el tiempo que se tarde en pedirla si bien entonces sólo empieza a cobrarla desde los tres meses anteriores a la fecha en la que haga la solicitud. La cantidad de la pensión de jubilación se calcula aplicando un porcentaje a una base reguladora. La base reguladora es el resultado de dividir por 28 la suma de los salarios cotizados por el trabajador durante un periodo ininterrumpido de 24 meses naturales. Los porcentajes que se aplican a la anterior base reguladora van en proporción al número de años que haya cotizado el trabajador. Cada año el gobierno acuerda unos aumentos para las pensiones de jubilación que se van añadiendo a la cantidad inicial de la pensión. El derecho a la pensión de jubilación se pierde a causa de la muerte del trabajador jubilado.

### **3. Factores sociales**

Amor: Amor a otra persona, amor al trabajo, amor a la vida, manifestaciones todas ellas de una relación con el entorno que condiciona el enfoque de las personas frente a la jubilación.

Salud psíquica:

- a. Personalidad: La personalidad es la que posee una persona durante toda la vida y le hace reaccionar positiva o negativamente ante la jubilación, tal y como lo ha hecho ante otros acontecimientos.



- b. Reacciones: Las reacciones negativas que pueden producir la jubilación, los psicólogos destacan la ansiedad y la depresión.
- c. Modo de afrontar la jubilación:
  - El maduro: que disfruta con cualquier cosa.
  - El pasivo: contento porque por fin puede descansar.
  - El defensivo-activo: que se organiza un gran número de actividades.
  - El colérico: critica a los demás y les hace responsables de sus frustraciones.
  - El autoagresivo: se odia a sí mismo y se responsabiliza de sus fracasos y frustraciones.

### Vivienda:

- a. Jubilación y casa: En el momento de la jubilación, la casa tiene que pasar a cumplir una función más importante para el hombre que durante su vida laboral. Para la mujer, trabaje o no, la casa ha sido su segundo lugar de trabajo.
- b. Compras: La comida se lleva una gran parte de los ingresos. El jubilado cuenta en principio con más tiempo y puede planificar sus compras en los lugares donde hay precios más bajos y productos de buena calidad a precios bajos.

### **4. Factor relacional: relaciones familiares y sociales**

El éxito o fracaso de la jubilación como experiencia personal depende en gran parte de un planteamiento de las relaciones sociales, que pueden sustituir positivamente las horas que han dejado libres el trabajo.

- a. Hijos: Aunque en el momento de la jubilación, lo más usual es que los hijos vivan independientemente, su papel les da mayor importancia para las relaciones sociales del jubilado. Los hijos que se interesan por sus padres mientras son trabajadores activos, mantiene su actitud cuando pasan a dejar de trabajar y ser personas jubiladas. El hijo puede ayudar a sus padres afectiva o materialmente.
- b. Grupo de amigos. La amistad puede ser una relación social muy sincera, ya que en principio se basa en la libertad de quien la establece y mantiene. La jubilación es una etapa muy buena para ampliar y profundizar amistades que no pudieron hacerse durante la vida activa, porque faltaba tiempo para estas relaciones.

### **Algunos derechos de la persona jubilada.**

A més de cobrar la pensió, el jubilat té dret a l'assistència sanitària completa, Además de cobrar la pensión, el jubilado tiene derecho a la Asistencia Sanitaria completa, así como a la prestación de Protección Familiar.

### **Sexualidad**

---

El estudio de la sexualidad humana incluye el conjunto de comportamientos y fenómenos que tienen a ver con el sexo, como son las relaciones sexuales, el enamoramiento, la satisfacción sexual, la reproducción y la represión sexual. La sexualidad está presente en todas las etapas de la vida, desde la fetal hasta la vejez.

Cuando hablamos de la sexualidad en la tercera edad no se trata de imponer un modelo joven de sexualidad en las personas mayores, sino dar la oportunidad de compartir la intimidad con otra persona. Por tanto, se entiende la actividad sexual no sólo como una actividad orientada al coito, sino en un sentido más amplio relacionado con la comunicación, afecto, contacto corporal, seguridad emocional y sentirse querido/a. No se tiene que imponer un modelo joven de actividad sexual haciéndolos sentir personas incapaces. Las necesidades emocionales del individuo en la vejez se pueden cubrir a través de una relación sexual que no siempre acaba en coito.

Están los abrazos, el afecto, la expresión de emociones, relaciones sociales. La sexualidad es mucho más que la suma del coito, las prácticas sexuales y la edad.

La adaptación a los cambios fisiológicos y psicológicos que aparecen en la vejez puede favorecer un enriquecimiento de la sexualidad porque ésta está libre del miedo al embarazo y se caracteriza por un deseo menos controlado por la descarga eyaculatoria por parte del hombre. Si hay problemas para aceptar el envejecimiento, dolor en las relaciones sexuales, rechazo o inhibición por parte de la pareja, la adaptación será más compleja de asumir. Por tanto, la satisfacción sexual está relacionada con la calidad de las relaciones personales.

Una de las características es que la gente mayor esconde sus deseos y manifestaciones sexuales a los jóvenes y adultos, porque éstos niegan su sexualidad y critican a la gente mayor que se interesa por ella. De todas maneras, la sexualidad en la vejez es muy variable de unas personas a otras, ya que no hay patrones comunes. Atribuir un modelo único de vivir la sexualidad es un error propio de los estereotipos. La necesidad de contacto íntimo y comunicación es lo más importante. Además, la satisfacción sexual no disminuye necesariamente a lo largo de los años, en bastantes casos mejora. El 40% de las mujeres afirman una mejora en la satisfacción y el 27% de los hombres también lo afirma. Por lo

que respecta a las diferencias entre hombres y mujeres, la actividad sexual de la mujer suele depender de los deseos y capacidades del hombre más que de sí misma por la doble represión: ser mujer y ser mayor. Por lo que respecta al sexo masculino, su principal problema psicológico es el miedo a perder su capacidad eréctil.

Las personas mayores tienen la misma necesidad de intimidad que en la infancia, juventud y etapa adulta; pero tienen más dificultades sociales para resolverla. Algunas de las creencias equivocadas alrededor de la sexualidad son las siguientes:

- La gente mayor no tiene intereses sexuales.
- Las personas mayores que se interesan por la sexualidad son inmaduros o perversos.
- La gente mayor no tiene capacidad fisiológica para tener conductas sexuales.
- La actividad sexual debilita, por motivo de la mala salud.
- La satisfacción sexual disminuye después de la menopausia.
- Los hombres mayores tienen interés por la sexualidad, pero las mujeres mayores no.
- La masturbación es una actividad que desaparece en la vida adulta.
- La vida sexual se prolonga con la inactividad y la abstinencia.

Algunas estrategias que se pueden utilizar para mejorar la vida sexual son las siguientes: cuidarse el atractivo corporal evitando situaciones de abandono, utilizar estímulos sexuales externos, utilizar lubricantes para resolver los problemas de sequedad vaginal, terapia hormonal bajo prescripción médica, poner el énfasis en la calidad de la relación, practicar los ejercicios de Kegel (control del perineo: por ejemplo, retener la orina durante unos segundos en el momento de la micción), dar prioridad a las actividades sexuales que no requieran erección, aceptar que la dificultad en mantener la erección es una limitación de la edad, aprovechar el momento de erección matutina y darse un permiso social para establecer relaciones nuevas y aceptar la libertad entre ellos y ellas, entre otros.

Definitivamente, estamos hablando de una nueva concepción de la sexualidad vinculada con el placer, la comunicación, el afecto, contacto corporal, orientaciones sexuales, diversidad de prácticas sexuales, permiso para ser activos sexualmente hombres y mujeres y sin límite de edad porque el interés sexual no entiende el concepto de edad para facilitar una sexualidad rica y satisfactoria en todas las edades.

Se ha sugerido que una vida sexual activa puede aumentar la longevidad entre las personas grandes.

Aun así, hay que tener en cuenta las posibles limitaciones debidas a la edad:

**Artritis:** La artritis puede causar dolor y malestar cuando se tenga sexo. Esto se puede aliviar con analgésicos, la cirugía puede reemplazar la articulación rota, así como los cambios de posición, descansar y mantenerse en forma.

**El dolor crónico:** El dolor crónico causa de la edad de otros temas relacionados con la salud también puede ser un factor limitante, pero de nuevo esto se puede tratar con medicamentos.

**Diabetes:** La diabetes es conocida por ser una posible causa de la disfunción eréctil en los hombres.

**Actitudes sociales:** Las relaciones sexuales entre personas mayores a menudo son tratadas como un tabú por la sociedad. Mientras que el sexo en sí es un tema sensible a causa de su carácter privado, las relaciones sexuales entre personas mayores con frecuencia se tratan con cuidado. Esta actitud es especialmente común entre los jóvenes y se ha sugerido que esto puede ser causado por la creencia de la gente más joven que la lujuria y la capacidad para tener sexo disminuye una vez que la principal razón del sexo ya no está.

**Las enfermedades del corazón.** Estrechamiento y endurecimiento de las arterias puede cambiar los vasos sanguíneos para que la sangre no fluya libremente. Como resultado, los hombres y las mujeres pueden tener problemas con los orgasmos, y los hombres pueden tener problemas con las erecciones. Las personas que han tenido un ataque de corazón o de sus socios, puede tener miedo a que tener relaciones sexuales pueda ocasionar otro ataque.

**Incontinencia.** Pérdida de control de la vejiga o la fuga de orina es más común a medida que envejecemos, especialmente en las mujeres. Presión adicional en el vientre durante la relación sexual puede causar la pérdida de orina, que puede provocar en algunas personas evitar el sexo. Esto puede ser ayudado por un cambio en las posiciones.

**Accidentes cerebrovasculares.** La capacidad de tener relaciones sexuales a veces es afectada por un derrame cerebral. Un cambio en las posiciones o dispositivos médicos puede ayudar a las personas con debilidad o parálisis en curso para tener sexo. Algunas personas con parálisis de la cintura hacia abajo aun son capaces de experimentar el orgasmo y el placer.

**Demencia.** Algunas personas con demencia muestran más interés en el sexo y la proximidad física, pero no son capaces de juzgar el comportamiento sexual, lo que es apropiado. Las personas con demencia severa no pueden reconocer a su cónyuge pero aun buscan el contacto sexual. Profundizaremos en este tema

más adelante.

**Cirugía.** Sobre todo si se tratan los pechos o el área genital. A pesar de esto, la mayoría de las personas vuelven a la vida sexual de la que disfrutaban antes de la cirugía.

**La histerectomía** es una cirugía para extirpar el útero de una mujer. A menudo, cuando una mujer mayor tiene una histerectomía, los ovarios también son retirados.

**La mastectomía** es una cirugía para extirpar la totalidad o parte de los pechos de una mujer. Esta cirugía puede causar que algunas mujeres pierdan su deseo sexual o su sentido de ser deseadas o sentir femenino.

**La prostatectomía** es la cirugía que quita todo o parte de la próstata de un hombre a causa de cáncer o de una próstata engrandecida. Esto puede ocasionar incontinencia urinaria o disfunción eréctil.

**Los medicamentos.** Algunos medicamentos pueden causar problemas sexuales. Estos incluyen algunos medicamentos de la presión arterial, antihistamínicos, antidepresivos, tranquilizantes, supresores del hambre, medicamentos para problemas mentales, y medicamentos para la úlcera. Algunos medicamentos pueden disminuir el deseo sexual de una mujer o causar sequedad vaginal o la dificultad con la excitación y orgasmo.

**El alcohol.** Demasiado alcohol puede causar problemas de erección en los hombres y retardar el orgasmo en las mujeres.

## Demencias

En el **envejecimiento normal** existe una pérdida de reserva funcional del organismo: la piel se arruga, disminuye la agudeza visual, la capacidad muscular... Lo mismo ocurre con la función cerebral y generalmente existe cierta lentitud motora y disminución de la memoria, no obstante, la mayor parte de las veces, estos cambios son pequeños y se pueden compensar con la riqueza de las experiencias acumuladas.

El **déficit cognitivo leve** es un estadio a caballo entre la normalidad cognitiva y la demencia leve. Se caracteriza por una pérdida de memoria reciente, más acusada que la pérdida habitual por la edad o el nivel educativo.

Los criterios diagnósticos de este estadio son:

- Pérdida de memoria detectada por parientes cercanos o por cuidadores habituales.
- Alteración objetiva de la memoria en relación con la edad y el nivel educativo.
- Cognición general normal.
- Normalidad en las actividades de la vida diaria.
- Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.

La prevalencia de este trastorno es de un 9% en la población entre 60 y 70 años, 13% en la población entre 70 y 80 años, y 17% en personas mayores de 85 años.

El concepto de **demencia** deriva del latín "de" (sin) y "mens" (mente, inteligencia.) No se refiere a ninguna enfermedad en concreto. Es un "síndrome" (conjunto de síntomas y signos).

La demencia constituye un empobrecimiento progresivo de las capacidades mentales, hasta el punto de interferir en el funcionamiento social y laboral de la persona. Se manifiesta una disminución de la capacidad intelectual en comparación del nivel previo de función, acompañada de cambios psicológicos y de comportamiento, y provoca una alteración de las capacidades sociales y laborales a quien la padece.

### **Criterios según el DSM-IV. (American psychiatric Association)**

**A.** Desarrollo de múltiples trastornos cognitivos manifestados por:

- Alteración de la memoria: incapacidad para fijar nuevos recuerdos y/o para evocar recuerdos antiguos..
- Alteración de uno o más de los siguientes aspectos: Sigue →

- **Afasia:** alteración del lenguaje (comprender, expresarse).
  - **Apraxia:** alteración de la gestualidad (manipular objetos).
  - **Agnosia: errores en el reconocimiento de objetos.**
  - **Alteración en la función ejecutiva:** planificar, secuenciar, abstraer...
- B.** Alteración significativa del funcionamiento familiar, social o laboral.
- C.** Inicio gradual y disminución cognitiva continuada respecto al nivel previo de funcionamiento.

La tasa de demencia depende mucho de la edad, duplicándose cada cinco años, desde el 1-2% a los 65-70 años, hasta el 30% o más después de los 85.

### **Clasificaciones de las demencias:**

Existen diferentes tipos de clasificación de las demencias:

- Según el momento de aparición se pueden clasificar como preseniles y seniles.
- Según la parte del cerebro afectada se pueden clasificar como corticales o subcorticales.
- Según la evolución de la enfermedad distinguimos entre demencias reversibles e irreversibles.
- Según la etiología (causa) de las demencias. Citamos las más frecuentes:
  - Enfermedades neurodegenerativas:
    - Enfermedad de Alzheimer (50%).
    - Demencia por Cuerpos de Lewy (15%).
    - Degeneración Frontotemporal (10%).
    - Demencia asociada a la enfermedad de Parkinson (5%).
    - Demencia asociada a la enfermedad de Huntington (2 %)
  - Demencias secundarias a trastornos vasculares
    - Demencia Vascular (15-20%).
  - Otras demencias secundarias (6-8%):
    - Secundarias a tumores, hidrocefalia...
    - Secundarias a enfermedades de tipo endocrinometabólico (hipo o hipertiroidismo).

- Secundarias a enfermedades infecciosas (Sida, encefalitis herpética...).
- Secundarias a intoxicaciones (por alcohol o intoxicación farmacológica).
- Secundarias a traumatismos craneoencefálicos...

También pueden coincidir diferentes enfermedades, así deberemos hablar de demencias mixtas.

En este documento explicaremos con más detalle las dos enfermedades neurodegenerativas más frecuentes: la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson, que aunque no siempre causa demencia, también genera una importante situación de dependencia.

### **Alzheimer**

---

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva del cerebro, para la cual no existe recuperación. Actualmente se están estudiando los factores tanto ambientales como genéticos que pueden potenciar la enfermedad, así como los factores que pueden proteger o retardar su aparición.

La enfermedad está causada por la presencia de proteínas anómalas que generan unas formaciones que lesionan las células nerviosas en todas las partes de la corteza del cerebro, así como algunas estructuras circundantes, deteriorando así las capacidades de la persona que gobiernan las emociones, reconocen errores y patrones, coordinan el movimiento y recuerdan.

En las últimas etapas, la persona afectada pierde toda la memoria y el funcionamiento mental.

Esta enfermedad tiene un inicio lento, sutil y progresivo que en las fases iniciales es difícil de diferenciar del envejecimiento normal o de otras entidades clínicas. Los síntomas incluyen olvido, pérdida de la concentración, pérdida de peso sin explicación y problemas motrices, incluyendo dificultades leves para caminar.

En los individuos sanos, síntomas similares pueden ser resultado de fatiga, aflicción o depresión, enfermedad, pérdida de la visión o la audición, el uso de alcohol o ciertos medicamentos, o sencillamente la carga de tener demasiados detalles para recordar inmediatamente.

Pero cuando la pérdida de la memoria empeora, la familia y los amigos perciben que existen problemas graves

Un indicio para diferenciar la enfermedad de Alzheimer del envejecimiento normal puede ser la incapacidad del paciente de comprender el significado de las palabras.



### **Signos de alarma**

- Pérdidas de memoria que afectan al trabajo: citas, nombres, nº teléfono,...
- Dificultades en los trabajos de casa: Preparar la comida
- Problemas de lenguaje.
- Desorientación temporal y espacial.
- Conductas anómalas: se viste inapropiadamente.
- Problemas de pensamiento abstracto. Olvida el significado del dinero.
- Perder cosas o ponerlas en sitios no adecuados.
- Cambios de humor y en la conducta.
- Cambios en la personalidad. Susplicacia, temor.
- Pérdida de iniciativa. Personalidad.

Una persona de gran cultura y facilidad de palabra deberá sufrir un deterioramiento más intenso hasta que se pongan de manifiesto los síntomas.

### **¿Qué tratamiento tiene?**

Se están estudiando muchos medicamentos, ya que esta enfermedad, de momento, no tiene curación. El tratamiento es sintomático.

Los medicamentos más empleados actualmente están diseñados para aumentar la cantidad de acetilcolina en el cerebro. Los beneficios de estos medicamentos son moderados, pero sí que mejoran ligeramente la función y las capacidades mentales, en particular el habla y el reconocimiento de ideas.

El abordaje de esta enfermedad desde la **perspectiva psicosocial y educativa** pretende dar apoyo, tanto al propio enfermo, como a sus familiares en el difícil proceso de adaptación a las diferentes fases de la enfermedad y a las posibles problemáticas que se pueden ir presentando. En el siguiente cuadro se explican estas fases:

## ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO

<b>Fases</b>	<b>Características generales</b>	<b>Recomendaciones</b>
<b>1ª (duración general entre 1 y 3 años)</b>	Deterioro de la capacidad de retención de la información.	Estimular para que se realicen tareas que impliquen estar mentalmente activo (lectura, juegos de mesa...).
	Desorientación espacial en trayectos no rutinarios.	Utilización de identificadores con el nombre, la dirección y el teléfono de contacto. Hacerle fijarse en los referentes espaciales (monumentos, tiendas) que le puedan ayudar a orientarse.
	Dificultad para seguir el hilo de lo que se está escuchando o leyendo.	Hablarle con frases cortas. Mirarle a la cara. Evitar distractores ambientales en las conversaciones (ruido de la TV...)
	Desorientación temporal.	Utilización de calendarios, agendas... Recordarle a menudo día, mes, estación, si es una festividad importante.
	Cambios de personalidad y . de conducta	Respetar los sentimientos y aficiones. Ambientes estructurados y tranquilos.
	Dificultad para encontrar las palabras precisas.	Continuar leyendo, mientras se conserve la capacidad. Señalar aquello que no se pueda denominar.
	Capacidad reducida para resolver problemas ante situaciones nuevas. Dificultad en la realización de tareas de la vida diaria.	Planificar conjuntamente las actividades y realizar un seguimiento.
<b>2ª (duración general entre 2 y 10 años)</b>	Deterioro importante de la memoria a corto plazo.	Realización de rutinas diarias. Mantener la distribución y la decoración de la casa para dar seguridad.
	Deterioro progresivo de la memoria remota.	Realizar "diarios de vida". Comentar conjuntamente álbumes de fotos. Identificarse antes de dirigirse a él/ella.
	Lenguaje muy pobre.	Poner rótulos o dibujos identificativos en los cajones o habitaciones.
	Incremento del tono muscular y tendencia a la deambulación.	Intentar que diariamente realice actividad física (paseos...).
	Indiferencia afectiva.	Hacerle escuchar música o ver películas que antes fueran significativos para él-ella.

Sigue →

¡cuidate! PROGRAMA PARA FAMILIARES CUIDADORES

<b>Fases</b>	<b>Características generales</b>	<b>Recomendaciones</b>
3ª (puede durar meses o años)	Deterioro físico.	Valorar la ayuda de otros familiares y/o recursos externos.
	Dependencia para la realización de todas las actividades.	
	La persona con Alzheimer está acostada la mayor parte del tiempo.	Procurar cambios posturales. Intentar que no esté todo el día en la cama.
	No habla ni comprende lo que se le dice pero valora el sentido del tacto.	Cogerle suavemente de las manos para dirigirse a él/ella.
	El lenguaje está muy deteriorado. El enfermo puede tener tendencia a repetir palabras o sílabas.	Fijarse en su lenguaje no verbal para averiguar si tiene alguna necesidad.
	Humor imprevisible.	Procurarle un ambiente tranquilo. Poner música suave que antes fuera familiar para el enfermo.
	No reconoce ni las cosas ni las personas, pero se da cuenta de la persona que le cuida habitualmente.	Identificarse siempre antes de dirigirse a la persona con Alzheimer. Procurarle visitas familiares sin agobiarle.

**Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados:**

- Problemas relacionados con los trastornos de memoria y la conciencia de estar enfermo (Anosognosia).
- Delirios
- Alucinaciones: Auditivas visuales, otras.
- Identificación inadecuada.
- Cambios de humor: depresión...
- Agitación/agresión
- Alteraciones de la función neurovegetativa: alteración del sueño, cambios en la conducta alimentaria, cambios en la actividad sexual
- Alteraciones en la actividad psicomotora: deambulación errática, seguimiento persistente del cuidador

La depresión mayor con demencia que manifiestan algunas personas mayores, puede ser una señal precoz de enfermedad de Alzheimer (un año o dos antes de los otros síntomas).

## ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO

<b>Situaciones problemáticas que se pueden presentar</b>	<b>Recomendaciones</b>
Deambulaci3n constante	Se puede canalizar mediante un programa de ejercicio diario que ayude a cansar f3sicamente al paciente. Es preciso eliminar los obst3culos que puedan ocasionar ca3das. Instalar cerrojos en las puertas.
Falta de sue1o por la noche	Implantar rutinas para ir a dormir y levantarse por la ma1ana. Evitar que duerma durante el d3a. Comunicar al m3dico este hecho por si puede recetar una medicaci3n adecuada. Hacerle orinar antes de irse a dormir. Dejar una peque1a luz en la habitaci3n.
Comportamientos agresivos	Observar si hay una situaci3n desencadenante. No reaccionar desmesuradamente. Permanecer en su campo visual y procurar un contacto f3sico tranquilizador. Estimular las conductas positivas.
Conducta sexual inapropiada	No reaccionar bruscamente. Recordar que el paciente realiza estas conductas sin ser conscientes de su significaci3n social. Si exhibe estas conductas en p3blico, acompa1arle a un lugar m3s privado. Distraerle con otras actividades.
Incontinencia	Buscar una posible causa (ropa dif3cil de llevar, olvido de d3nde est3 el ba1o, falta de coordinaci3n para sentarse). Hacer que vaya regularmente (cada dos o tres horas) al ba1o. Utilizar, si es necesario, pa1ales para adultos, vigilando la piel.
Desaparici3n de objetos.	Guardar en un sitio seguro los objetos importantes. No reaccionar desmesuradamente ante la desaparici3n de un objeto. Revisar siempre la basura antes de tirarla.
Alucinaciones	Informar al m3dico. Distraer al paciente para que olvide la alucinaci3n. No intentar convencer de la irrealidad de la alucinaci3n.
Depresi3n	Informar al m3dico. Hacerle realizar actividades que le hagan sentirse 3til. Evitar el aislamiento.

## **Los familiares:**

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad particularmente devastadora, ya que la familia del paciente por lo general deberá resistir dos pérdidas diferentes, en primer lugar, la desaparición de la personalidad que ellos conocen y, finalmente, la muerte de la persona.

El impacto producido por el diagnóstico de esta enfermedad es importante. Pocas enfermedades afectan tanto a un paciente y a su familia, o por un período de tiempo tan largo como la enfermedad de Alzheimer. Tratar con los pacientes de la enfermedad de Alzheimer durante todo el curso de la enfermedad es agotador.

Pueden aparecer sentimientos de frustración, impotencia, rabia. El familiar ha de reorganizar su vida y sus relaciones interpersonales.

En ocasiones, los mismos cuidadores empiezan a mostrar señales de trastorno mental o mala salud. La depresión, el agotamiento, la culpa y la ira pueden crear sensación de caos para el individuo normalmente sano enfrentado a la atención de un ser querido que sufre de la enfermedad de Alzheimer.

Los estudios están encontrando que los miembros de la familia que reciben orientación y apoyo pueden mantener al paciente en el hogar por mucho más tiempo que los cuidadores que no reciben este apoyo.

Además de la carga emocional, la asistencia profesional de un paciente en una institución geriátrica con programas especiales para el tratamiento del Alzheimer puede ser muy costosa.

La decisión de llevar al paciente a un servicio de atención profesional es de la familia y es el resultado de sus capacidades para prestarle asistencia.

Los cuidadores deberán de comprender las fases de la enfermedad para ayudar a determinar sus propias capacidades para tratar esta enfermedad.

## **Parkinson**

---

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad que afecta al sistema nervioso. Se produce por una disminución de una sustancia química denominada dopamina en las áreas del cerebro responsables de controlar la actividad, el tono muscular y los movimientos. Las personas con esta enfermedad tienen una pérdida de un gran número de neuronas (células del sistema nervioso) productoras de dopamina, situadas en el tronco del encéfalo (la zona de unión entre el cerebro y la médula espinal), en concreto en un núcleo llamado sustancia negra.

Aunque mayoritariamente afecta a personas mayores de cincuenta años, uno de cada cinco casos se presenta en pacientes más jóvenes.

### **¿Cuáles son los principales síntomas?**

Los síntomas de la enfermedad Parkinson pueden variar entre unos pacientes y otros. A continuación, mencionaremos los más frecuentes:

- **Síntomas motores**

Temblores en las manos, los brazos, las piernas y la mandíbula o la cabeza: El temblor a menudo comienza en una mano, aunque a veces afecta primero a un pie o a la mandíbula. Es más obvio cuando la mano está en reposo o cuando la persona está bajo estrés

Rigidez o agarrotamiento de las extremidades y el tronco: Un principio importante del movimiento corporal es que todos los músculos tienen un músculo que se opone. El movimiento es posible no solamente porque un músculo se vuelve más activo sino porque el músculo opuesto se relaja. En la enfermedad de Parkinson, la rigidez sobreviene cuando, en respuesta a señales del cerebro, el delicado equilibrio de los músculos opuestos se perturba. Los músculos permanecen constantemente tensos y contraídos y la persona tiene dolor, o siente rigidez o debilidad.

Ralentización del movimiento y los reflejos: el retardo y pérdida del movimiento espontáneo y automático, es particularmente frustrante debido a que puede hacer que las tareas simples sean algo difíciles. La persona no puede realizar rápidamente movimientos rutinarios.

Problemas de equilibrio, la inestabilidad postural, o deterioro del equilibrio, hace que los pacientes se caigan fácilmente. Las personas afectadas pueden desarrollar una postura encorvada en la cual la cabeza está inclinada y los hombros caídos.

Dificultad en la marcha: Las personas con Parkinson a veces desarrollan la llamada marcha parkinsoniana que comprende una tendencia a inclinarse hacia adelante, dar pasos pequeños y rápidos como apurándose hacia adelante (festinación), y balanceo disminuido de los brazos. También pueden tener dificultad para iniciar el movimiento (vacilación del inicio), y pueden detenerse súbitamente al caminar (congelación).

- **Cansancio**

La fatiga puede estar asociada con depresión o trastornos del sueño, pero también puede ser ocasionada por el estrés muscular o por hacer demasiada actividad cuando la persona se encuentra bien. La fatiga también puede ser causada por la falta de propensión a utilizar una parte determinada del

## ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO

cuerpo y de comprometerla libremente en todas las acciones corporales (acinesia), o los problemas para iniciar o realizar un movimiento. El ejercicio, los buenos hábitos del sueño, estar mentalmente activo y no forzar demasiadas actividades en poco tiempo pueden ayudar a aliviar la fatiga.

- Dificultades para dormir

Los problemas para dormir derivados de la enfermedad de Parkinson más usuales son la dificultad para dormir por la noche, sueño intranquilo, pesadillas, sueños emotivos y somnolencia o inicio súbito del sueño durante el día.

- Depresión

Ocasionada en parte a la pérdida de dopamina en algunas áreas del cerebro relacionadas con el estado de ánimo. El descenso de dopamina también puede ocasionar disminución de la motivación. Ésta podría ser la causa orgánica. Además, los cambios y el deterioro progresivo que va padeciendo la persona con Parkinson también son los causantes en muchas ocasiones de la depresión que sufren algunas de estas personas.

- Cambios en el habla

Cerca de la mitad de los pacientes con la enfermedad tiene problemas con el habla. Pueden hablar muy suavemente o con voz monótona, vacilar antes de hablar, arrastrar o repetir las palabras, o hablar demasiado rápido.

- Cambios en la expresión facial

A veces la cara de la persona no tiene expresión ni animación.

- Dificultades para comer

Los músculos utilizados para tragar podrían funcionar con menor eficiencia en las etapas tardías de la enfermedad. En estos casos, los alimentos y la saliva podrían acumularse en la boca y el fondo de la garganta, lo que podría ocasionar ahogos o babeo. Estos problemas también pueden dificultar la obtención de nutrición adecuada. Los logopedas, los terapeutas ocupacionales o los dietistas pueden ayudar con estos problemas.

- Estreñimiento

Se puede producir, ya que el tracto intestinal funciona más lentamente.

- Dificultades en el control de esfínteres

En algunos pacientes, pueden producirse problemas con la vejiga y el intestino debido al funcionamiento incorrecto del sistema nervioso autónomo, responsable de la regulación de la actividad del músculo liso. Algunas personas pueden volverse incontinentes, mientras que otras tienen problemas para orinar.

- Piel grasa

En la enfermedad de Parkinson, es habitual que la piel de la cara se vuelva muy aceitosa, particularmente en la frente y en los lados de la nariz. El cuero cabelludo también puede volverse aceitoso, causando caspa. En otros casos, la piel puede volverse muy seca. Estos problemas también son el resultado del funcionamiento incorrecto del sistema nervioso autónomo. Pueden ser útiles los tratamientos estándar para los problemas de la piel. La sudoración excesiva, otro síntoma habitual, generalmente es controlable con medicamentos usados para la enfermedad.

- Pérdida de memoria

Algunas personas con la enfermedad de Parkinson pueden desarrollar problemas de memoria y pensamiento lento.

- Demencia

Si los problemas cognitivos se agravan aparece una afección denominada demencia de Parkinson. Esto sucede de manera tardía en el curso de la enfermedad. Puede afectar a la memoria, el juicio social, el lenguaje, el razonamiento u otras habilidades mentales.

- Disfunción sexual

La enfermedad de Parkinson a menudo causa disfunción eréctil debido a sus efectos sobre las señales nerviosas del cerebro o debido a mala circulación sanguínea. La depresión relacionada con el Parkinson o el uso de antidepresivos también pueden causar deseo sexual disminuido.

- Ansiedad y cambios emocionales

Algunas personas con Parkinson se vuelven miedosas e inseguras. Es posible que no deseen viajar, ir a fiestas o relacionarse con amigos. Algunas pierden su motivación y se vuelven más dependientes de sus familiares. Otras pueden volverse irritables o atípicamente pesimistas.



- **Dolor**

Muchas personas con enfermedad de Parkinson tienen músculos y articulaciones doloridos debido a la rigidez y a posturas anormales. Estos síntomas empiezan de manera gradual y empeoran con el tiempo y los pacientes pueden tener dificultad para caminar, hablar o completar otras tareas sencillas.

La enfermedad de Parkinson es a la vez crónica (que persiste durante un extenso período de tiempo) y progresiva (su sintomatología empeora con el tiempo).

No es contagiosa.

Algunos casos de Parkinson parecen ser hereditarios y otros, la mayoría, son ocasionados por mutaciones genéticas específicas no hereditarias (esporádicas). La enfermedad es consecuencia de una combinación de susceptibilidad genética y exposición a uno o más factores ambientales que desencadenan la enfermedad.

### **¿Cómo se diagnostica?**

El/la neurólogo/a o el/la médico geriatra son las personas mejor cualificadas para diagnosticar esta enfermedad.

El especialista probablemente:

- Les pedirá su historial familiar.
- Les hará unas preguntas para valorar cómo ha progresado la enfermedad.
- Le realizará un examen físico.
- Le realizará pruebas de neuroimagen.
- Observará si sus síntomas mejoran empezando un tratamiento con levodopa o el que crea más oportuno.

### **¿Cómo evoluciona esta enfermedad?**

La enfermedad de Parkinson no afecta a todo el mundo de la misma manera. La evolución puede ser más rápida en unas personas y más lenta en otras.

Uno de los primeros síntomas que se suele manifestar es la ausencia de expresión facial y la dificultad de movimiento. También se suelen presentar de forma temprana cambios en el sentido del olfato.

El temblor es el síntoma más apreciable en la mayoría de pacientes. En estadios más avanzados de esta enfermedad ambas partes del cuerpo se van viendo afectadas gradualmente y la persona se vuelve incapaz de cuidarse.

La esperanza de vida de estos pacientes suele ser menor que el resto de la población debido a las complicaciones de la inmovilidad, como neumonía o caídas, entre otras.

Actualmente, el tratamiento de la enfermedad de Parkinson es sintomatológico, es decir, como que no tiene curación se intentan aliviar los síntomas. Ahora se dispone de medicamentos muy útiles para controlar los síntomas de la enfermedad, y cada vez se producen más avances por lo que respecta al tratamiento farmacológico y quirúrgico.

### **¿Cómo convivir con la enfermedad de Parkinson?**

Hacer cambios de estilo de vida puede ayudar a las personas con la enfermedad de Parkinson a llevar una vida lo más normalizada el mayor tiempo posible.

- Hacer ejercicio les puede ayudar en el equilibrio y la coordinación, así como a mejorar los síntomas de la depresión.
- Practicar aficiones o actividades con las que la persona se mantenga activa y disfrute.
- Mantener una alimentación equilibrada. Comer cantidades más pequeñas pero con más frecuencia. Aumentar la ingesta de líquidos.
- Tomarse el tiempo necesario para organizar los pensamientos antes de empezar a hablar. Respirar antes de comenzar a hablar. Expresar las ideas de forma concisa empleando frases cortas. Mirar a la cara al interlocutor.

### **Adaptar su hogar para facilitar las tareas:**

- **El aseo:** ducharse en una ducha de plato, utilizar un pasamanos junto a la bañera y el inodoro, para facilitar el poder sentarse y levantarse. Para el afeitado se recomienda utilizar una maquinilla eléctrica. Si el temblor le dificulta lavarse los dientes se puede emplear un cepillo con mango de espuma. También es necesario tener dispensadores de jabón.
- **El vestido:** utilizar cierres de vetas adherentes (tipo Velcro) en lugar de botones, vestirse con faldas o pantalones de cintura elástica, utilizar jerséis de cuello abierto y sin botones, corbatas de banda elástica, emplear calzador.
- **La alimentación:** en las personas con la enfermedad de Parkinson les coinciden las dificultades por los actos manuales necesarios para alimentarse con los problemas para masticar y deglutir los alimentos. Es útil colocar vajillas irrompibles y cubiertos que pesen poco, con mangos fáciles de manejar. Para beber se pueden utilizar pajitas. Los purés son

más fáciles de tragar que los alimentos picados. En ocasiones un sorbo de agua fría puede ayudar a tragar los alimentos, ya que se estimula el reflejo de deglución.

- **Las caídas:** es muy importante evitar el riesgo de caídas, utilizando alfombrillas antideslizantes en el baño, retirando los muebles u objetos con los que pueda tropezar, fijando las alfombras, iluminando bien la casa.

### **¿Y los cuidadores?**

Padecer una enfermedad crónica como ésta no afecta tan sólo al paciente, sino también a sus familiares. Los familiares cuidadores tienen un papel muy importante como proveedores de cuidado y apoyo a las personas con la enfermedad de Parkinson.

Ellos están también preocupados por el futuro incierto, el estado de ánimo y la progresiva dependencia del enfermo. Por ello es importante que el cuidador no descuide "cuidarse a sí mismo": alimentarse adecuadamente, buscar tiempo de ocio, tener vida social, en definitiva, encontrar momentos de respiro y disfrute. Con este taller pretendemos facilitar un espacio de "desahogo emocional" e intercambio de experiencias entre los familiares cuidadores.

## **Accidente cerebrovascular / enfermedad vascular cerebral /AVC/ embolia**

### **1. Definición**

El Accidente Cerebrovascular (ACV), Accidente Vascular Cerebral (AVC), la Embolia, Ictus o Infarto Cerebral es una enfermedad vascular que afecta a las arterias del cerebro o a las que llegan al cerebro y se presenta cuando un coágulo de sangre tapa una de las arterias que alimentan el cerebro. El derrame cerebral ocurre cuando una de las arterias revienta. Se caracteriza porque bruscamente se para la irrigación sanguínea en alguna parte del cerebro; cosa que puede tener consecuencias sobre el sistema nervioso central.

En unos cuantos minutos, las células de la zona del cerebro donde sucede el episodio se degradan y mueren. Por ello, la parte del cuerpo que controlan estas células altera sus funciones.

Por diversas causas, las células del cerebro se quedan sin oxígeno y pierden su función; apareciendo cuadros de parálisis de las extremidades, trastornos del habla,...

El deterioro cognitivo en la demencia de origen vascular puede ser de tipo cortical, subcortical o mixta y derivarse de un infarto único estratégico o a causa de

infartos o lesiones vasculares múltiples, que es lo más frecuente.

La demencia vascular puede ser de diferentes tipos y puede afectar a personas de diversas edades tanto a adultos jóvenes como a mayores de 80 años.

## **2. Causas**

**Los ACV se dividen en dos grandes grupos: isquémicos o embólicos (por falta de sangre) y hemorrágicos.**

En el primer caso (accidente cerebrovascular embólico), se produce una obstrucción del paso de sangre hacia el cerebro. En la mayoría de casos, la obstrucción está producida por la presencia de placas de ateroma; que denominamos arteriosclerosis. La arteriosclerosis es como un envejecimiento de las arterias, que se vuelven rígidas. Es un proceso progresivo que constituye en la acumulación de colesterol y otras grasas en la pared de las arterias. En ciertas zonas de las arterias, el estrechamiento puntual es mayor; llegando a tapar casi por completo el paso de la sangre al cerebro.

En otros casos se debe a la llegada de una trombosis desde otras zonas del organismo, generalmente el corazón (embolia) por enfermedades de válvulas (valvulopatías) o arritmias.

Si en la zona obstruida por placas de ateroma se enganchan cúmulos de plaquetas, se llegan a formar coágulos, lo que produce una trombosis cerebral. Estos coágulos se pueden dejar ir (embolia) y llegar a arterias más pequeñas por las que no pueden pasar, por su tamaño.

Las taponan totalmente y producen lo que se llama isquemia aguda (embolia cerebral). Estas embolias también pueden haber migrado desde el corazón en diferentes situaciones (la más frecuente por una arritmia: la fibrilación auricular).

Esta situación es muy grave, ya que puede evolucionar hasta la muerte de las células cerebrales implicadas en la isquemia y la pérdida irreversible de éstas.

En otras ocasiones, lo que se produce es la rotura de una arteria cerebral (por aneurisma o hipertensión arterial).

La hemorragia intracerebral que se produce no puede liberarse al exterior, ya que el cerebro está cerrado en el hueso del cráneo. Por eso, la sangre presiona el cerebro produciendo la falta de oxigenación de la zona y las lesiones subsecuentes de los tejidos (isquemia cerebral).

### **3. Efectos**

Los efectos dependen de la parte del cerebro afectada y la gravedad del daño. Las incapacidades que provocan, generalmente, son:

**PARÁLISIS:** Puede afectar a todo un lado del cuerpo (hemiplejía) o sólo en la cara brazo, pierna o todo un lado y la cara. También se pueden presentar problemas para comer y tragar (disfagia).

**DÉFICITS COGNOSCITIVOS:** Problemas de raciocinio, conciencia, atención, aprendizaje y memoria.

**DÉFICITS EMOCIONALES:** Dificultades para controlar emociones o expresar emociones adecuadas a la situación, también se puede sufrir depresión.

**DÉFICITS DEL LENGUAJE:** Problemas para comprender frases y para hablar o formar palabras.

**DOLOR:** Miembros entumecidos o sensaciones extrañas, debido a daños en las regiones sensoriales del cerebro, articulaciones inflexibles o una extremidad incapacitada

### **4. Factores de riesgo**

La hipertensión, la enfermedad cardiaca, diabetes, niveles de colesterol en sangre, lesiones en la cabeza y el cuello, consumo de tabaco, alcohol, drogas. También hay factores de riesgo genéticos.

### **5. Atenciones especiales que precisa el paciente**

#### **Rehabilitación:**

Para la mayoría de las personas la terapia física es fundamental para intentar restaurar el movimiento, el equilibrio y la coordinación.

La terapia de ocupación, para volver a aprender actividades cotidianas como comer, ver, tragar, vestirse....con el objetivo de fomentar el mayor nivel de independencia posible.

Terapia de dicción o de habla para volver a aprender el lenguaje y la dicción o aprender otras formas de comunicación.

Terapia psicológica/psiquiátrica para los problemas que se puedan presentar: depresión, ansiedad, frustración...

## **Sexualidad y demencias**

---

Es posible que para el enfermo algunos sentimientos y, sobre todo, el afecto, sean los únicos vínculos que le mantengan unido a la realidad.

Puede ser que no reconozca a sus familiares, pero es capaz de sentir afecto, y muchas veces expresarlo con la mirada. Por ello, la vida afectiva del enfermo no debe disminuir.

En ocasiones pueden producirse reacciones violentas, respondiendo con nervios o intranquilidad a las señales de afecto; estas manifestaciones no deben tenerse en cuenta, son anomalías de las respuestas de la comunicación afectiva provocadas por la enfermedad.

Otras veces, el enfermo parece angustiado, triste, sin motivo aparente, estos sentimientos puede ser la forma de expresar su angustia o su soledad. Es necesario procurar, en estos casos, calmar al enfermo con un entretenimiento, una caricia, una vuelta por la casa, etc.

La vida sexual no desaparece con la enfermedad, sobre todo, en la primera y segunda etapas. Algunos pacientes se muestran incluso más activos y desinhibidos que cuando estaban sanos. No obstante, las relaciones sexuales en la pareja suelen variar.

La sexualidad de las personas con demencia se modifica porque ya no actuará como solía con su pareja, con tendencia hacia la masturbación, o sintiendo la necesidad, por la falta de inhibición expresada, de aumentar la frecuencia de las relaciones sexuales.

Por tanto, la sexualidad es diferente, pero existe y puede hacerse más primaria. No obstante, no por ello es habitual el exhibicionismo o la masturbación sin propósito, si se masturba, es porque le gusta y ha perdido la inhibición. En el cónyuge sano se producen sentimientos de confusión, desconcierto e incluso culpa.

Hay dos opciones:

- Si el cónyuge sano mantiene relaciones sexuales con el enfermo sin violencia, no comete violación, ni se está aprovechando de un elemento, lo que va a variar, posiblemente, son los hábitos sexuales que habían contraído los cónyuges, ya que el enfermo no los recuerda.
- Si el cónyuge sano no desea mantener relaciones con el enfermo, también está en su derecho evitarlas. Hay aspectos afectivos y sexuales que el cónyuge sano estará dispuesto a disfrutar y otros que no podrá aceptar. Lo más lógico es obrar en consecuencia.

## ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO

El cuidador/a de los familiares puede soportar situaciones un tanto comprometidas que deben llevar con naturalidad, sin darle más importancia que a otras. Si el enfermo se obstina en tocar a alguien, es necesario procurar distraerle, o si alguna conducta sexual es inadecuada por la circunstancia de aquel momento, hay que llevarse al paciente y explicárselo tranquilamente. Lo más frecuente es que el enfermo mantenga una conducta sexual correcta y con pudor, aunque ocasionalmente, y como ya se ha dicho, puedan producirse episodios impropios.

## **Actuaciones ante los problemas de comportamiento más frecuentes**

---

### **Desorientación**

- Colocar objetos para orientarse: calendarios, relojes, fotografías de la habitación que indiquen claramente qué hay detrás de la puerta...
- Orientarlo durante el día: decirle la hora, lugar, actividad...
- Evitar los cambios de rutinas, domicilio, dormitorios, muebles...
- Guardar los objetos personales en lugares fijos.
- Evitar las derivaciones a especialistas, pruebas complementarias o ingresos hospitalarios que no sean imprescindibles.
- Prevenir las "pérdidas / fugas": No dejarlo salir solo de casa (poner cerraduras que sean difíciles de abrir en las puertas), que los vecinos y conocidos conozcan su enfermedad, que lleve una identificación personal, seguir caminos conocidos cuando se está paseando.

### **Comunicación**

- Hablar con él mirándole a los ojos, con claridad, poco a poco, utilizar gestos para hacerse entender.
- No discutir.
- Dirigirse siempre a él/ella por su nombre, con respeto.
- Utilizar frases cortas y sencillas, y si es necesario, repetirlas.
- Las preguntas se deberían poder contestar con sí / no. Darle tiempo para contestar.
- Aceptar sin discusión cualquier respuesta. Si se niega a hacer una cosa, aprovechar su falta de memoria, dejar pasar un rato, y después intentarlo otra vez.
- Eliminar las expresiones que pongan a prueba su memoria.
- Estimular su participación en las conversaciones.
- Prevenir cualquier problema auditivo o visual que dificulte la comunicación.
- Acariciarlo, mantener el contacto corporal y a menudo cogerlo de la mano.

### **Seguridad**

- Prevenir los accidentes domésticos.
- Mantener la vigilancia del paciente.
- Que lleve una identificación personal.
- Valorar la utilización de los sistemas de alarma y teleasistencia.



## **Insomnio y despertar nocturno**

- Mantener un horario fijo para ir a dormir y despertarse.
- Intentar que no duerma de día.
- Instalar una luz pequeña en su habitación.
- Antes de ir a dormir: planificar un paseo, actividades relajantes, evitar comidas fuertes o que beba mucho 2-3 horas antes y orinar antes de ir a dormir.

## **Repetición de preguntas y actos**

- Procurar no irritarse, dejar que continúe hasta que se calme, responder brevemente a sus preguntas y no intentar razonarlas.
- Cambiar de actividad, pidiéndole que le ayude a realizar alguna tarea fácil.

## **Búsqueda de cosas**

- Evitar reaccionar con irritabilidad a sus acusaciones.
- No culparlo a él. Responder con tranquilidad que le ayudará a encontrarlo.
- Guardar los objetos de valor y tener una copia de aquellos que esconde.

## **Reacciones agresivas y violentas**

- No perder la calma, no reñirlo. Actuar con serenidad.
- Procurar no mostrarse enfadado. Preguntar en tono amable qué le pasa.
- Eliminar objetos peligrosos de la vista, distraer su atención hacia otras cosas.
- Si la violencia persiste, aguantarlo únicamente por los brazos, lo más suave posible. Nunca reaccionar impulsivamente.
- Después de una reacción agresiva procurar saber qué la ha provocado e intentar corregirlo.
- Fomentar su independencia con actividades que lo distraigan.
- Felicitarlo cuando su comportamiento es el correcto.

## **Tristeza e inactividad**

- Mantener una actitud de escucha. Decirle que siempre estará a su lado.
- Reconocer sus esfuerzos y actitudes positivas.
- Favorecer que asuma responsabilidades.
- Estimular su incorporación en grupos y fomentar sus relaciones personales y familiares.
- Procurar que haga un poco de ejercicio físico.

### **Alucinaciones e ideas delirantes (delirio)**

- No discutir ni insistir en que lo que ve y siente no es real.
- No ofenderse si nos acusa o no nos conoce.
- Mantener la calma.
- Hablar en tono suave. Demostrarle afecto y que estamos a su lado para que se sienta atendido y protegido.
- Procurar desviar su atención y que piense en otras cosas.

### **Manifestaciones sexuales inapropiadas**

- No reaccionar bruscamente.
- Favorecer el contacto físico. Al mostrarle afecto se tranquiliza.
- Respetar tan bien como pueda su comportamiento sexual normal con su pareja mientras esté preservado.

## **Actividades básicas de la vida diaria**

---

### **Higiene**

- Disponer de tiempo para llevar a cabo esta actividad.
- Procurar la autonomía del paciente hasta que sea posible pero siempre bajo vigilancia.
- Mantener un entorno agradable, práctico y rutinario para la higiene y el baño.
- Explicarle siempre lo que se hará.

### **Alimentación**

- Es necesario mantener unos horarios fijos, ambiente tranquilo y una actitud amable.
- Procurar que la presentación de la comida sea agradable.
- Respetar sus gustos anteriores.
- Simplificar los cubiertos y los platos.

### **Vestir**

- La ropa debe ser cómoda, fácil de poner y quitar (botones grandes, veta textil adhesiva...).
- Estimularlo para la autonomía.
- Preparar la ropa en el orden que deberá seguir para vestirse.
- No dejar la ropa en lugar visible si no es el momento de vestirse.

## Consejos para la movilización de pacientes

Nuestra espalda está formada por siete vértebras cervicales, doce dorsales, cinco lumbares y el sacro. Cada vértebra está formada por un cuerpo vertebral y una zona articular unidos por unos arcos laterales que delimitan un orificio raquídeo por donde pasa la médula espinal. Los cuerpos vertebrales están separados entre ellos por los discos intervertebrales que se comportan como una especie de cojín compuesto por un anillo fibroso formado por cartílagos que, en su centro, contiene un núcleo gelatinoso. El disco transmite las fuerzas verticales de un cuerpo vertebral al otro y, a la vez, el núcleo gelatinoso transmite y reparte las fuerzas en todas las dimensiones de manera que las fuerzas verticales son absorbidas por las plataformas vertebrales y las fuerzas oblicuas y horizontales las absorbe el anillo fibroso que es elástico y se puede deformar. Cuando la espalda se mantiene recta, el núcleo permanece en el centro del disco intervertebral y el sistema de transmisión de las fuerzas se mantiene equilibrado, en los movimientos de flexión el núcleo vertebral se desplaza hacia atrás y ejerce presión sobre las fibras posteriores del disco. Al enderezar la columna --volviendo a la posición vertical-- si el disco no está en buena posición podemos provocar excesiva tensión y lesiones en el disco vertebral, además, los movimientos de torsión y rotación provocan un efecto de cizalla en las fibras del disco debido a estos movimientos repetitivos así como a esfuerzos anormales conducen al deterioro del disco intervertebral y, como consecuencia, a futuras lesiones.

### Consejos generales

---

Para **prevenir lesiones y proteger nuestra espalda** podemos realizar y seguir una serie de consejos diarios:

- 1- Iniciar el día con pequeños estiramientos antes de levantarnos de la cama de manera suave y evitando torsiones al levantarnos. Primero nos colocaremos de lado y, con la ayuda de los brazos nos incorporaremos lentamente.
- 2- Durante el día deberemos procurar adoptar posiciones en las que el torso se mantenga estirado evitando que los hombros caigan hacia delante manteniendo la cabeza levantada y el vientre suavemente dentro, esta postura ergonómicamente correcta no debe ser demasiado forzada.
- 3- Mientras estamos sentados, la espalda tiene que estar en posición vertical y apoyar los brazos de manera que evitemos que el tronco se arquee hacia delante, las piernas deben estar en posición horizontal así como los pies apoyados en el suelo, el asiento ha de permitir un apoyo de la zona lumbar.

- 4- No deberemos mantener durante mucho tiempo la misma postura (o bien sentado o de pie) de manera que de vez en cuando, realicemos movimientos suaves de estiramientos para relajar los músculos y articulaciones.

### **Consejos específicos para la movilización de enfermos**

En trabajos dinámicos donde se manipulan personas dependientes y enfermos, así como personas encamadas, intentaremos tener en cuenta nuestra espalda intentando siempre disminuir al máximo posible las malas posturas así como excesivos esfuerzos. Para ello podemos seguir varios consejos útiles:

- 1- Utilizar puntos clave que faciliten patrones de movimientos normales para controlar grandes segmentos corporales con poco esfuerzo, estos puntos son la cabeza, el cuello, la cintura escapular, los codos, las muñecas, la cintura pélvica, las rodillas y los tobillos (del enfermo).
- 2- Deberemos tener en cuenta el centro de gravedad de nuestro cuerpo y realizar esfuerzos lo más cercano a él.
- 3- Tener en cuenta el (agarre) al manipular para reducir los sobreesfuerzos.
- 4- Buscar una buena estabilidad y una correcta base de apoyo.
- 5- Utilizar la lógica, aprovechando siempre al máximo la fuerza y la ayuda del paciente en la medida de lo posible.
- 6- Planificar con anterioridad cómo vamos a manipular al paciente explicándole la maniobra que se va a realizar.
- 7- Si la persona que vamos a movilizar es muy voluminosa o poco colaboradora, buscaremos ayuda mecánica (grúas, etc.)

### **Consejos prácticos para realizar movilizaciones correctas**

#### **1- Personas semidependientes**

##### **A. Cómo sentarse en la cama**

- Tumbado boca arriba, ayudarle a doblar las rodillas. Pasar el brazo por debajo de la nuca y por las rodillas, tal y como se muestra en el dibujo (fig. 1). Al girar las rodillas hacia nosotros, el paciente girará sobre su costado. El propio movimiento del cuerpo del paciente le ayudará a realizar el movimiento.



Figura 1

- Desplace sus piernas al borde de la cama dejándolas patinar hacia el suelo. Si puede, el paciente se enderezará. Si el paciente no se puede ayudar de los brazos, mantener con su mano el hombro del lado afectado a la vez que sujeta el antebrazo del paciente entre su tronco y su brazo. (fig. 2)
- Controle las extremidades del paciente para que no realice movimientos bruscos (como por ejemplo, cogerle del cuello).

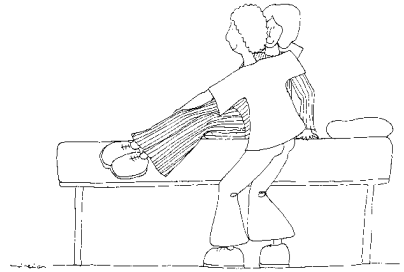


Figura 2

## B. Cómo levantarse del borde de la cama y sentarse en una silla.

- El paciente colocará sus manos en los hombros de la persona que le ayuda. En el caso de un paciente hemipléjico, juntará las manos con los dedos cruzados y se sujetará a la nuca de la persona que le ayuda.
- Impulsará las caderas hacia delante hasta tocar el suelo con los pies, lo más cerca posible de la cama. (fig. 3)

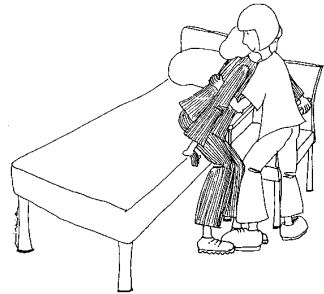


Figura 3

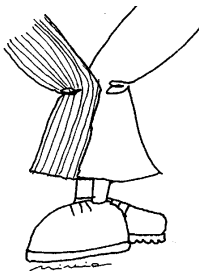


Figura 4

- Ayude al paciente a estirarse llevando la pelvis hacia delante y si fuese necesario, fije la rodilla y el pie afectado con la rodilla y el pie propios (fig.4)
- Con un pequeño giro al paciente se le colocará de espaldas a la silla.
- Siéntelo inclinando la parte superior hacia delante y flexionando la cadera y rodillas. (fig. 5)

- Ayude al paciente a inclinar el tronco hacia delante flexionando las caderas y rodillas al mismo tiempo que desliza sus manos desde las caderas hacia las axilas del paciente, llevándole el tronco hacia delante. Cuando sea necesario,



Figura 5

fije en medio de sus rodillas la rodilla afectada para evitar que se flexione demasiado deprisa.

C. Cómo levantarse de una silla y sentarlo en el borde de la cama

- El paciente, si puede, se incorporará apoyándose sobre el reposabrazos de la silla o sujetándose en los hombros de la persona que le ayuda. Ayude al paciente a adelantar el tronco para que pueda estirarse. Cuando sea necesario, bloquee la rodilla afectada con la suya y con su mano lleve hacia delante la cadera afectada. (fig. 6 y 7)



Figura 6



Figura 7

- Con un pequeño giro coloque al paciente de espaldas a la cama. Ayúdele a sentarse en el borde de la cama y a subir las piernas encima de la cama.

**2. Pacientes dependientes**

A. Cómo levantarlo de la cama (entre dos personas).

- Incorpore la cabecera de la cama. Al mismo tiempo desplacen al paciente en un solo movimiento, desde la cama a la silla. Al sentarlo utilizar el contrapeso de nuestro cuerpo. (fig.8 y 9)

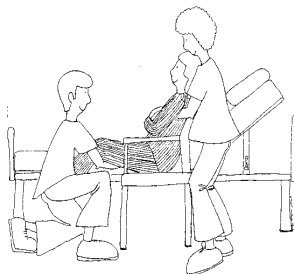


Figura 8



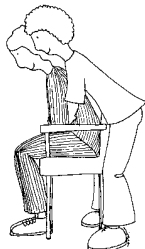
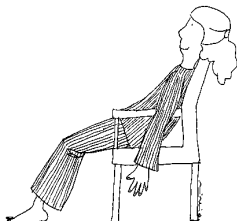
Figura 9

B. Incorporarlo en la silla.

Posición inicial

Opción 1

Opción 2



## Material para las actividades de la vida diaria básicas

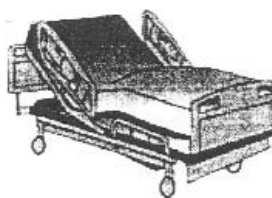
Son todas aquellas actividades, gestos y hábitos que de forma cotidiana e, incluso, involuntariamente, realiza todo ser humano a lo largo del día y que son básicas para su auto independencia (bañarse, vestirse, utilizar el servicio, movilidad, alimentación, etc.). En ocasiones, para la realización de estas actividades es necesario utilizar apoyos o ayudas técnicas en la persona o en el medio donde deberán desarrollarse.

Incluye: material para la mesa, la limpieza personal y el vestido.

El objetivo es facilitar la función y mejorar la movilidad para el desarrollo de estas actividades.

### Mobiliario

El objetivo es facilitar la función y prevenir y/o corregir deformidades/incapacidades.



Mobiliario adaptado a las características de la población geriátrica: Mesas, sillas, butacas, camas y somier articulado, cojines anatómicos, etc.

### Material para el baño

El objetivo es fomentar la autonomía de la persona proporcionándole elementos de seguridad y facilitar las tareas de quien cuida.

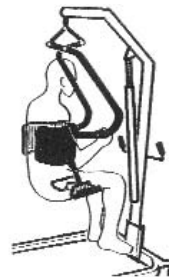
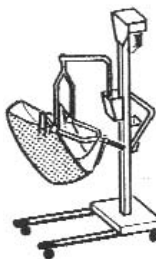


Aumentar la altura del WC, barras de sujeción (ASIDEROS), grifos de fácil manipulación, silla de baño, cogedores, estanterías y colgadores al alcance del paciente, etc.

### Material para las transferencias

El objetivo es facilitar el acceso o traslado (WC, silla, cama, etc.) de las personas con dificultad de movilidad en diferentes lugares. Sirven también de ayuda para el personal cuidador.

Mesa de transferencias, plato giratorio, grúas, etc.



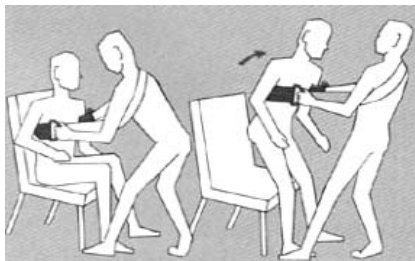


## **Material para el tratamiento postural**

El objetivo es proporcionar una posición correcta y confortable a las personas con movilidad reducida o con tendencia a patinar.

Prevenir y corregir deformidades o lesiones, y facilitar la movilidad.

Mesas, asiento elevado, cojón catapulta, pinzas largas recoge objetos, cinturones, material postural acoplable a sillas de ruedas, cinta de seguridad para la cama, etc.



## **Material para la marcha o el desplazamiento**

El objetivo es facilitar la marcha o los desplazamientos.

Zapatos, bastón de puño anatómico, muleta, caminador, sillas de ruedas de diferentes tipos.



## **Material para la comunicación**

El objetivo es suplir las deficiencias en el proceso de comunicación que sufre el paciente y dotar el ambiente de una estructuración que le permita controlarlo.

Sistemas de comunicación, señalización del entorno, accesibilidad en los servicios, etc.

## **Material para los trastornos cognitivos**

La finalidad es proponer una distribución y un entorno adecuado hasta un estadio avanzado de la enfermedad que les ayude a compensar la inseguridad y la desorientación a la que se ven sometidos.

Ayudas para la movilidad y la seguridad, impedir las fugas y evitar las zonas de riesgo, prevención de caídas, etc.

## **Material para las actividades lúdicas**

El objetivo es conseguir mediante las actividades de entretenimiento, individuales o grupales, mejorar las capacidades psicofísicas y sociales.

Juegos de mesa adaptados, juegos didácticos, herramientas para cuidar las plantas, etc.

## Material básico para las actividades de la vida diaria instrumentales domiciliarias (avdi)

El objetivo es dotar a la persona de ayudas técnicas y/o adaptaciones que le faciliten la realización de las AVDI, la movilidad en su domicilio y fomenten el control en su propio entorno.

En la cocina, en la limpieza doméstica, lavado y conservación de la ropa, planchado, costura, etc.



### Estiramientos y sus beneficios

La flexibilidad es la capacidad que nos permite realizar movimientos en su máxima amplitud.

Las personas con baja flexibilidad están más expuestas a las lesiones o a problemas con la postura corporal.

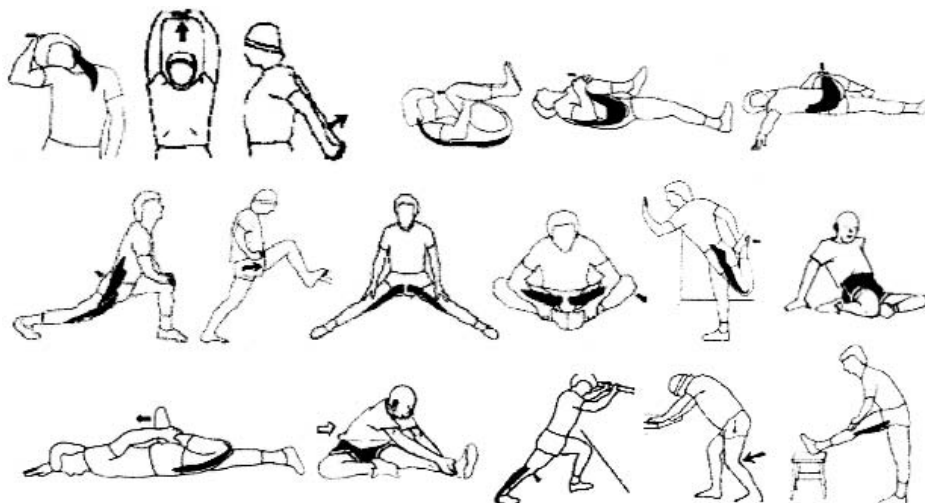
El trabajo de flexibilidad debe ir precedido de un buen calentamiento para evitar lesiones.

Debemos estar relajados.

Se deben hacer de forma suave de unos 20 a 40 segundos.

No se tienen que hacer rebotes.

La parte más importante de la flexibilidad es la continuidad en el trabajo, ya



que se pierde rápidamente, es mejor hacer una vez al día que no un rato muy grande un día o dos a la semana.

Es necesario hacerlos antes y después de una actividad deportiva o corporal.

### **Efectos positivos:**

Reducen la tensión muscular provocando una sensación de placer.

Aumentan las capacidades de movimiento.

Ayudan a coordinar mejor y mejoran el equilibrio.

Mejoran el riesgo de lesiones y de enfermedades musculares u óseas.

Mejoran las tensiones mentales, ya que muchas veces son producidas por tensiones musculares.

## OBJETIVOS

---

1. Aprender a realizar correctamente la higiene corporal y a conservar la integridad de la piel.
2. Colaborar de forma decisiva en el bienestar de nuestros mayores, o personas dependientes a nuestro cargo.
3. Clarificar dudas.

## TÉCNICA DE HIGIENE DIARIA

---

La higiene corporal es el acto más íntimo que una persona puede realizarse a sí misma, por lo que hay que poner especial cuidado cuando dicha persona no pueda realizarla por sí misma. Además, en el mantenimiento de la higiene influye en gran medida el estado físico y mental de la persona.

La higiene ha de realizarse de forma diaria (independientemente de los cambios de pañal que sean necesarios) y rutinaria, es decir, que todos los días debería realizarse a la misma hora, siendo sumamente conveniente que coincida en el momento de máximo efecto de la analgesia (uso de calmantes, en caso de tomarlos bajo prescripción médica).

Es necesario que la persona que va a realizar esta tarea (cuidador) lleve las uñas cortas (o bien cuidadas), evitando el uso de joyas durante la higiene. También es importante tener todo el material necesario preparado para no tener que dejar a la persona sola para ir a buscar algo que se nos ha olvidado.

Es imprescindible adecuar el entorno, procurando que sea un lugar luminoso, con las ventanas cerradas (para preservar la intimidad) y a una temperatura ambiente de 24 °C. El agua a utilizar para la higiene ha de estar a unos 35°C.

Se debe aprovechar este momento de la higiene, para inspeccionar meticulosamente la piel, comprobando que no haya zonas demasiado irritadas, fisuras u otro tipo de lesiones. En caso de hallar alguna lesión, es importante avisar lo antes posible a la enfermera de familia, ya que la señal más insignificante puede agravarse en cuestión de horas, añadiendo así una complicación más al cuidado, y produciendo posibles situaciones dolorosas a la persona de la que estamos cuidando.

Las siguientes pautas son generales, tanto para las higienes de personas encamadas como para las que andan.

Se empieza por la **cara**, que debe lavarse sin jabón para evitar irritaciones. Los **ojos**, han de lavarse por separado, es decir, no usar el mismo lado de la toalla para ambos ojos, evitando así el paso de una posible infección de uno a

otro. Retirar los restos de moco y secreciones de las fosas nasales. Del cuidado de la boca hablaremos más adelante. A continuación, se lavan las **orejas** (no usar bastoncillos) y el **cuello**.

Enjabonamos y empezamos a lavar los **brazos desde las axilas** y con movimientos circulares llegamos hasta las **manos**, donde hay que ser meticulosos con las zonas interdigitales y las uñas.

En el **pecho** (tórax) hay que hacer hincapié en los pliegues submamaros (en mujeres) y en el **abdomen** con el ombligo.

Las **extremidades inferiores** se empiezan a limpiar desde las ingles hasta los pies, con especial cuidado en la zona interdigital. Si es posible, doblando las rodillas para facilitar el lavado de la zona posterior de las piernas.

La **zona genital femenina**, se limpia de delante hacia atrás, para prevenir infecciones, abriendo los labios y siendo meticulosos con los pliegues. En los **hombres**, hay que retirar el prepucio y limpiar el glande y alrededor de éste, volviendo a  cubrirlo.

La **espalda** se comienza a lavar desde el cuello hasta los glúteos, y la zona del **ano** se limpia de delante hacia atrás.

Este momento es idóneo para realizar masajes favoreciendo la circulación sanguínea y estableciendo un vínculo entre cuidador y persona cuidada.

El secado es de vital importancia, sobretodo en pliegues del cuello, axilas, mamas, ingles, abdomen, genitales y zonas interdigitales de manos y pies. A continuación se procedería a hidratar la piel (detallado más adelante)..

### **OBSERVACIONES**

- Al realizar la higiene a una persona encamada conviene reservar una esponja y una palangana exclusivamente para el lavado de ano y genitales. Existen esponjas de un solo uso, pero son bastante caras. Pueden usarse manoplas de toalla que se laven en la lavadora.
- Si se realiza la higiene en el cuarto de baño, es conveniente colocar una superficie antideslizante en el suelo. Una que resulta económica es la que se usa en el interior de las bañeras (con ventosas). Cuidado con las toallas, que suelen jugar malas pasadas, ya que no se adhieren al suelo.
- Si se dispone de plato de ducha, se puede colocar una silla o taburete de plástico para que la persona pueda sentarse y evitar caídas. En el caso de las bañeras, existen numerosos dispositivos en el mercado.
- La hora de la higiene es el mejor momento para realizar el afeitado en los hombres; en el caso de las mujeres, se aconseja la crema facial si el vello es abundante, o con pinzas. Desaconsejada la depilación con cera.

## LA BOCA

---

- A. Si la persona es colaboradora, se le cubre el pecho con una toalla y se le cepillan los dientes con un cepillo de cerdas blandas y se le pide que enjuague. El cepillo debe colocarse en un ángulo de 45 grados (respecto a los dientes) para que las cerdas penetren en el espacio interdental. Los movimientos han de ser de arriba abajo para los superiores, y de abajo arriba para los inferiores. En el caso de las muelas, de delante hacia atrás. El primer enjuague se realizará con agua templada, y el segundo con una solución aséptica (por ejemplo, Oraldine,). Cuidado con colutorios con mucho alcohol, ya que son muy irritantes. Se termina limpiando los restos alrededor de la boca y se aplica vaselina en pomada, bálsamos específicos, glicerina o aceite de oliva en los labios para hidratarlos.
- B. Si la persona no es colaboradora y, además, lleva prótesis dental, ésta se le retira y se realiza el lavado de encías con una gasa empapada en antiséptico y las piezas dentales propias con un cepillo humedecido en agua templada, realizando la técnica del cepillado ya explicada.

La dentadura postiza, se enjuaga con agua tibia arrastrando los restos de comida y secreciones, y se procede a un cepillado con dentífrico. La dentadura se coloca humedecida en la boca de la persona. Recordar retirar la dentadura por las noches, dejándola en un recipiente adecuado. En caso de ser necesario, acudir al dentista.

## LAVADO DE CABEZA

---

En personas que caminen y puedan meterse en la ducha o bañera, el lavado se realiza enjabonando y aclarando abundantemente, ya que los restos de jabón producen muchos picores.

En el caso de personas encamadas, se coloca a la persona con la cabeza en el borde de la cama (sin cabecero), se protege el colchón con bolsas de plástico y se coloca una toalla alrededor del cuello de la persona para que no se moje. Tapar los oídos con un poco de algodón, evitando así que entre agua.

Se coloca una bolsa (por ejemplo, bolsa de basura de comunidad) a modo de lavacabezas, y se procede al lavado y aclarado, cayendo el agua dentro de la bolsa (se puede colocar un barreño o cubo en el suelo e introducir el fondo de la bolsa dentro). A continuación se seca y se peina. Cuidado con adornos metálicos u horquillas en personas encamadas, ya que podrían lesionar el cuero cabelludo.

## PREVENCIÓN DE LESIONES

---

No sólo es importante realizar una buena higiene, también es necesario prevenir la aparición de lesiones en la piel. Hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **VESTIMENTA:** es conveniente que la ropa sea de tejidos naturales y transpirables como el algodón. También hay que procurar que la ropa no esté demasiado apretada para una mayor comodidad y para no entorpecer la circulación sanguínea ni los movimientos respiratorios. Especial cuidado en las costuras de los pantalones y en las gomas de los calcetines (cortarlas si es necesario). Si la persona está sentada la mayor parte del tiempo, procurar que los zapatos no le estén demasiado justos, para dejar margen en caso de hinchazón de los **pies**.
- Las **SÁBANAS** deben estar secas y sin arrugas.
- Aliviar los **PUNTOS DE PRESIÓN**, a través de:
  - colchón antiescaras,
  - cambios posturales (cada 2 ó 3 horas),
  - protecciones (compradas o caseras).
- **HIDRATACIÓN** interna y externa:
  - Interiormente ingiriendo abundantes líquidos (agua, zumos, infusiones, gelatinas,...). Los mayores pierden el reflejo de la sed y, por este motivo, debemos insistir en que beban. Si tiene problemas para tragar, existen espesantes de líquidos, pero suelen ser caros y pueden sustituirse por gelatinas comunes, que contienen gran cantidad de agua, proteínas y vitaminas (en caso de diabetes, hacerlas con edulcorante). También así ayudamos a prevenir el estreñimiento, tan común en personas mayores y/o encamadas.
  - Exteriormente, a través de la hidratación de la piel con cualquier crema hidratante, aceites, aceite de almendras dulces o productos específicos de farmacia (por ejemplo, Mepentol).
- **EVITAR LA MACERACIÓN:** existen otro tipo de cremas que previenen el exceso de humedad, llamadas cremas de barrera (cremitas de bebé comunes). Se aplican en zonas con excesiva humedad como ingles, nalgas y bajo los pechos, para evitar irritaciones e infecciones por hongos. Son

muy eficaces, aunque algunas son difíciles de retirar (usar vaselina líquida). Desaconsejado el uso de polvos de talco.

- **EVITAR LESIONES:** para mantener un buen cuidado de la piel, además de realizar la higiene diaria correctamente e hidratar la piel, hay que evitar lesionarla. Tomando algunas precauciones como:
  - retirar joyas y adornos,
  - si la persona se rasca y se produce heridas, colocar unos guantes o calcetines en las manos; si es posible, adquirir una manoplas acolchadas específicas que hay en el mercado (o hacerlas caseras),
  - no andar descalzos, sobretodo los diabéticos que pierden sensibilidad en los pies. Debemos tener especial cuidado y atención con los braseros y estufas,
  - evitar colocar objetos punzantes o salientes en los lugares donde suele estar el mayor o donde pasa con frecuencia,
  - colocar tiras antideslizantes debajo de las alfombras. Siempre se pueden pegar los bordes con cinta adhesiva para que no tropiecen, uso de medidas de seguridad y sujeción como barreras en la cama, asideros en bañera o ducha, sábanas de sujeción,... en caso necesario y, sobretodo, si hay riesgo de caídas.

### **ALIMENTACIÓ**

La dieta debe ser equilibrada. Los yogures y otros productos lácteos son una buena alternativa en caso de problemas de apetito. Una dieta rica en proteínas ayudará en la curación de heridas. A veces, son necesarios los complementos alimentarios (complementan pero NO sustituyen) para déficits nutricionales, siempre bajo prescripción médica.

Incluir fibra para combatir el estreñimiento, junto con grandes cantidades de agua (si no bebe bastante, corremos el riesgo de que la fibra forme un "tapón").

La alimentación también juega un papel importante y decisivo en el proceso de envejecimiento. De una alimentación inadecuada pueden derivarse diversos problemas que, sumados a los propiamente inherentes al envejecimiento, hacen que el esfuerzo invertido en el cuidado de las personas a nuestro cargo sea mayor. Por ejemplo:

- Alimentación en exceso, junto a la disminución de actividad física, conduce a un aumento de peso (llegando a casos de obesidad importantes). En este



## HIGIENE Y CUIDADOS DE LA PIEL

- caso, por ejemplo, hay que estar muy atentos al correcto lavado y secado entre pliegues, ya que es donde suelen aparecer las infecciones por hongos.
- Alimentación por defecto o una nutrición incorrecta, lleva a estados carenciales que pueden derivar en debilitamiento del sistema inmune, favoreciendo el riesgo de infección. También puede conducir a estados de tal delgadez y pérdida de masa muscular que aumentan las probabilidades de que aparezcan úlceras por presión en los puntos de apoyo corporales.

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 dice:

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida que asegure su salud, su bienestar y los de su familia, especialmente en cuanto a alimentación, a vestido, a vivienda, a atención médica y a los necesarios servicios sociales."

Los servicios sociales aparecen en la Constitución Española en el marco del capítulo de los principios rectores de la política social y económica, en el artículo 50, con la función de promover el bienestar, precisamente centrados, en principio, en la atención a la gente mayor.

"Los poderes públicos garantizarán la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad, mediante pensiones adecuadas y actualizadas periódicamente. Con independencia de las obligaciones familiares, promoverán el bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán los problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio."

La Constitución incluye la Asistencia Social (artículo 148.20) como una de las materias en que pueden asumir competencias las Comunidades Autónomas. La Comunidad Autónoma de las Illes Balears ha asumido esta competencia en su Estatuto con la Ley de Acción y Bienestar Social, Desarrollo Comunitario e Integración.

A la vez que el artículo 25.2.k de la Ley 7/1985 de Bases de Régimen Local atribuye a los municipios competencias sobre la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social.

Los servicios sociales, como conjunto de intervenciones públicas destinadas a cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos, dando atención al mantenimiento de su autonomía personal, promoviendo el desarrollo de las capacidades personales, se desarrollan fundamentalmente dos tipos de acciones protectoras: las prestaciones técnicas y las económicas.

En Mallorca contamos con Servicios Sociales de Atención Primaria y también con Servicios especializados dependientes del IMAS (Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales del Consell de Mallorca) o del Gobierno de las Illes Balears.

Por lo que respecta a la cobertura de servicios que pueden interesar al colectivo de cuidadores de personas mayores y también a las personas mayores autónomas y dependientes destacaríamos los siguientes:

### **Servicio de Ayuda a Domicilio**

---

**Descripción:** Servicio público, polivalente y social, que presta ayuda individual a individuos y familias en su domicilio, cuando se encuentran incapacitados temporal o permanentemente por motivos de índole física, psíquica o social.

Cuotas: según normativa municipal.

**Solicitud:** Servicios Sociales Municipales.

### **Servicio de teleasistencia**

---

**Descripción:** Servicio dirigido a aquellas personas que por su situación personal, edad o estado físico, pueden necesitar una atención puntual y una asistencia rápida en casos de emergencia durante las 24 horas del día.

Cuotas: según normativa municipal.

**Solicitud:** Servicios Sociales Municipales.

### **Servicio de comida a domicilio**

---

**Descripción:** Servicio de distribución de comida a domicilio para dar cobertura alimentaria a personas mayores que lo necesiten por motivos ligados a su estado socio-económico o a su capacidad de autonomía personal.

Cuotas: según normativa municipal.

**Solicitud:** Servicios Sociales Municipales.

### **Centro de día**

---

**Descripción:** El centro de día ofrece servicios de acogida y apoyo a personas mayores que vivan solas o convivan con sus familiares y estén afectadas de alguna enfermedad física o psíquica. Su finalidad es terapéutica y rehabilitadora, así como de asistencia para las actividades de la vida diaria.

Cuotas: 25% de los ingresos de la persona mayor .

**Solicitud:** Servicios Sociales Municipales.

### **Estancias temporales en residencias de personas mayores**

---

**Descripción:** Estancias temporales para personas mayores asistidas, con el fin de que los familiares cuidadores puedan disponer de tiempo libre por vacaciones, enfermedad familiar, compromisos o necesidades. Se pueden pedir desde seis días a dos meses con un intervalo de 12 meses. Se deben solicitar con una antelación de un mes, aunque para situaciones imprevistas puede ser inferior.

Cuotas: 75% ingresos persona mayor.

**Información: Servicios Sociales Municipales.**

### **Servicio residencial**

---

**Descripción:** Estancias permanentes para personas mayores en una residencia sea privada o pública. Se debe tener claro si es que se desea una residencia concreta o si es que se tiene necesidad de un servicio residencial y, a pesar de que podría tener preferencias lo que interesa es poder disponer de la plaza en la mayor brevedad posible. Si es el segundo caso, es necesario hacer las solicitudes de demanda de plaza en todas las residencias posibles, ya que el hecho de solicitar plaza en una sola residencia sólo da derecho a tener plaza en aquella residencia cuando haya disponibles.

**Información y solicitud:** Servicio de Atención al Ciudadano del IMAS (Consell de Mallorca).

### **Termalismo Social**

---

**Descripción:** Estancias de 12 días en balnearios, organizadas por el IMSERSO. La estancia es a pensión completa, incluye reconocimiento y seguimiento médico, programa tratamiento termal e informe médico final.

Destinatarios: personas jubiladas, personas viudas de 60 o más años y acompañantes.

Requisitos:

- Ser pensionista.
- Ser válidos.
- No tener trastornos mentales.

Cuotas: Los precios oscilan según el balneario escogido.

**Información:** Oficina de información de la Dirección General de Atención a la Dependencia y de la Fundación Balear de Atención y Apoyo a la Dependencia.

### **Ayudas individuales para personas mayores**

---

**Descripción:** El programa se lleva a cabo a través de una convocatoria pública de ayudas individuales para las personas mayores de 65 años con recursos económicos limitados, destinadas a la atención de los problemas específicos del colectivo con el fin de mejorar su calidad de vida y promover su bienestar social. Las ayudas se clasifican en distintas modalidades:

## RECURSOS Y AYUDAS

- Ayudas técnicas: prótesis, ortesis, adaptaciones funcionales del hogar y otros.
- Excepcionalmente de ayudas técnicas, herramientas básicas necesarias para la vivienda.

**Información:** Servicio de Atención al Ciudadano del IMAS.

Además de los servicios mencionados, como cuestión muy importante, es necesario señalar la existencia de la **Ley 39/2006** *Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*.

La aplicación de esta ley se está haciendo de forma progresiva hasta el año 2011 según el grado de dependencia que resulta de la valoración. Durante el primer año (2007), sólo se aplicó en los casos que presentaban una dependencia de Grado III o Gran Dependencia. Es decir, personas con pérdida total de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial y que necesitan ayuda continuada para el desarrollo de las actividades básicas. A partir del 2008, se fue aplicando en los casos de Grado II de dependencia o Dependencia Severa y progresivamente a los casos con Grado I o Dependencia Moderada hasta acabar con la implementación total en el 2011.

Percepciones que en este momento están en marcha:

- Prestación económica por cuidar de una persona dependiente.
- Cotización a la Seguridad Social del Familiar Cuidador (si no está asegurado)
- Ingreso en residencia.
- Ayudas para Centro de Día.
- Asistente personal a personas que tienen Grado III (casos muy excepcionales)

Más adelante (aun no implementado):

- Posibilidad de disponer de los servicios de una Trabajadora Familiar como Servicio domiciliario de larga duración.

### **Direcciones y teléfonos de interés**

---

#### **Oficinas de Atención al Ciudadano del IMAS:**

Oficinas Centrales

C. General Riera, 67

07010 Palma

Telf. 971 763325

Centro Comarcal de Inca  
C. General Luque, 233  
07300 Inca  
Telf. 971880216

Centro Comarcal de Manacor  
C. Josep López, 1  
07500 Manacor  
Telf. 971844901

**Del Govern de les Illes Balears:**

D.G. Atención a la Dependencia  
Av. Alemanya, 6 Dcha.  
07003 Palma  
Telf. 971177400

Oficina de Información de la Dirección General de Atención a la Dependencia y de la Fundación Balear de Atención y Apoyo a la Dependencia  
Av. del Raiguer, 95  
07300 Inca  
Telf. 971501732

Oficina de Información de la Dirección General de Atención a la Dependencia y de la Fundación Balear de Atención y Apoyo a la Dependencia  
C. Nou, 19 bjs.  
Telf. 971501732

**Información del IMSERSO:** Telf. 901109899



## Familia y dependencia

Cuando hablamos de familiares cuidadores surgen, necesariamente, los conceptos de familia y dependencia. *Familia* porque es la relación que nos une a la persona que cuidamos; normalmente se trata de familiares, que tienen un cierto grado de dependencia por lo que necesitan nuestra ayuda y apoyo.

Podemos definir la dependencia como un "estado en el que se encuentran las personas que, por motivos asociados a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importante para realizar las actividades de la vida cotidiana" (Consejo de Europa, 1998).

En el "*Libro Blanco*" del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004) se contemplan los siguientes tipos de dependencia:

- Dependencia económica: pérdida o falta de recursos económicos.
- Dependencia física: pérdida de control y autonomía para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana.
- Dependencia social: pérdida de relaciones significativas para la persona.
- Dependencia cognitiva: pérdida de la capacidad de resolución de problemas y/o toma de decisiones.

También se distinguen diferentes grados de dependencia:

- Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias de las actividades de la vida diaria (al menos una vez cada día).
- Dependencia severa: cuando necesita ayuda dos o tres veces al día (pero no requiere la presencia permanente del cuidador).
- Gran Dependencia: cuando la persona necesita la presencia indispensable y continúa del cuidador.

Cabe destacar que, al evaluar la salud de las personas dependientes, no sólo tenemos que valorar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades particulares que puedan tener; también la pérdida de su capacidad funcional para desarrollar las actividades de la vida diaria (aumento de dependencia)

La función de la persona es la capacidad que tiene todo individuo para adaptarse a las demandas de la vida diaria (entorno psicosocial), por lo que podemos decir que una persona puede tener una situación funcional óptima o bien sufrir pérdidas de capacidad (psíquica, física o social). Los factores que influyen en la función de las personas son de tipo: fisiológico, cognitivo, afectivo, social, económico, de calidad de vida, entre otras.



Una muestra de independencia y autonomía es la capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. Estas actividades se pueden dividir en:

- Actividades de la vida cotidiana básicas: incluyen la capacidad para cuidar de uno mismo (vestirse, lavarse o alimentarse).
- Actividades de la vida cotidiana instrumentales: contemplan todas aquellas que exigen un mayor nivel de autonomía funcional (ir a comprar, hacer gestiones, etc.).
- Actividades de la vida cotidiana avanzadas: son actos complejos y suponen niveles de intereses personales (como apuntarse a talleres, tener relaciones sociales, etc.).

Es necesario estar especialmente alerta en el tipo de déficit de funcionalidad, debido a que puede haber una pérdida de autonomía enmascarada en otro tipo de proceso (por ejemplo, depresión) que podría pasar desapercibida como tal.

La Organización Mundial de la Salud contempla tres niveles sobre los cuales se puede manifestar una enfermedad:

- **Deficiencia:** como pérdida o anormalidad de la función psicológica, fisiológica o anatómica. Nivel orgánico.
- **Discapacidad:** refleja la consecuencia de una deficiencia cuando se realizan las actividades de la vida diaria. Nivel personal (funcional).
- **Minusvalía:** es la desventaja que le supone a una persona una deficiencia o discapacidad, para mantener su rol normal. Nivel social.

Uno de los factores que causan el deterioro en la funcionalidad y pueden llegar a conducir a la dependencia es la falta o dificultad de movilidad. Las causas pueden ser de muchos tipos, y pueden ir de la debilidad generalizada, traumatismo con y sin fractura o problemas en los pies, hasta otros más graves como patologías óseas, ictus, neuropatías, etc. Las consecuencias también son muchas:

- Rigidez y contracturas
- Pérdida de fuerza muscular
- Úlceras de presión
- Trombosis arterial y venosa
- Estreñimiento y retención urinaria
- Confusión
- Depresión

- Privación y aislamiento social.
- Dependencia
- Institucionalización

Además de la falta de movilidad, hay factores importantes en la dependencia. Los podemos dividir en:

- Factores físicos:
  - o Deterioro de los sistemas biológicos orgánicos (por ejemplo, sistema cardiovascular).
  - o Debilidad
  - o Limitaciones sensoriales
  - o Enfermedades crónicas
  - o Uso de fármacos
- Factores psicológicos:
  - o Trastornos mentales
  - o Expectativas
  - o Estereotipos
- Factores económicos
- Factores contextuales (ambiente)
  - o Nivel de estimulación
  - o Exceso de protección
- Factores sociales:
  - o Ambiente e interacciones sociales
  - o Modelos sociales

Extraído del "*Libro Blanco de la Dependencia*" elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004)

Es esencial educar a las personas funcionalmente independientes con técnicas para favorecer su propia autonomía: enseñarles cómo economizar las articulaciones y las energías, mejorar su capacidad cardiovascular, su fuerza y resistencia, a facilitar la realización de tareas sin riesgo de accidentes, etc.

En el caso de las personas dependientes, hay que tener en cuenta que la presencia de cuidadores (formales y no formales) permite que la persona permanezca en su casa recibiendo las atenciones adecuadas para cubrir sus necesidades.

Según una encuesta hecha por la Generalitat de Catalunya para el "Libro Blanco de personas mayores", el 78.6% de las personas mayores prefieren vivir en su casa, sólo un 14% quieren vivir con sus hijos u otros familiares y un 2.5% en una residencia.

Es imprescindible que el cuidador conozca las necesidades de la persona y pueda responder a ellas adecuadamente, tenga información suficiente y también que el cuidador tenga un espacio personal en el que se pueda relajar, contar lo que siente y piensa, etc.

También es cierto que cuidar a una persona dependiente implica, necesariamente, cambios en la familia (tanto si convive en su casa como si lo hace con la familia). Una persona, que hace de cuidador principal, tiene que adaptarse a ese nuevo rol, cambiar todas sus rutinas y hábitos y dedicar la mayor parte de su día a cuidar del otro. Toda esta situación puede llegar a ser un panorama agotador.

La responsabilidad de cuidar de las personas dependientes aún se resuelve en el nivel individual de la intimidad familiar y, casi siempre, con el sacrificio y renuncia de alguna persona (en general, una mujer). Muchas veces esta mujer se ve abocada a dedicar muchas horas a esta nueva tarea, que puede agotarla y hacer que se llegue a sentir abandonada o impotente para ayudar, tal y como querría, a su familiar.

Además, a consecuencia de esta nueva situación que vive la familia, pueden surgir conflictos por muchos motivos, que se tratarán con detenimiento en la última parte de esta sesión.

Según una encuesta del Centro de investigaciones sociológicas, el 85% de las personas dependientes requieren una atención diaria y, para la mitad de ellos, la atención requerida supera las cinco horas diarias. La misma encuesta constata que el 90% de las cuidadoras formales toman su responsabilidad como un deber moral y, en general, lo realizarían por iniciativa propia (59%). A pesar de ello, el 32% de los cuidadores se sienten deprimidos y en un 29% ven deteriorada su salud a consecuencia de la reducción de tiempo para el ocio y las vacaciones (noticia extraída de Infoelder, Nov. 2006).

### **¿Qué pueden hacer los cuidadores?**

- Intentar descansar y dormir las horas necesarias.
- Crear una rutina de los cuidados diarios y semanales.
- Informarse de todos los recursos disponibles a los que pueden tener acceso.
- Identificar las tareas que le resultan más estresantes o le generan más ansiedad

y tratar de buscar soluciones al respecto o mejorar las propias respuestas.

- Reconocer que la atención de dependientes es difícil y, a menudo, agotadora y que implica un cambio importante de los roles familiares. Intentar no ser muy duro con uno mismo cuando se experimenta impaciencia, malestar, frustración o tristeza.
- Intentar no personalizar los problemas que surgen y evitar pensar que la otra persona quiere ponérselo más difícil.
- Establecer acuerdos con otros familiares o cuidadores formales para tener tiempo libre.
- Valorar lo positivo y valioso del esfuerzo propio.
- Evitar el aislamiento.
- Participar en talleres o grupos de autoayuda.
- Si se tienen, recurrir a prácticas o creencias religiosas.

(Informe sobre la tercera edad en Argentina, 2000)

### **Reflexiones**

---

Somos familiares cuidadores de personas dependientes: cuidar a esta persona nos cambia la vida, ¿lo aceptan? ¿Hay que hablar de ello? ¿Hay que hacer algo? ¿En qué nos cambia la vida?

- Porque nos fatiga psicológicamente.
- Porque nos cansamos físicamente.
- Porque perdemos grados de intimidad.
- Porque cuestiona la manera de funcionar que tenemos.
- Porque las relaciones cambian.
- Porque tenemos que aprender y reaprender.
- Porque involucra nuestros sentimientos:
  - o ¿Para conformarnos?
  - o ¿Para confundirnos?
  - o ¿Para enfadarnos?
  - o ¿Para estar en paz?

¿Quién llega a ser cuidador?

- ¿La única persona posible?
- ¿La persona más débil?

- ¿La persona más sola?
- ¿La persona que gana más?
- ¿La persona que pierde más?
- ¿La persona que está más cerca?
- ¿La persona que le quiere más?
- ¿La persona a la que le toca?

¿Cómo podemos cuidarnos?

- Negociando las decisiones.
- Teniendo tiempo para nosotros.
- Buscando nuevas maneras de organizarnos.
- Descansando físicamente.
- Descargándonos psíquicamente.
- Teniendo personas de confianza.
- Siendo firmes desde la comprensión y paciencia.
- Distrayéndonos.

### **Conflictos relacionales**

---

A medida que la persona se va volviendo dependiente, pueden ir surgiendo conflictos de relación en la familia, y conviene tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Algunas respuestas de la persona son debidas a su enfermedad (demencia, Alzheimer...) y no por mala voluntad.
- Debemos tener mucha paciencia al reaccionar ante algunas situaciones, no podemos ser rígidos.
- Detrás de cada persona hay una historia que es necesario conocer y entender: hay que poner atención a los sentimientos y emociones de la persona a la que cuidamos.
- Actuemos con respeto y actitud sincera: escuchemos y pongámonos en la piel del otro.
- Intentemos no perder nuestro sentido del humor.
- Potenciemos al máximo el proceso de autonomía de la persona: dejémosle hacer todo lo que pueda hacer por ella misma, hemos de dejarla decidir y actuar.

- Recordar, cuando hablamos con ella, que se trata de una persona adulta: evitar hablar como si fuese un niño pequeño.
- Procuremos plantear actividades que tengan los siguientes objetivos:
  - o Que tengan sentido para la persona.
  - o Que le aporten dignidad y confianza.
  - o Que sean actividades sencillas, cómodas y que incluyan contacto social.
  - o Que puedan poner en práctica los hábitos aprendidos y las destrezas que tienen.

A veces nos podemos sentir solos por la situación que estamos viviendo: pensamos que somos las únicas personas que se sienten frustradas o insatisfechas, que este sentimiento de culpabilidad no lo puede entender nadie más que nosotros. Poder hablar con gente que está viviendo la misma circunstancia que nosotros, que también cuida a personas dependientes, nos hace sentir que no somos los únicos que lo sentimos; descansamos y nos sentimos liberados cuando compartimos sentimientos con los otros, cuando hablamos y comprobamos que los otros entienden lo que sentimos.

Por ello, también es importante que, cuando la persona dependiente empieza a necesitar mucha ayuda, la familia permanezca unida: todos tendremos sentimientos parecidos respecto a la misma situación, lo que permitirá que nos entendamos y servirá como punto de unión entre todos.

Si han surgido conflictos entre los miembros de la familia porque, por ejemplo, alguien no ayuda todo lo que pensamos que debería, podemos intentar hablarlo.

### **¿Cómo pedir ayuda? Recomendaciones paso a paso:**

- Pedir permiso: "Escúchame: ¿tienes un momento para hablar?"
- Hablar de forma directa y precisa: "Me gustaría que te hicieras cargo de tu padre el jueves o el viernes".
- Expresar los propios deseos y necesidades: "De esta forma yo podré salir un poco. Últimamente estoy agotada".
- Comprobar que el otro entiende la petición y contemplar la posibilidad de que te digan que no: "Si no puedes, dímelo, no me voy a enfadar".
- Insistir en la petición cuantas veces sea necesario de manera amable y cortés: "Para mí es importante que te quedes con tu padre el jueves o el viernes y así podré descansar. Sería muy amable por tu parte que te quedases el jueves o el viernes, yo necesito descansar".

- Ofrecer una alternativa hasta llegar a un acuerdo: "¿Te viene mal? ¿qué te parece el sábado? Dime qué día puedes tú".
- Agradecer la ayuda: "Muchas gracias. Es un alivio que me ayudes. Qué suerte tengo de tenerte".

Pedir ayuda no es una señal de debilidad y no debemos pretender hacer todas las tareas nosotros solos. ¡Hablémoslo! Si es posible, podríamos organizar reuniones familiares periódicas para poder hacer la distribución de las responsabilidades que supone ser cuidador y tratar:

- ¿Qué personas están dispuestas a participar?
- ¿Qué grado de compromiso puede adquirir cada miembro de la familia?
- ¿Qué limitaciones tiene cada miembro?
- ¿Quién hará qué y qué días?

Si los conflictos hacen referencia a la manera que consideramos más correcta para tratar a nuestro familiar, también hay que hablarlo. Intentemos ser asertivos: defender nuestros derechos sin pisar a los demás, negociar de tal manera que todos ganemos. Puede ser positivo exponer los puntos a favor y en contra de todos los puntos de vista planteados: ¿Qué hay de positivo en esto? ¿Y de negativo? ¿Qué hay de positivo en esto otro? ¿Y de negativo? Podemos intentar llegar a un acuerdo y tomar una decisión que nos haga sentir bien a todos.

Los sentimientos que se manifiestan ante la necesidad de cuidar de un familiar, también puede ser una fuente de conflicto familiar. ¿Qué sentimos y cómo actuamos? Ante una misma situación tenemos diferentes maneras de responder y hacerle frente. Algunos sentirán frustración o impotencia, otros, irritabilidad, otros se pueden sentir deprimidos o tristes. Todos los sentimientos son respetables y lo que podemos hacer es compartirlos: ver que a nuestro alrededor entienden lo que sentimos es un alivio.

A veces no será fácil mantener un fuerte vínculo familiar, pero podemos procurarlo y solucionar, de la mejor manera posible, los conflictos que puedan ir surgiendo.

A vegades no serà fàcil mantenir un fort vincle familiar, però ho podem procurar, i solucionar, de la millor manera possible, els conflictes que puguin sorgir.

El cuidador informal es la persona que se responsabiliza de la atención de otra persona, de su entorno que lo necesita. Cada vez la persona enferma necesita más atenciones, esto puede causar la sobrecarga del cuidador.

### **Signos de alarma de la sobrecarga:**

- Sensación de no tener tiempo libre para uno mismo, de vivir exclusivamente para el enfermo.
- Insomnio, pesadillas...
- Cansancio, palpitaciones, temblores de manos, molestias digestivas.
- Problemas de memoria y concentración.
- Menos interés por las relaciones sociales y/o familiares, y sus entretenimientos.
- Cambios de peso sin control.
- Cambios frecuentes de humor o del estado de ánimo: se enfada fácilmente, desconsideración hacia los familiares y/o amigos, depresión y nerviosismo.
- Padecer pequeños accidentes (caídas, quemaduras...)
- Sentimiento de culpabilidad por la creencia que la forma de cuidar a su familiar no es la apropiada.
- Disminuye la comprensión hacia el familiar y la concentración en las tareas aumentando los pequeños errores que repercutirán en la calidad de la atención.
- Hablamos de claudicación del cuidador cuando éste se siente desbordado y no se ve capaz de seguir con las atenciones.

### **¿Cómo se puede prevenir la sobrecarga?**

InfoEstar informado sobre la enfermedad, qué evolución tiene y qué atenciones nuevas podrá necesitar para así estar preparado.

Haga una reunión familiar para repartir las responsabilidades económicas, materiales y personales, de manera que las asuma uno u otro familiar concreto. Así se sentirá apoyado. Escriba los acuerdos para evitar conflictos de futuro. Invierta tiempo para cuidarse.

Descanse, salga con su pareja o amigos, haga ejercicio. Tómese unas vacaciones, aunque sean pocos días, es un respiro físico y psicológico.

Puede pedir un ingreso en una residencia. Recuerde a sus familiares el compromiso de la atención entre todos. Hay grupos de ayuda para cuidadores,



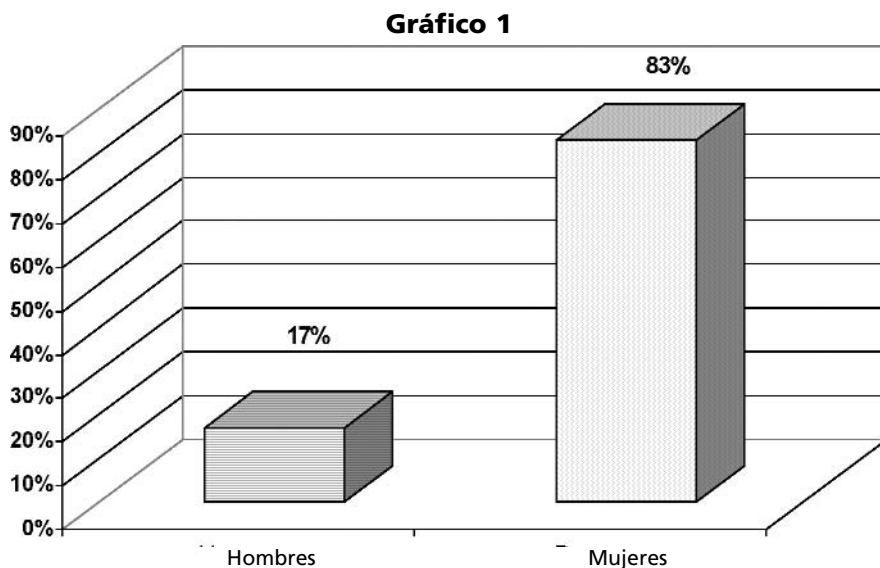
## SÍNDROME DEL FAMILIAR CUIDADOR

ayudas de tipo social (comidas a domicilio, ayudas económicas, trabajadores familiares, ingresos temporales en residencias...) y ayudas técnicas para vestir, alimentación, movilidad, etc.

Si usted está bien, rendirá mejor en sus atenciones y mejorará su salud y humor.

### **Perfil característico del cuidador/a:**

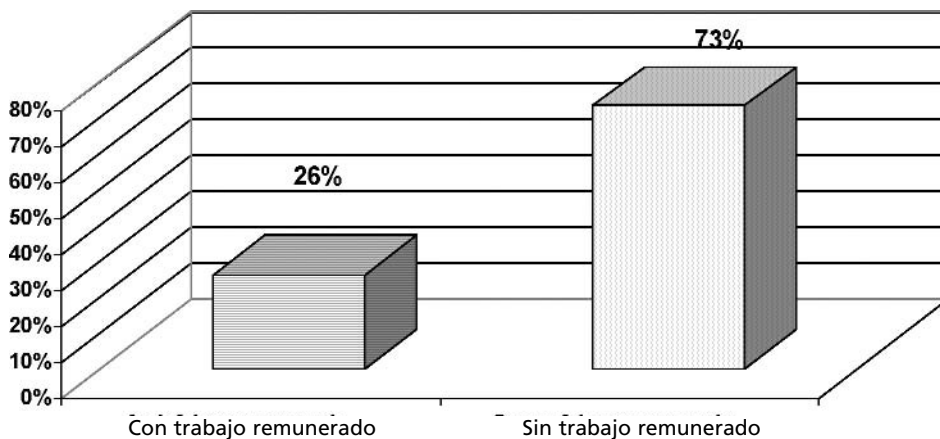
---



- La mayoría de los cuidadores son mujeres (83%). (Gráfico 1). De entre las mujeres cuidadoras, un 43% son las hijas, un 22% son las mujeres y un 7,5% son las nueras.
- La edad media de los cuidadores es de 52 años (20% superan los 65 años).
- El 77% están casados.
- El 60% de los cuidadores comparten el domicilio con la persona cuidada.

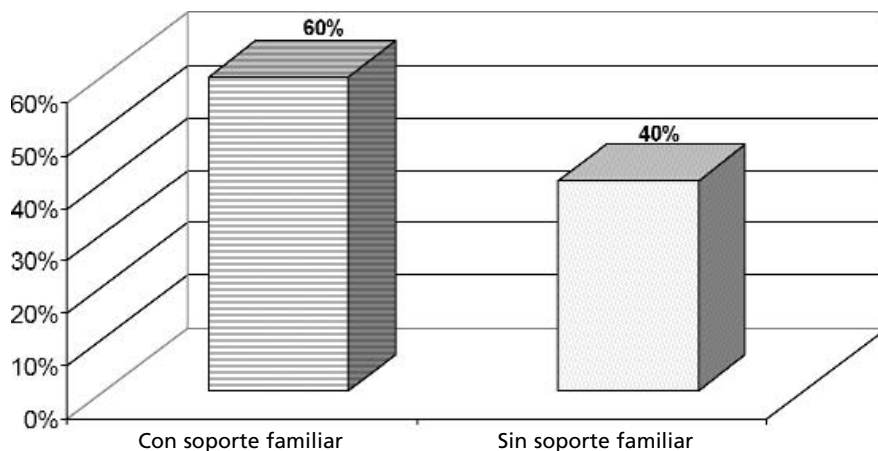
## SÍNDROME DEL FAMILIAR CUIDADOR

**Gráfico 2**



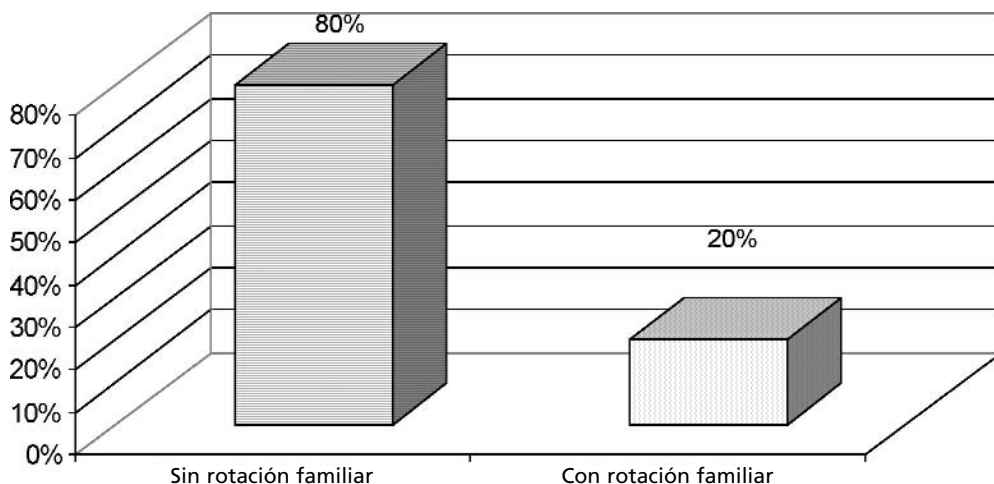
- En la mayoría de los casos no hay una ocupación laboral remunerada del cuidador (73%). (Gráfico 2).
- La mayoría de los cuidadores ayudan diariamente a su familiar mayor (85%).

**Gráfico 3**



- Gran parte de los cuidadores no reciben ayuda de otras personas (60%).(Gráfico 3).
- Percepción de la prestación de ayuda: cuidado permanente.

**Gráfico 4**



- La rotación familiar o sustitución del cuidador principal por otros miembros de la familia es moderadamente baja (20%). (Gráfico 4).
- Una parte de ellos comparte la tarea del cuidado con otros roles familiares como la de cuidar a los hijos (17%).

## **Mujer y dependencia**

Aunque la responsabilidad de cuidar a una persona mayor de la familia puede recaer en una persona de género masculino, los datos de todos los informes y estudios que tratan este tema señalan que las mujeres se dedican de manera prácticamente completa.

A continuación os presentamos algunos datos y consideraciones para conocer la situación de las mujeres que cuidan a mayores dependientes dentro de la familia.

Según el IMSERSO (2004) el perfil del familiar cuidador es el de una mujer (84%) de entre 45 y 65 años (la edad más frecuente son 53 años), casada (75%), que es la hija (43%), la esposa (22%) o la nuera (7'5%) de la persona mayor y que no tiene ocupación laboral (77%). Suele atender a una persona mayor (85%).

Es importante señalar que estos datos los aportamos porque están comparados con unos anteriores de 1997 y la tendencia es a aumentar la carga sobre las mujeres, en concreto porque aumentan las que trabajan. Recordemos

## SÍNDROME DEL FAMILIAR CUIDADOR

que la mayoría están casadas, con lo que llevan la carga del trabajo doméstico y, por la edad, es probable que puedan tener algún hijo o hija aun es su casa.

Por franjas de edad y considerando diversos años, el número de mujeres potencialmente cuidadoras de mayores comparado con la estimación de personas mayores dependientes en las Illes Balears es la siguiente:

<b>Edad</b>	<b>1991</b>	<b>1996</b>	<b>2001</b>	<b>2006</b>
<b>Mujeres 45 a 69</b>	92.911	101.840	116.552	135.834
<b>Mujeres 45 a 79</b>	119.499	131.599	149.969	171.439
<b>Mujeres 45 a 65</b>	75.477	93.326	96.719	116.487
<b>Mujeres 65 a 79</b>	44.022	48.273	53.250	54.952
<b>Mayores dependientes</b>	16.601	18.602	21.107	22.785

Una de las observaciones que podemos hacer con estos datos es que el colectivo de mujeres que menos ha aumentado es el de las mujeres de 65 a 79 años, que lo ha hecho en un 25%, debido a que son mujeres que ya no tienen una ocupación laboral (son mayores de 65 años) y que no provienen de la inmigración. Seguramente se trate de las abuelas de Baleares, cuya población sigue las tendencias a la baja de la población de más edad.

Es muy importante destacarlas porque serán, y de hecho son, las cuidadoras familiares de la primera línea de asistencia, antes de las hijas y las nueras para la atención doméstica a la dependencia. También son, en general, más jóvenes que sus maridos, que pueden presentar dependencia antes que ellas. Paradójicamente, después de haberse sacrificado atendiendo a la dependencia, si llegan ellas mismas a sufrir una disminución de su autonomía, no tendrán al marido para ser atendidas, de manera que se desplazará la cobertura de la necesidad a otra mujer (las hijas o las nueras), que ya pertenece a otra generación y que vive, por tanto, unas circunstancias personales, familiares, laborales y sociales menos favorables para la atención a la dependencia en el domicilio de la persona mayor.

Tareas frecuentes de los cuidadores:

- Ayuda en les actividades de la casa (cocinar, limpiar, planchar, etc.).
- Ayuda para el transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañarlo al médico).

## SÍNDROME DEL FAMILIAR CUIDADOR

- Ayuda para el desplazamiento al interior del domicilio.
- Ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).
- Ayuda para la administración del dinero y los bienes.
- Supervisión en la toma de medicamentos.
- Colaboración en tareas de enfermería.
- Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida.
- Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de forma agitada).
- Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
- Hacer muchas "pequeñas cosas" (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercarle la radio, etc.).

Cuidar de un familiar que depende de nuestra ayuda para satisfacer sus necesidades puede ser una de las experiencias más conmovedoras y satisfactorias. Cuidar de una persona puede hacer que en las numerosas tareas que ello implica descubramos en nosotros mismos cualidades, aptitudes o talentos que, probablemente, de otra manera hubiesen pasado desapercibidas.

Así mismo, al cuidar de otras personas puede ser que establezcamos una relación más próxima con ellas, y que descubramos en ellas cosas interesantes que hasta aquel momento estaban ocultas para nosotros. Una gran parte de los cuidadores, acaban descubriendo la íntima satisfacción de ser útiles a los suyos familiares más próximos.

También puede ser una de las experiencias más solitarias e ingratas. En muchos casos, cuidar de alguien es, al mismo tiempo, solitario, ingrato, conmovedor y satisfactorio. Lo que es seguro es que cuidar de un familiar es una de las experiencias más dignas y merecedoras de reconocimiento por parte de la sociedad.

El primer paso para conseguir ayuda es pedirla.

Los cuidadores no han de pretender hacer frente a las responsabilidades de cuidar ellos solos, pero tampoco, han de suponer que toda la gente de su alrededor les ayudará de forma natural o espontánea. Si un cuidador no pide ayuda, es probable que no la consiga.

La mayoría de los cuidadores se encuentran con obstáculos que les dificultan la tarea de pedir ayuda. Entre estos "obstáculos" se encuentran una serie de creencias o consideraciones que tienen los cuidadores hacia el hecho de pedir ayuda a otras

personas. Estas creencias o consideraciones constituyen las razones principales de que muchos cuidadores no pidan a otras personas la ayuda que necesitan.

Muchos cuidadores no piden ayuda a sus familiares y amigos:

...porque consideran que debería de salir de ellos.

...porque no quieren implicar a nadie en el cuidado de su familiar.

...porque consideran, por distintas razones, que la responsabilidad principal de cuidar, ha de ser exclusivamente suya. Los cuidadores que piensan así consideran que es natural que todo el peso de cuidar recaiga encima de ellos.

...porque consideran que las otras personas están muy ocupadas con sus propias vidas y no quieren molestarlas o interferir en ellas.

...porque consideran que es un signo de debilidad, que ellos deberían poder afrontar la situación por sí mismos.

...porque en alguna ocasión lo intentaron y no obtuvieron buenos resultados.

Sean cuales sean las dificultades que los cuidadores encuentren a la hora de pedir ayuda para la tarea de cuidar a su familiar dependiente, es recomendable que, como primer paso para conseguir la ayuda, reflexionen sobre una serie de puntos importantes:

- Se ha de aceptar que: Cuidar a un familiar mayor no es tarea para una persona sola.
- Es necesario contar con ayuda, para compartir responsabilidades a la hora de cuidar, pudiendo así tener momentos de respiro y también periodos de descanso más prolongados o vacaciones.
- Pedir ayuda no es un signo de debilidad: es una excelente forma de cuidar de su familiar mayor y de sí mismos.
- La ayuda de los otros no siempre sale espontáneamente de éstos muchas veces es necesario pedirla
- Exigir la ayuda o pedirla con agresividad, como si fuese una obligación no son estrategias recomendables para conseguir el apoyo y la colaboración de familiares y amigos.
- No todas las formas de pedir ayuda son igualmente eficaces. Los cuidadores que consiguen más colaboración por parte de familiares y amigos la piden de forma adecuada y eficaz.

## **Fases del síndrome del familiar cuidador**

---

### **Primera fase o de estrés laboral**

El cuidador vive por y para el familiar. Durante un tiempo determinado puede asumir este estado, pero el cansancio, la fatiga, el estrés puede desencadenar una situación de cansancio físico que provocará un descenso en la calidad del familiar.

En algunas ocasiones será consciente de este descenso de la calidad, y en otras puede pasar desapercibido. La duración de esta fase es variable dependiendo de la capacidad de respuesta del propio cuerpo.

### **Segunda fase o de estrés afectivo**

Puede venir derivada de la sensación de carencia psicológica de afecto o de comprensión por parte de las personas que tiene más cerca, y usted como cuidador puede pensar que no le dan el apoyo necesario. En ocasiones esta sensación es sin fundamento, pero en otras es bien real.

Todos necesitamos un cierto reconocimiento por parte de los demás de que lo que hacemos es correcto, o que los demás aprecien y valoren nuestra tarea. Este golpecito en la espalda que nos anima a continuar, nos ayuda a superar las dificultades con las que nos encontramos.

La duración de esta fase es variable pero generalmente no muy extensa.

### **Tercera fase o de inadecuación personal**

En esta fase, el familiar cuidador empieza a sufrir las consecuencias psicopsíquicas por la atención desmedida dedicada al enfermo.

Está demostrada la mayor incidencia de enfermedades físicas y psíquicas en familiares cuidadores, como patologías crónicas como: cansancio, sobrecarga muscular, úlceras gástricas, cefaleas, insomnio, crisis de ansiedad, alteraciones afectivas, incapacidad para concentrarse...

### **Cuarta fase o de vacío personal.**

Esta fase vendrá derivada por la carencia física del familiar, después de la muerte del enfermo, el cuidador se encuentra con que el espacio que antes llenaba con la atención continua y mantenida con el sobre esfuerzo físico y mental está por llenar. Pueden aparecer sentimientos de culpabilidad, de apatía general.....

A les sessions que s'han desenvolupat en aquest llibre per al Programa de familiars cuidadors s'han exposat, des d'una perspectiva multidisciplinar, diferents elements que fan que proporcionem la millor atenció al nostre familiar major. No obstant això, mai hem d'oblidar que per donar suport a una altra persona hem de partir de les més bones condicions personals possibles, és a dir, ens hem d'ocupar de nosaltres mateixos. La seva valuosa experiència com a cuidadors us ha fet experimentar, molt probablement, que és una tasca extenuant tant físicament com psicològica. Malgrat aquesta sensació de desgast són molts els cuidadors que per diversos motius (manca d'organització, sentiments injustificats de culpa...) no es cuiden el que seria necessari.

Per poder compensar aquesta situació, hi ha un conjunt d'estratègies que serveixen per cuidar-se un poquet més i millor davant els principals problemes als quals s'ha d'enfrontar el cuidador. Al quadre de la pàgina següent se sintetitzen les principals.

	<b>Cuidado del cuidador (1)</b>	
<b>Problemas</b>	<b>Herramientas de apoyo</b>	
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hacer pequeñas pausas durante el día para "desconectar" y relajarse</li> <li>- Organizar el tiempo con el fin de poder realizar diariamente un mínimo de 30 minutos de actividad física: por ejemplo, caminar más rato para hacer las gestiones diarias, pedalear en una bicicleta estática, caminar con el familiar dependiente...</li> <li>- Priorizar los trabajos que son imprescindibles y ser más flexibles con los otros</li> <li>- Practicar alguna afición que distraiga</li> <li>- Aprender diferentes técnicas de relajación</li> <li>- Realizar ejercicios de estiramiento</li> </ul>	
Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar las comidas indigestas y las bebidas excitantes</li> <li>- Hacer actividad física durante la mañana o tarde, no más tarde</li> <li>- Procurar que la habitación tenga una temperatura adecuada, silencio y oscuridad</li> <li>- Evitar las siestas</li> <li>- Realizar actividades relajantes antes de ir a dormir</li> <li>- Mantener rutinas para ir a dormir, y procurar ir siempre a la misma hora.</li> <li>- Hacer turnos para atender al familiar por la noche</li> </ul>	
Pensamientos negativos desproporcionados	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">D</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">e</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">s</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">e</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">s</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">p</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">e</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">r</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">n</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">z</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">a</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer y aceptar los sentimientos negativos</li> <li>- Reformular los pensamientos de tipo "nunca...", "siempre...", "no puedo...", por otros con los que la persona tenga un papel más activo para controlar la situación: "puedo hacer..." "voy a pensar alternativas o soluciones..."</li> <li>- Buscar un momento en el día para realizar una afición gratificante, priorizando las que podamos compatibilizar con el cuidado del familiar</li> <li>- Evitar el aislamiento social</li> <li>- Expresar los propios sentimientos a la gente de confianza</li> <li>- "Obligarse" a salir de casa</li> <li>- Practicar alguna actividad física que guste, y si es posible, en compañía de otros (p. ej.: ir a caminar con amigos..., gimnasia colectiva)</li> </ul>

Sigue →



# PAUTAS PARA EL CUIDADO DEL CUIDADOR

<b>Cuidado del cuidador (2)</b>		
<b>Problemas</b>	<b>Herramientas de apoyo</b>	
Pensamientos negativos desproporcionados	Culpa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprender que es imposible que uno solo sea capaz de cubrir todas las necesidades del familiar: hay que proponerse metas realistas</li> <li>- Pensar que para poder cuidar a los otros es necesario primero poderse cuidar</li> <li>- Aceptar y aprender de los propios errores</li> <li>- Aprender a poner límites al cuidado</li> <li>- Identificar y expresar los sentimientos de culpa</li> <li>- Respetarse y valorarse a uno mismo</li> </ul>
	Ira	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar y aceptar los pensamientos de enfado</li> <li>- Ser consciente de que la persona cuidada a veces no es consciente de las consecuencias de sus actuaciones</li> <li>- Alejarse del contexto que ha provocado la situación de ira si se siente que no se puede controlar.</li> <li>- Expresar adecuadamente los sentimientos de ira.</li> <li>- Poner en práctica técnicas de relajación</li> <li>- Buscar momentos de "respiro"</li> </ul>
	Preocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buscar o pedir información de la situación / enfermedad del familiar</li> <li>- Buscar recursos de apoyo</li> <li>- Contactar con asociaciones de personas dependientes</li> <li>- Consultar a profesionales sociosanitarios</li> <li>- Planificar el futuro con la situación del familiar con el fin de adaptarse mejor a los cambios</li> <li>- Expresar las propias preocupaciones a las personas adecuadas</li> </ul>
Aislamiento social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buscar un tiempo a la semana para estar en contacto con personas con las que se tenga una relación satisfactoria</li> <li>- Dedicar un tiempo al día para hacer gestiones que obliguen a salir de casa</li> <li>- Negociar con familiares con el fin de que se queden con la persona a la que se cuida algunos momentos al día y/o a la semana.</li> <li>- Priorizar las relaciones sociales que puedan dar apoyo emocional</li> </ul>	
Cansancio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar conciencia de la necesidad de cuidarse</li> <li>- Pensar que para poder cuidar a los otros es necesario primero poderse cuidar</li> <li>- Hacer pequeñas pausas durante el día para "desconectar" y relajarse</li> <li>- Organizar el tiempo con el fin de poder realizar diariamente un mínimo de 30 minutos de actividad física: p. ej. Caminar más rato para hacer las gestiones diarias, tener una bicicleta estática, caminar con el familiar dependiente...</li> <li>- Priorizar los trabajos que son imprescindibles y ser más flexibles con los otros.</li> <li>- Intentar dormir las horas pertinentes</li> <li>- Mantener una alimentación adecuada</li> <li>- Pedir ayuda a familiares/amigos/servicios sociales</li> <li>- Dejar que el familiar cuidado haga por él mismo todas las actividades que aun puede realizar</li> </ul>	

De las situaciones problemáticas antes mencionadas, tal vez el sentimiento de ansiedad sea uno de los más frecuentes. En la vida se producen situaciones externas (laborales, familiares...) o internas (ciertos tipos de pensamientos, preocupaciones...) que cuando se perciben por parte del individuo como amenazantes producen un incremento de activación por parte del organismo. Esta reacción es normal e incluso a veces es adaptativa. El problema surge cuando ésta se produce de forma desproporcionada o durante mucho tiempo, o bien ante un estímulo poco "amenazante".

Para reducir este exceso de activación que interfieren en el funcionamiento cotidiano del sujeto contamos con el recurso de las técnicas de relajación, éstas generan una respuesta somática (sensaciones físicas) y cognitiva (estados mentales) incompatible con las manifestaciones de la ansiedad. A continuación, se explican con más detalle las principales técnicas de relajación con la finalidad de que, poniéndolas en práctica, puedan experimentar que es posible reducir el nivel de ansiedad.

### **Respiración consciente:**

Consiste en realizar una serie de actividades orientadas a tomar consciencia del gesto respiratorio: cómo es el movimiento que realizamos cuando respiramos, dónde se localiza, qué volumen de aire inspiramos, cuál es el ritmo inspiratorio-espирatorio... y apreciar cómo influyen todos estos factores en el nivel de activación fisiológica y psicológica.

La conciencia del gesto respiratorio debe ir acompañada de un control progresivo de éste con el fin de que la respiración sea más pausada y de tipo diafragmático. Este control lleva asociado un doble beneficio, por una parte a nivel físico, ya que el tipo de respiración que se quiere mantener es incompatible con una situación de activación física, y por otra, a nivel psicológico, tanto por la sensación de bienestar que produce esta bajada de nivel de activación física, como por el hecho de que haber estado concentrados en la propia respiración no permite entrar en otros tipos de pensamientos que generan angustia o ansiedad.

### **Ejemplos de ejercicios respiratorios:**

1. De pie, inspire preferiblemente por la nariz, elevando suavemente los brazos y sintiendo como «se levantan y se separan» las costillas y espire bajando lentamente los brazos. Vuelva a repetir este ejercicio tres o cuatro veces más.
2. Sentado cómodamente, ponga una mano en el pecho y la otra en la parte superior del abdomen. Empiece a respirar como lo hace habitualmente y

fíjese qué mano se levanta más con el movimiento respiratorio. Después haga tres o cuatro respiraciones intentando que el aire llene la parte inferior de los pulmones, notando así que se levanta más la mano que está sobre el abdomen. A continuación, realice tres o cuatro respiraciones completas, es decir, intentando que se llene primero la parte inferior de los pulmones y después la superior, el movimiento respiratorio hará que se levanten ambas manos, primero la que está sobre el abdomen y después la que está sobre el pecho.

3. Inspire profundamente, intentando llenar completamente los pulmones como en el ejercicio anterior, haga una pausa y espire completamente el aire por la boca. Vuelva a repetir este ejercicio tres o cuatro veces.
4. Inspire haciendo pequeñas pausas, es decir, como cuando bebemos agua, coja aire por la nariz, haga una pequeña pausa, coja más aire, haga otra pausa y coja más aire, después expulse el aire por la boca sin hacer ninguna parada respiratoria. Repita este ejercicio tres o cuatro veces y después hágalo a la inversa, primero inspire en un tiempo y espire haciendo una o dos pausas.
5. Este último ejercicio propuesto combina la técnica del control de la respiración con la técnica que veremos desarrollada más adelante, de la visualización. Consiste en respirar mientras ponemos en nuestra mente una imagen de nosotros mismos sentados en una playa al lado del mar, nos imaginaremos que con cada inspiración se acerca una suave ola y con cada expiración el mar vuelve atrás, repetiremos esta escena unas diez veces.

### **Relajación muscular progresiva**

Esta técnica de relajación se lleva a cabo contrayendo y relajando progresivamente diferentes grupos musculares.

La persona deberá sentarse o tumbarse cómodamente en una habitación sin ruido y con poca luz.

Empezará tensando un grupo muscular presionando y tensando con fuerza los músculos con el fin de sentirlos rígidos y tirantes, observando interiormente la incomodidad de la tensión.

A continuación relajará el mismo grupo muscular, fijándose bien cómo se aflojan los músculos y disfrutando de la sensación de relajación que va invadiendo la zona.

Finalmente compare la sensación física de los músculos completamente relajados con la anterior sensación de tensión.

Los grupos musculares que puede ir contrayendo y relajando progresivamente pueden ser los siguientes:

- pie derecho
- rodilla derecha
- pie izquierdo
- rodilla izquierda
- mano derecha
- brazo derecho
- codo izquierdo
- glúteos
- pecho
- cuello
- músculos faciales
- pantorrilla derecha
- pierna derecha
- pantorrilla izquierda
- pierna izquierda
- codo derecho
- mano izquierda
- brazo izquierdo
- musculatura abdominal y lumbar
- hombros
- mandíbula

### **Visualización:**

---

La técnica de visualización consiste en llevar a la mente imágenes percibidas como agradables y relajantes.

### **Ejemplos de ejercicios de visualización:**

1. Siéntese cómodamente, cierre los ojos y realice una respiración profunda. Imagínese ahora que se levanta de la silla, va hacia la puerta, y cuando la abre sale al exterior y ve un prado enorme con flores de muchos colores. Se quita los zapatos y empieza a caminar descalzo sobre la hierba suave. Disfruta de las caricias de la hierba bajo sus pies, la hierba suave le hace un masaje muy agradable, muy relajante que le quita la tensión. Empieza a caminar tranquilamente, disfrutando de las sensaciones, disfrutando del paisaje. La hierba es de un color verde intenso, muy luminoso. Hay flores grandes y pequeñas, pero todas ellas desprenden una fragancia muy suave y agradable. Realice una respiración profunda para oler la fragancia de las flores. Hay de todos los colores: rojas, rosas, amarillas, azules... Se siente bien, se siente relajado, muy relajado, con una sensación de paz interior y tranquilidad. Ahora, a su lado derecho ve dos mariposas, una amarilla y la otra azul que parece que bailen acompañadas sobre las flores. Continúa caminando y se encuentra con un viejo olivo, con un tronco muy grueso y frondosas ramas. De repente siente un deseo de abrazar el olivo y rodea su tronco con los brazos, acariciándolo y percibiendo el tacto áspero pero agradable de la corteza del tronco, se siente bien, se siente seguro, en paz, conectado con la naturaleza y con su energía. Puede oler el olor familiar de madera que desprende el árbol. Disfruta de esta

sensación por unos instantes. Después continúa su camino y escucha un sonido muy relajante, ve que proviene de un manantial de agua que brota de las montañas de al lado. Se sienta en la orilla del "pequeño río" que se forma con el agua que brota del manantial y mete los pies, que se sienten ahora más ligeros y revitalizados con las caricias del agua fría. Con este agua se lava la cara y las manos imaginando que con ella se "limpia" de toda tensión y ansiedad acumuladas. Realiza otra respiración profunda y emprende el camino de retorno, poco a poco, disfrutando de las sensaciones vividas. Cuando llega a la puerta vuelve a entrar en la habitación con un estado de mucha serenidad y paz, que se propone mantener durante toda la jornada. Se empieza a mover suavemente, realiza una respiración profunda y poco a poco vuelve a abrir los ojos, con una mirada de completa serenidad.

2. Siéntese cómodamente, cierre los ojos y realice una respiración profunda. Imagínese ahora que se levanta de la silla, va hacia la puerta, y cuando la abre sale a una playa de gran belleza. La primera sensación que percibe es la de la suave brisa tibia que acaricia su piel desnuda. Es una sensación muy agradable. Siente la arena blanca, luminosa y suave bajo los pies y disfruta del suave masaje que le proporciona. Se inclina y coge un poco de arena con sus manos, dejándola caer suavemente entre sus dedos. El cielo es de un color azul intenso. Oye el canto de una gaviota que parece que se le acerca para darle bienvenida a este paisaje tan paradisíaco. Se acerca a la orilla del mar y mete los pies en el agua. Sus pies se sienten ligeros, sin tensión. El agua es absolutamente cristalina, mirándola puede ver un grupo de pececitos de colores que nadan, son de color amarillo y azul. Se siente bien, se siente relajado, realiza una respiración profunda y vuelve hacia la arena, para tumbarse sobre ésta contemplando las nubes y el cielo azul y disfrutando de todas las sensaciones, el sonido relajante de las olas que vienen y van, la brisa suave que acaricia su cuerpo, la vista del cielo inmenso, el olor de la mar, tan familiar y característico..., está completamente relajado y en paz, sin ninguna tensión ni preocupación. Al cabo de un rato se levanta lentamente y retoma el camino de vuelta, abre la puerta y se sienta en su silla disfrutando completamente de las sensaciones de relajación, realiza una respiración profunda y se propone mantener este estado de calma y paz durante el resto de la jornada. Se mueve suavemente y poco a poco va abriendo los ojos.

## **Entrenamiento autògeno**

---

Esta técnica de relajación consiste en repetir mentalmente una serie de fórmulas mentales sugestivas que conducen a una sensación de relajación.

Los ejercicios se deben llevar a cabo donde haya un ambiente tranquilo, sin ruidos, con una temperatura adecuada y no demasiada luz.

La posición corporal debe ser tumbado o sentado cómodamente.

La realización de los ejercicios es secuencial, es decir, empezaremos con el ejercicio primero para ir añadiendo después progresivamente los siguientes.

### 1. Repetir:

- "El brazo (o las extremidades...) derecho pesa mucho" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"

### 2. Repetir:

- "El brazo derecho pesa mucho" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- "El brazo derecho está caliente" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"

### 3. Repetir:

- "El brazo derecho pesa mucho" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- "El brazo derecho está caliente" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- "Mi corazón late tranquilo, fuerte y regularmente" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"

### 4. Repetir:

- "El brazo derecho pesa mucho" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- "El brazo derecho está caliente" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- "Mi corazón late tranquilo, fuerte y regularmente" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- «Respiro tranquilamente » (Repetir 6 veces)
- «Estoy muy tranquilo »

5. Repetir:

- "El brazo derecho pesa mucho" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- "El brazo derecho está caliente" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- "Mi corazón late tranquilo, fuerte y regularmente" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- « Respiro tranquilamente » (Repetir 6 veces)
- « Estoy muy tranquilo »
- « El plexo solar irradia calor" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"

6. Repetir:

- "El brazo derecho pesa mucho" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- "El brazo derecho está caliente" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- "Mi corazón late tranquilo, fuerte y regularmente" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- « Respiro tranquilamente » (Repetir 6 veces)
- « Estoy muy tranquilo »
- « El plexo solar irradia calor" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"
- "Siento frescor en la frente" (Repetir 6 veces)
- "Estoy muy tranquilo"

Los ejercicios siempre se tienen que finalizar con la misma rutina, preferiblemente flexionando y estirando las extremidades, realizando unas respiraciones profundas y finalmente abriendo los ojos.

## Normativa y cuestiones jurídicas relativas a la incapacitación, derecho de alimentos, tutela, herencia y maltrato

### Incapacitación

---

La incapacitación se regula en el título IX del Libro I del Código civil (artículos 199 y siguientes), concretamente, el artículo 200 determina:

"Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por si misma"

A la vez, hay dos figuras jurídicas para la guarda y la protección de la persona y de sus bienes o patrimonio, según cuál sea el grado de la incapacitación: la tutela o la curatela (más adelante nos referiremos a ello).

Cabe tener presente que nadie puede ser incapacitado sino es por sentencia judicial (art. 199 CC). El proceso de incapacitación está regulado en la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil (LEC). Esta ley regula, en el título I del Libro IV, entre otros, los procesos que tratan sobre la capacidad de las personas (artículos 748 y siguientes).

¿Quién puede iniciar un proceso de incapacitación? La respuesta la encontramos en el artículo 757 de la LEC que dice:

1. *La declaración de incapacidad pueda proponerla el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes o los hermanos del presunto incapaz.*
2. *El Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no la hubieran solicitado*
3. *Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.*

Como vemos, para iniciar este proceso hay dos vías: primera, que las personas indicadas en el apartado 1 propongan la incapacitación con una demanda presentada por un abogado y un procurador y, segunda, comunicando al Ministerio Fiscal la situación de presunta incapacitación para que éste inicie el proceso.



Hay, además, una tercera vía que recoge el art. 762 LEC:

*"Cuando el tribunal competente tenga conocimiento de la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, adoptará de oficio las medidas que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz o de su patrimonio y pondrá el hecho en conocimiento del Ministerio Fiscal para que promueva, si lo estima procedente, la incapacitación."*

El presunto incapaz puede comparecer en el procedimiento con su propia defensa y representación. Si no lo hace, lo defenderá el Ministerio Fiscal siempre que no haya promovido el expediente y, si fuese así, se nombrará a un defensor judicial.

Durante la tramitación del procedimiento de incapacitación se pueden adoptar las medidas cautelares que se consideren adecuadas para la adecuada protección del presunto incapaz o de su patrimonio. Para adoptar cualquier medida cautelar, se seguirá y tramitará paralelamente un procedimiento incidental en el que, con todas las garantías legales y escuchando a todas las partes, se decidirá sobre la adopción o no de las medidas interesadas (arts. 730 a 738 LEC).

Obviamente, la medida más grave es el internamiento no voluntario de una persona por trastorno psíquico y está regulado en el art. 763 LEC. Este internamiento requiere la autorización judicial que siempre debe ser previa al internamiento, excepto en caso de urgencia, en este caso el responsable del centro debe comunicar inmediatamente al tribunal el internamiento con un plazo máximo de 24 horas y el Tribunal lo deberá ratificar en un máximo de 72 horas.

El procedimiento de incapacitación acaba por sentencia y en ésta se debe determinar la extensión y los límites de la incapacitación, así como el régimen de tutela o guarda en el que deba quedar sometida la persona incapaz y también se pronunciará sobre la necesidad de internamiento (art. 760 LEC). Una incapacitación total o plena implica el nombramiento de un tutor (tutela) y una incapacitación total o parcial, el nombramiento de un cuidador (curatela).

### **Tutela y curatela**

---

En el título X del libro I del Código civil se regula la tutela, la curatela y la guarda de menores o incapacidades.

Según el art. 216 del CC, las funciones tutelares son un deber, se deben ejercer en beneficio de la persona tutelada y están sometidas a la autoridad judicial.

Para nombrar al tutor, y de acuerdo con el art. 234 CC, se preferirá:

- 1º La persona designada por el propio tutelado.
- 2º Su pareja, si viven juntos.
- 3º Los padres.
- 4º La persona o personas nombradas por éstos en sus últimas voluntades.
- 5º El descendiente, ascendente o hermano que nombre el juez.

Excepcionalmente, el juez con una resolución motivada puede alterar el orden anterior o prescindir de todas las personas si el beneficio del menor o del incapacitado así lo exige.

El ejercicio de la tutela se recoge en los arts. 259 a 275 del CC, el art. 269 dice:  
*El tutor está obligado a velar por el tutelado y en particular:*

- 1º *A procurarle alimentos*
- 2º *A educar al menor y procurarle una formación integral.*
- 3º *A promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado y su mejor inserción en la sociedad.*
- 4º *A informar al Juez anualmente sobre la situación del menor o incapacitado y rendirle cuenta anual de su administración.*

A pesar de que la tutela tiene en el Código civil una regulación extensa (arts. 222 a 285) por razones obvias de lo que implica este instrumento o figura jurídica, a la curatela sólo se dedican 8 artículos (art. 286 a 293).

La curatela de los incapacitados tiene por objeto la asistencia del curador para aquellos actos que imponga expresamente la sentencia que la ha establecido (art. 289 CC). Si la sentencia de incapacitación no especifica los actos de intervención del cuidador se debe entender que se extiende a los mismos actos en los que los tutores necesiten de una autorización judicial. Esto es:

*Art. 271. El tutor necesita autorización judicial:*

- 1º *Para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial.*
- 2º *Para enajenar o gravar bienes inmuebles, establecimientos mercantiles o industriales, objetos preciosos y valores mobiliarios de los menores o incapacitados, o celebrar contratos o realizar actos que tengan carácter dispositivo y sean susceptibles de inscripción. Se exceptúa el derecho de suscripción preferente de acciones.*

- 3° *Para renunciar derechos, así como transigir o someter a arbitraje cuestiones en que el tutelado estuviese interesado.*
- 4° *Para aceptar sin beneficio de inventario cualquier herencia, o para repudiar ésta o las liberalidades.*
- 5° *Para hacer gastos extraordinarios en los bienes.*
- 6° *Para entablar demanda en nombre de los sujetos a tutela, salvo en los asuntos urgentes o de escasa cuantía.*
7. *Para ceder bienes en arrendamiento por tiempo superior seis años.*
- 8° *Para dar y tomar dinero a préstamo.*
- 9° *Para disponer a título gratuito de bienes o derechos del tutelado.*
- 10° *Para ceder a terceros los créditos que el tutelado tenga contra él, o adquirir a título oneroso los créditos de terceros contra el tutelado.*

En definitiva, la curatela es una figura jurídica que, coloquialmente, se utiliza para administrar los bienes o el patrimonio de la persona incapacitada parcialmente. Para nombrar a un curador se deben seguir las mismas reglas que para nombrar a un tutor.

### **Derecho de alimentos**

El título VI del Libro I del Código civil se dedica a los alimentos entre parientes (arts. 142 a 153 CC) Así, en el art. 142 en su primer párrafo nos dice:

*"Se entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica."*

En el artículo siguiente, 143, se especifica:

*Están obligados recíprocamente a darse alimentos en toda la extensión que señala el art. precedente:*

1°. *Los cónyuges.*

2°. *Los ascendientes y descendientes.*

*Los hermanos sólo se deben los auxilios necesarios para la vida, cuando los necesiten por cualquier causa que no sea imputable al alimentista, y se extenderán en su caso a los que precisen para su educación.*

Con respecto a esta obligación de dar alimentos, el Código civil también explica quién los tiene que dar y en qué cuantía, así:

*Art. 144. La reclamación de alimentos cuando proceda y sean dos o más los obligados a prestarlos se hará por el orden siguiente:*

- 1º. *Al cónyuge*
- 2º. *A los descendientes del grado más próximo.*
- 3º. *A los ascendientes, también de grado más próximo.*
- 4º. *A los hermanos, pero estando obligados en último lugar los que sean uterinos o consanguíneos.*  
*Entre los descendientes y ascendientes se regulará la graduación por el orden en que sean llamados a la sucesión legítima de la persona que tenga derecho a los alimentos.*

*Art. 146. La cuantía de los alimentos será proporcionada al caudal o medios de quien los da y a las necesidades de quien los recibe.*

*Art. 147.- Los alimentos en los casos a los que se refiere el art. anterior se aumentarán o reducirán proporcionalmente según el aumento o disminución que sufran las necesidades del alimentista y la fortuna del que hubiere de satisfacerlos."*

*Art.152.- Cese de la prestación: muerte del receptor, reducción de la renta de la persona obligada, mejora económica del receptor, desheredado, mala conducta.*

Ésta es una aproximación a lo que legislativamente está en vigor en lo que se refiere a las obligaciones familiares en el cuidado de los mayores. Esto no quiere decir, pero, que en casos concretos o situaciones especiales no se pueda prescribir pautas judiciales tales como la que queda anotada en el artículo 153.

En resumen, el derecho de alimentos es una obligación que recae sobre las personas o parientes más próximos a la persona necesitada, y su cuantía va en función de los medios de quien los da y de las necesidades de quien los recibe.

### **Maltrato**

---

El maltrato físico y/o psíquico se recoge obviamente como delito en el Código Penal, así en el Título VII llamado "De las torturas y otros delitos contra la integridad moral" el art. 173 dice:

1. *El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años.*
2. *El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligado a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o*

*incapaces que con el convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela o curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre la persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como sobre las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentre sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, privación del derecho a la tenencia o porte de armas de dos a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.*

Este artículo castiga el maltrato habitual y a la vez nos aclara que su aplicación es independiente de los actos concretos de violencia que puedan corresponder a un delito o falta, es por ello que, a la vez, debemos atender al Título III del Código Penal referido a las lesiones y, en particular, al art. 153 que recoge lo que se llaman lesiones en el ámbito familiar que establece:

*"El que por cualquier medio o procedimiento causara a otro menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este código, o golpeará o maltratará de obra a otro sin causarle lesión, o amenazará a otro de modo leve con armas y otros instrumentos peligrosos, cuando en todos estos casos el ofendido fuera alguna de las personas a las que se refiere el art. 173.2 será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o trabajos en beneficio de la comunidad de 31 a 80 días y, en todo caso, privación del derecho a la tenencia y porte de armas de uno a tres años, así como, cuando el juez o tribunal lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de seis meses a tres años"*

En el Código Penal además de la penalización de estas concretas conductas que define como maltratos también se castiga o penaliza aquellas conductas que considera "delitos contra las relaciones familiares". Al respecto en el Título XII Capítulo III Sección 3ª se recogen las conductas criminales referentes al abandono de familia, menores o incapaces, así el art. 226 dice:

*"El que dejare de cumplir los deberes legales de asistencia inherentes a la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento familiar o de prestar la asistencia necesaria legalmente establecida para el sustento de sus descendientes, ascendientes o cónyuge, que se hallen necesitados, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a doce meses."*

Cabe indicar que este delito de abandono sólo se puede perseguir previa denuncia de la persona agraviada o de su representante legal (art. (228 C.P.)

En el supuesto de que se sepa o se sospeche que una persona puede estar sufriendo cualquier tipo de maltrato o abandono se debe comunicar esta situación a las autoridades, ya sea a través de la administración sanitaria (Hospital, PAC...), de Servicios Sociales o directamente a la Policía o al Juzgado de guardia, esto con la finalidad de que se pare esta situación y se inicien las investigaciones pertinentes.

En caso de no actuar para evitar que continúe esta conducta delictiva podrían entrar en juego otras figuras previstas en el Código Penal como, por ejemplo, la autoría por cooperación necesaria (art. 28 C.P.), el encubrimiento (Art. 451 y ss. C.P.), la omisión del deber de auxilio (art. 195 C.P.), la omisión del deber de impedir delitos o promover su persecución (art. 408, 450 C.P.)...

### **Transmisión de bienes: herencia, donación y otros**

En el Código Civil se prevén dos formas de transmisión de bienes y derechos: por actos *inter-vivos* (donación, compraventa, etc.) o por actos *motis causa* (herencia, testamento). A la vez, en cuanto al tipo o forma de las transmisiones también cabe distinguir entre transmisiones onerosas (existe una contraprestación, la más habitual es la compraventa) o gratuitas (no hay contraprestación).

Con respecto a la donación, los arts. 618 y siguientes del Código Civil determinan:

- 618. La donación es un acto de liberalidad por el cual una persona dispone gratuitamente de una cosa en favor de otra que la acepta.*
- 620. Las donaciones que hayan de producir sus efectos por muerte del donante participan de la naturaleza de las disposiciones de última voluntad, y se regirán por las reglas establecidas para la sucesión testamentaria.*
- 621. Las donaciones que hayan de producir sus efectos entre vivos, se regirán por las disposiciones generales de los contratos y obligaciones en todo lo que no se halle determinado en este título.*

La herencia está regulada en el Libro III título III "De las sucesiones" del Código Civil y abarca 430 artículos (art. 657 al 1087), así en los arts 657 y siguientes se establece:

- 657. Los derechos a la sucesión de una persona se transmiten desde el momento de su muerte.*
- 658. La sucesión se defiende por la voluntad del hombre, manifestada en testamento y, a falta de éste, por disposición de la Ley. La primera se llama testamentaria y la segunda legítima. Podrá también deferirse en una parte por voluntad del hombre y en otra por disposición de la Ley*
- 659 La herencia comprende todos los bienes, derechos y obligaciones de una persona, que no se extingan por su muerte.*
- 663. Están incapacitados para testar:*
  - 1º Los menores de catorce años de uno y otro sexo.*
  - 2º El que habitual o accidentalmente no se hallare en su cabal juicio*
- 664. El testamento hecho antes de la enajenación mental es válido.*
- 665. Siempre que el incapacitado por virtud de sentencia que no contenga pronunciamiento acerca de su capacidad para testar pretenda otorgar testamento, el Notario, dos facultativos que previamente lo reconozcan y no lo autorizará sino cuando éstos respondan de su capacidad.*
- 666. Para apreciar la capacidad del testador se atenderá únicamente al estado en que se halle al tiempo de otorgar el testamento.*
- 667. El acto por el cual una persona dispone para después de su muerte de todos sus bienes o de parte de ellos se llama testamento.*

En cuanto a la forma de los testamentos se debe acudir a los arts 676 y siguientes:

- 676. El testamento puede ser común o especial. El común puede ser ológrafo, abierto o cerrado.*
- 677. Se consideran testamentos especiales el militar, el marítimo y el hecho en país extranjero.*

El testamento ológrafo es aquel que está íntegramente escrito y firmado por el testador y hay que presentarlo en el Juzgado cuando se tenga conocimiento de la muerte del testador.

El testamento común ya sea abierto o cerrado se debe otorgar ante Notario y deben acudir dos testigos.

Una vez se ha producido la muerte de la persona en primer lugar se debe pedir el certificado de últimas voluntades, en éste figurará si se ha otorgado testamento o no, cuándo se otorgó y ante qué Notario. Conocido ya el testamento, el siguiente paso es la aceptación o no de la herencia por los herederos.

Respecto a la legítima el art. 806 y siguientes del C.C. nos dicen:

*806. Legítima es la porción de bienes de que el testador no puede disponer por haberla reservado la Ley a determinados herederos, llamados por esto herederos forzosos*

*807. Son herederos forzosos:*

*1º Los hijos y descendientes respecto de sus padres y ascendientes.*

*2º A falta de los anteriores, los padres y ascendientes respecto de sus hijos y descendientes.*

*3º El viudo o viuda en la forma y medida que establece este código.*

*808. Constituyen la legítima de los hijos y descendientes las dos terceras partes del haber hereditario del padre y de la madre.*

*Sin embargo, podrán éstos disponer de una parte de las dos que forman la legítima, para aplicarla como mejora a sus hijos o descendientes.*

*(...) La tercera parte restante será de libre disposición.*

En concordancia el art. 763 del C.C. determina:

*"El que no tuviere herederos forzosos puede disponer por testamento de todos sus bienes o de parte de ellos en favor de cualquier persona que tenga capacidad para adquirirlos.*

*El que tuviere herederos forzosos sólo podrá disponer de sus bienes en la forma y con las limitaciones que se establecen en la sección quinta de este capítulo."*

Todo lo que se ha indicado es un pequeño extracto de lo que ampliamente recoge y regula el Código Civil en el Título dedicado a las sucesiones.

Aparte de estas fórmulas o instrumentos jurídicos tradicionales de transmisión de bienes, también es interesante y hay que hacer referencia al nombrado contrato de alimentos regulado en los arts. 1791 y siguientes del Código Civil. Este contrato se define como:

*1791. Por el contrato de alimentos una de las partes se obliga a proporcionar vivienda, manutención y asistencia de todo tipo a una persona durante*



## DERECHOS Y DEBERES DEL CUIDADOR

*toda su vida, a cambio de la transmisión de un capital en cualquier clase de bienes y derechos.*

Sobre esta figura jurídica es importante aclarar que no se debe confundir con la obligación específica de dar alimentos (arts. 142 y ss C.C.), es decir, en caso de que haya una obligación por imperativo de la Ley a dar alimentos no se puede formalizar este contrato, ya que en cualquier caso estaría afectado de nulidad.

En la misma medida en que los familiares cuidadores dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo a la atención de sus familiares dependientes, deben asumir, a la vez, que tienen unos derechos básicos e inalienables.

Como resultado de la responsabilidad que aceptan, conscientemente, respecto a las personas de las que cuidan, deben aceptar también responsabilidad hacia ellos mismos.

Por ello, es muy importante que los familiares cuidadores aprendan y se hagan eco de los derechos siguientes:

- Han de cuidar de sí mismos, dedicando tiempo y haciendo actividades simplemente para ellos sin sentimientos de culpa, de miedo y sin autocrítica.
- Han de mantener facetas de su propia vida que no incluyan a la persona a la que cuidan, justo como lo harían si esa persona estuviera sana.
- Pueden experimentar sentimientos negativos (tristeza, rabia o enfado) por ver enfermo o ver cómo lo está perdiendo.
- Pueden resolver los problemas y las dificultades por sí mismos; y derecho a preguntar y a pedir ayuda a otras personas para resolver lo que no comprenden, reconociendo los límites de su propia resistencia y fuerza.
- Pueden buscar soluciones que se ajusten razonablemente a sus necesidades y a las de sus seres queridos.
- Han de ser tratados con respeto por aquellas personas a quien solicitan consejo y ayuda.
- Pueden cometer errores y ser disculpados por ello.
- Han de ser reconocidos como miembros valiosos y fundamentales de su familia incluso cuando sus puntos de vista sean distintos.
- Han de recibir consideración, afecto, perdón y aceptación por lo que hacen por la persona querida a quien cuidan.
- Han de aprender a disponer del tiempo necesario para aprenderlo.

## DERECHOS Y DEBERES DEL CUIDADOR

- Han de admitir y expresar sentimientos, tanto positivos como negativos.
- Han de decir "no" ante demandas excesivas o poco realistas.
- Han de seguir desarrollando su propia vida, disfrutando de ella.
- Pueden liberarse de sentimientos negativos, destructivos y sin fundamento, aprendiendo a manejarlos y controlarlos.
- Han de rechazar cualquier intento que haga la persona cuidada para manipularle haciéndoles sentir culpables o deprimidos.
- Pueden estar orgullosos por la labor que desempeñan y aplaudir el coraje que tiene que reunir muchas veces para satisfacer las necesidades de la persona de la que cuidan.
- Han d'esperar y demandar que así como se están haciendo nuevos esfuerzos en encontrar recursos para optimizar la atención a las personas discapacitadas física y mentalmente, se hagan los mismos esfuerzos para optimizar la ayuda y el apoyo necesarios a los cuidadores.
- Han de ser uno mismo

### **Derechos con repercusión directa o específica sobre los familiares**

Ley de Dependencia (39/2006)

- a. Art. 1. Objeto de la Ley
- b. Art. 14. Prestaciones de atención a la dependencia
- c. Art. 15. Catálogo de servicios
- d. Art. 18. Prestación económica y apoyo a cuidadores no profesionales
- e. Art. 21. Prevención de situaciones de dependencia
- f. Art. 29. Programa Individual de Atención
- g. Art. 30. Revisión de grado y nivel de dependencia
- h. Art. 33.2 y 4. Participación de los beneficiarios
- i. Art. 39. Acción administrativa contra el fraude
- j. Art. 43. Infracciones
- k. Art. 44.3.c. Clasificación de infracciones
- l. Disposiciones adicionales. 3a y b. Ayudas económicas
- m. Disposición adicional 4a. Seguridad Social para cuidadores no profesionales.

**Derechos con repercusión indirecta o inespecífica sobre los familiares**

Ley de dependencia (39/2006)

- a. Art. 2.8. Definiciones tercer sector
- b. Art. 3.k. Participación de los familiares
- c. Art. 3.n. Participación del tercer sector
- d. Art. 4.2. Derechos y obligaciones de las personas dependientes
- e. Art. 11. a, b y e. Competencias CC.AA.
- f. Art. 27. 4. Valoración de situación de dependencia
- g. Art. 28.1. Procedimiento reconocimiento dependencia
- h. Art. 34. Calidad del SAAD
- i. Art. 35. Calidad de los servicios
- j. Art. 36. Formación y cualificación profesionales
- k. Disposición adicional 7a 2. Cofinanciación
- l. Disposición adicional 15a Supresión de barreras
- m. Disposición adicional 16a. PNC

*Cada herida muestra la pérdida de una rama.  
Sin mí, nada hablaría de la mitad que me falta.  
Yo vivo sólo para llorar lo que de mí se ha muerto.*

(Joan Alcover, 1909)

Ante la muerte de un ser querido, las personas reaccionamos de diversas maneras para expresar la aflicción que nos produce su pérdida. Denominamos duelo a este conjunto de reacciones.

Asumir la pérdida de una persona con la que nos une un vínculo emocional próximo o intenso conlleva, la mayoría de veces, unos síntomas característicos que se desarrollan en el tiempo siguiendo diversas etapas.

Diversas aportaciones comentan que es dudoso que temer a la muerte contribuya a disfrutar más de la vida. La incertidumbre de cómo viviremos el momento es una de las principales fuentes de ansiedad y temor. Añade: "Nuestra propia muerte no es una de las cosas de las que podamos aprender por experiencia." Por tanto, la muerte de los otros siempre la viviremos desde parámetros o consideraciones que no incluyen la primera persona. De lo que sí podremos tener experiencia directa es del proceso de acompañar y asistir en el momento definitivo.

Vamos a considerar, pues, los principales aspectos del proceso de duelo.

### **¿Qué condiciona las reacciones de cada persona ante el duelo?**

No todo el mundo siente lo mismo, ni con la misma intensidad ni durante un tiempo parecido. Por tanto, no es posible ni conveniente establecer patrones uniformes. No obstante, sí podemos comentar diversos factores comunes que condicionan nuestras reacciones durante el proceso de duelo, sin olvidar que estos factores pueden influir de manera aislada o pueden combinarse.

El proceso de duelo está condicionado, entre otros, por:

- A. La intensidad del vínculo emocional.
- B. La calidad de la relación que existía (vínculo emocional positivo o negativo).
- C. Otras experiencias vividas con anterioridad.
- D. Una relación que presentaba cuentas emocionales pendientes y que no se pudieron resolver.
- E. El tipo de muerte: repentina, después de largas enfermedades, accidental.
- F. La presencia del cuerpo o la suposición de muerte por tener a la persona desaparecida.

- G. La capacidad de resiliencia, de sobreponerse, el instinto de sobrevivir.
- H. El estado de salud de la persona que vive el duelo.
- I. Si se han podido prever o preparar tanto las condiciones materiales, como las relacionales y las espirituales (en el caso de las personas creyentes pueden asimilarse a las religiosas). La precipitación suele aumentar la probabilidad de que la muerte conlleve unas repercusiones negativas o disfuncionales sobre el proceso de duelo. En algunas situaciones de catástrofes colectivas pueden llegar a ser nefastas.
- J. La presencia de dificultades o circunstancias añadidas que incrementan el duelo primario: tener que participar en tareas de identificación, personas desaparecidas, autopsias, etc.
- K. La actitud de la persona mayor a la que se cuida ante su propia muerte.

### **El duelo normal y la prevención del duelo patológico**

El proceso de duelo es un fenómeno natural porque se vincula biológicamente a la capacidad de unirse a alguien, vincularse emocionalmente de manera intensa y referente (*apego, attachment*), y también es un hecho social porque pasa a personas de distinta condición social, cultural y económica. Es un acontecimiento universal. Estos dos componentes conllevan la evidencia de la necesidad de elaborar el duelo.

Nuestra cultura actual dificulta la elaboración del duelo, pero somos seres inteligentes dotados de un gran instinto de supervivencia y, por ello, sabemos reaccionar ante las dificultades y nos sobreponemos a ellas. Y si no, aprendemos. La pérdida de la persona querida ha tenido lugar, tal vez, en circunstancias difíciles, incluso, ya lo hemos dicho, trágicas; pero la vida continúa y las exigencias que el día a día nos presenta reclaman toda nuestra atención, entusiasmo y lucidez. Una elaboración correcta del duelo permitirá a la persona afectada reintegrarse en su vida normal con la energía necesaria.

¿Y si el duelo se convierte en patológico o complicado? ¿Cómo lo conoceremos? ¿Podríamos saber *a priori* qué nos llevaría o, con otras palabras, cómo podríamos disminuir al máximo su presencia? ¿Se puede prevenir el duelo patológico?

### **¿Qué le pasa a la persona cuando elabora el duelo?**

Durante el proceso de duelo, la persona afectada tiene un conjunto de comportamientos que afectan a sus pensamientos, sus sentimientos y sus actos. Algunas presentan síntomas propios de los episodios depresivos como la tristeza, el trastorno del sueño, alteraciones del hambre y del impulso sexual,

pérdidas de peso, etc. Asimismo, puede disminuir el interés por el mundo exterior, sobre todo en aquello que recuerda a la persona muerta. También se pierde o disminuye sustancialmente la motivación por el trabajo, por mantener o encontrar nuevas relaciones y, en definitiva, se manifiesta la angustia, el sentimiento de culpa, la apatía, la pérdida de la esperanza y, en casos graves, surgen pensamientos de suicidio.

Los pasos en la elaboración del duelo descritos en la literatura científica son:

- **Incredulidad.** Es la primera reacción ante la noticia de la pérdida, acompañada de aturdimiento ("esto no me está pasando a mí"). Nos alejamos de la realidad, en un intento de paliar el dramático acontecimiento.
- **Agresividad, ira.** La persona se vuelve irascible, con reacciones de desconcierto, y resulta difícil de tratar. Adopta actitudes críticas ante los que le rodean y se pregunta por qué le ha tenido que tocar esta desgracia.
- **Depresión.** Actitudes de apatía y silencio. Va haciéndose a la idea de que la pérdida es irreversible y va dejando de agarrarse a la imagen del ausente. Es una resignación triste y silenciosa.
- **Aceptación y paz.** Se asume serenamente la ausencia. La persona empieza a centrarse y vuelve a sus actividades cotidianas.

Por otro lado, aquí se presentan los síntomas más frecuentes:

- **Sentimientos de culpa.** La persona se siente culpable de la muerte del otro, de no haber hecho lo suficiente para evitarla, de haber sido suficientemente diligente o afectuoso con el difunto.
- **Pensamientos de muerte.** El vivo debería de haber desaparecido al lado de la persona muerta o incluso haber muerto en su lugar.
- **Sentimientos de inutilidad.** Nada tiene sentido ya; sin el difunto la vida carece de interés, sin él o ella nada es igual, no podremos afrontar la vida.
- **Experiencias alucinatorias.** Como por ejemplo oír la voz del muerto o ver fugazmente su imagen.
- **Sensaciones de sufrir la misma enfermedad** de la persona difunta, en un trasvase del problema que causó la muerte del ser querido.
- **Confusión.** Algo profundo está cambiando en el fondo de sí mismo y en el mundo.
- **Lentitud psicomotora** y deterioro de algunas funciones orgánicas.

### **¿Cómo ayudar a elaborar un proceso de duelo normal?**

1. Facilitar que la persona que vive el duelo pueda desahogarse con quien pueda entender y compartir su dolor.
2. No ser demasiado exigentes en la vivencia del dolor propio ni en las demandas de apoyo de los otros.
3. El sufrimiento no siempre desaparece ni se reduce huyendo o alejándonos de la situación dolorosa o de la persona que nos recuerda al ausente.
4. Trabajar los procesos interiores que llevan a la aceptación de la realidad.
5. Hacer cambios externos que nos lleven a normalizar la vida cotidiana y a asumir la pérdida de la persona querida..
6. Ni ensimismarse en la soledad ni huir queriendo estar siempre acompañado o con mucha gente. La naturalidad en hacer frente al duelo es una buena recomendación; por tanto, la adaptación según las circunstancias.
7. Lo mismo del punto anterior pasa con la decisión de guardar o dar los objetos o las pertenencias de la persona difunta.
8. En caso de observar que la persona afectada lleva un duelo de manera complicada o patológica conviene darle apoyo y aconsejarla bien y proponer que se ponga en contacto con un profesional (por ejemplo, un médico o un psicólogo) que le ayude a disminuir o evitar el sufrimiento.

**LA MUERTE NO ES NADA<sup>1</sup>**

**Henry Scott Holland  
(1947-1918)**

La muerte no importa, no cuenta.  
Yo sólo me he ido a la habitación de al lado.  
No ha pasado nada. Todo sigue igual como estaba.  
Yo soy yo. Tú eres tú. Y la vieja vida que  
vivimos juntos,  
tan amorosamente juntos, permanece sin moverse, sin cambiar.  
Lo que fuimos el uno para el otro, lo seguimos siendo.  
Puedes llamarme por el nombre de siempre.  
Habla de mí de aquella manera sencilla que usábamos.  
No cambies el tono ni cojas aire  
de solemnidad o tristeza.  
Ríe como cuando disfrutábamos juntos.  
Juega, sonríe, piensa en mí, reza por mí.  
Deja que mi nombre sea la palabra entrañable que siempre fue.  
Dilo sin esfuerzo, sin  
el fantasma de las sombras encima.  
La vida significa todo lo que significaba antes.  
Como había sido siempre.  
Hay una continuidad absoluta y completa...  
¿Qué es la muerte sino un accidente insignificante?  
¿Sólo porque no me ves he de estar fuera de tus pensamientos?  
Porque yo te estoy esperando, esperando un pequeño momento,  
donde sea, muy cerca, justo al girar la esquina...  
Todo va bien.  
Nada se ha estropeado, nada se ha perdido.  
Un instante y todo será como era antes.  
¡Cómo nos reiremos de los problemas de la separación  
cuando nos volvamos a encontrar!

---

<sup>1</sup> DEATH IS NOTHING AT ALL. Henry Scott Holland (1947-1918) Death is nothing at all. It does not count. I have only slipped away into the next room. Nothing has happened. Everything remains exactly as it was. I am I, and You are you. And the old life that we lived so fondly together is untouched, unchanged. Whatever we were to each other, that we are still. Call me by my old familiar name. Speak of me in the easy way which we always used. Put no difference in to your tone. Wear no forced air of solemnity or sorrow. Laugh as we enjoyed together. Play, smile, think of me, pray for me. Let my name Be ever the household word that it always was. Let it be spoken without an effort, without the ghost of shadow upon it. Life means all that it ever meant. Its is the same as it ever was. There is absolute and unbroken continuity... What is the death but a negligible accident? Why should I be out of mind because I am out of sight? I am but waiting for you, for an interval, Somewhere very near, just around the corner... All is well. Nothing is hurt; nothing is lost. One brief moment and all will be as it was before. How we shall laugh at the trouble of parting when we meet again!





## PREÁMBULO

Los familiares cuidadores son los protagonistas del programa **Cuidese**. A ellos, en primera instancia, van dirigidas las diversas actividades. Por ello, hemos considerado relevante tener en cuenta su voz, hacer que su experiencia y sus reflexiones formen parte de este libro. Lo que sigue es el testimonio de una dedicación que no siempre se ha valorado como toca.

La idea fue sencilla: reunirnos haciendo mesa redonda abierta, sólo con algunas preguntas a manera de inicio. La realidad confirmó las previsiones y nos mostró la necesidad de escuchar más a los familiares: los temas se ampliaron, los diálogos reunieron franqueza y la espontaneidad y la experiencia se aliaron para decir la suya, con decisión y firmeza, llamando a las cosas por su nombre.

### **Han colaborado en este anexo:**

Manoli Moreno Córdoba  
Isabel Llinás Serra  
Joana Socias Martorell  
Pedro Buades Buades  
Encarnació Mata Íbars  
Magdalena Forteza Amengual  
Margalida Nicolau Jaume  
Catalina Sastre Fuster  
Maria Flaquer Lliteras.  
Joana M<sup>a</sup> Genovart Amengual

## **LOS PERFILES**

---

### **Encarna. 86 años**

Estoy cuidando a mi hermana. Sólo tengo esta hermana. Ella no tiene familia. Cuando se le murió su marido, ella vivía en Alcuía y vino a Inca y se tuvo que comprar un piso. Dos años después se ve que tomaba pastillas para dormir y si se despertaba se pensaba que no las había tomado y volvía a tomarlas. Yo no lo sabía porque yo vivía sola en mi casa. Un día fuimos al médico las dos porque no se encontraba bien. Cuando salimos yo le dije que atravesaría los pasos elevados de las vías con ella, pero que después tenía que ir a hacer unos trabajos y que ella fuera hacia casa. Cuando volví a casa no la encontré. Mi hermana, en lugar de coger la calle de casa, había cogido la calle de más arriba y fue por abajo, por abajo, cruzó la carretera y llegó hasta la plaza. Todos alarmados porque no la encontrábamos, llamamos a las amigas para saber si había ido, porque a veces se iba a verlas. Supimos que un señor la había encontrado ya como perdida y le preguntaba dónde vivía. Después un policía la conoció y la llevaron.

Fui al médico enseguida y me dijo que tenía Alzheimer. Cuando me lo dijo se me cayó el alma al suelo porque es una cosa muy grande, porque la vida te cambia como de la noche a la mañana. Yo ya había quedado viuda tal vez hacía siete u ocho años; mi marido había tenido una trombosis cerebral que le afectó a una parte del cuerpo, pero a pesar de que estuviese enfermo, tenía la cabeza bien y estábamos juntos, estábamos bien. Con mi hermana me vino todo encima.

### **Joana Maria. 55 años**

Yo hacía ya tiempo que cuidaba a mi madre porque de hecho empecé a cuidarla o tenerla en nuestra casa para dormir a los ochenta años. Ahora tiene noventa y cuatro o sea que yo me hago cargo de ella desde hace catorce lo que, claro, ha sido una escalera que ha ido bajando. Hace cinco que empezó a perder su cabecita, que ya no la podía dejar en su casa porque me abría todos los cajones, me ponía la mesa cuando llegaban las ocho de la tarde... se me cayó el mundo encima también porque este tema de cuidar ancianos siempre me había asustado, o sea, me pensaba que no saldría adelante porque yo había cuidado a un tío pero la responsabilidad era de otra persona, yo sólo hacía de ayudante y no era lo mismo, además que fue un año sólo, un año que fue muy duro porque era una persona que estaba dentro de una cama con algunas llagas y estaba consumido. Yo me pensaba que esto sería igual. Estaba muy asustada porque pensaba que no la sabría lavar pero no sé, se me cayó el mundo encima. De repente notas que no te hace caso, que no te habla, que no se preocupa por ti, que es tu madre que siempre se había preocupado de si un estornudo, de si

el niño no estaba bien y, de repente, ¿me entendéis? Y yo me lo tomé mal, pero poco a poco hemos salido adelante. Lo llevaba mal, sólo tenía ganas de llorar, me sentí sola porque otros familiares no se preocuparon porque de los problemas familiares todo el mundo se aleja, yo tenía que tomar las decisiones y era yo la que tenía las dudas. Por encima de todo no quería dejar el trabajo, pero era como un handicap porque también me sentía mal cuando pensaba que no saldría adelante y, al mismo tiempo, que mi madre quería que yo la cuidase... se pasa esto. Yo entonces lo pasaba mal. En general, los hombres se desentienden porque ven que su madre está cuidada.

### **Isabel. 60 años**

Como ellas han dicho, el mundo se me cayó encima. Yo no tenía experiencia en el tema y me imaginaba que mi madre se volvería vieja, que me contaría cosas una vez y otra de su infancia y eso; pero no me lo imaginaba así como ha sido. Mi hermano murió a los 54 años y supongo que esto la afectó porque desde fin de año, ella sólo quería dormir y comer. Yo iba a trabajar con mi hermano y cuando murió no pude continuar y me encontré en paro. Cuidar a mi madre fue a más y cuando acabé el paro entonces mi madre ya era totalmente dependiente. Fue muy rápido, las piernas y la cabeza le fallaron, entró en una depresión. Yo pensé que no tenía que ir a buscar trabajo de nuevo y poner a otra persona en nuestra casa; a lo mejor fue mi equivocación, porque yo la podía haber cuidado igual. En nuestra casa, yo siempre había vivido arriba y mi madre abajo y tuvimos que pasar a vivir abajo con ella. Si las cosas se pudiesen hacer dos veces a lo mejor las harían mejor. Yo digo que lo tengo asumido. Hace cinco años que cuido a mi madre totalmente dependiente. Digo que lo tengo asumido, pero supongo que hay un trocito de aquellos que no tengo asumido de estar dentro de nuestra casa todo el día...

### **Magdalena. 48 años**

Yo estoy cuidando a mi padre que es bastante dependiente, tiene un grado III, prácticamente no camina, tiene incontinencia, principio de Alzheimer y lleva trabajo. Sólo hace un añito, hace muy poco tiempo que lo cuido; hasta ahora lo había cuidado mi madre. A raíz de su muerte me ha tocado a mí. Su proceso ha sido lento y me ha permitido asimilarlo. Yo veía que mi madre lo cuidaba y que algún día me tocaría a mí. Por desgracia tenía una hermana que murió y sabía que era la única, quiero decir que lo fui asimilando; no me ha costado trabajo porque he tenido todo un tiempo. Ahora bien desde el primer momento tuve claro que necesitaba tiempo y ayuda para mí. Yo trabajaba de administrativa. Me fue bien dejar el trabajo; pero a raíz de dejar el trabajo quise ser estudiante

y cuido a mi padre por la mañana. Por las tardes estudio y me he involucrado tanto en cuidar a mi padre que me he hecho integradora de gente mayor, de gente con necesidades. Mis estudios son de técnico superior en integración, un mundo muy relacionado con los servicios sociales. Esto me permite ayudarlo a él y a mí misma. Tengo mucho tiempo para mí y para él y con ayuda externa, esto sin lugar a dudas. Ahora lo he dejado en la cama porque viene una mujer que hace dos horitas por las tardes y vamos haciendo. Quiero decir que esto te hace tener una estabilidad emocional a ti que eres la cuidadora. El proceso de mi padre fue lento pero progresivo, lo que me permitió aceptar el problema de forma favorable. Es ahora que ya ha cumplido los 82 años cuando va perdiendo facultades de forma más rápida. Este hecho ha ocasionado cambios importantes dentro de mi vida, pero me voy adaptando a sus exigencias al mismo tiempo que intento cubrir aquellas necesidades culturales, sociales o laborales que me permiten a mí y a mi familia disponer del máximo equilibrio emocional posible, porque es un factor importantísimo para el cuidador.

### **Joana. 70 años**

Mi marido tenía sesenta y cinco años y quedó tocado, siempre habíamos hecho planes de que nos iríamos por aquí y por allá. Se quedó sin caminar, sin hablar y le teníamos que dar la comida a la boca. Se me vino el mundo encima, como a todos, pero él tenía conocimiento y como venían sus nietos y los hijos él estaba encantado. Yo enseguida tuve la ayuda de mis hijos que venían por la noche para llevarlo a dormir. Él quería que le hiciesen caminar cada hora porque si le hacían caminar con una muleta y tenía la ilusión de volver un día a caminar. Dentro de mí y para los hijos fue un problema muy grande porque tengo que cada domingo íbamos a comer a casa de los hijos. Tengo un hijo que vive en Sa Pobra y tiene un tercer piso sin ascensor. A este sitio sólo pudimos ir dos veces porque teníamos que ser cuatro hombres para subirlo. Un hijo tiene un apartamento al lado del mar y también íbamos a un jardín de delante para poder comer o merendar con ellos... ahora ya no le podíamos llevar. Yo tuve que dejar el trabajo aunque aun era joven. Decidí, pero, hacer algo y me hice voluntaria. Él quería que fuese a ver a otros enfermos: lo hacía una vez por semana, los llevaba a comulgar los domingos y él era feliz de ver que yo lo podía dejar solo porque él tenía conocimiento y con el mando podía ver la televisión. Lo tuve así once años y aún lo echo de menos y ahora estoy sola. Cuando entro en casa, o cuando me despierto veo la cama, la veo vacía... creo que esto lo tienen que coger con paciencia y mucho cariño, y yo deseo que si me veo así que me sirvan igual, porque esta chica que he tenido ha sido una monada.

### **Pedro.** 65 años

Yo me doy cuenta ahora que una de las cosas más importantes que me han pasado en esta vida ha sido cuando me dieron la noticia, ya hace seis años, de que mi mujer acabaría de una manera muy fuerte, que no caminaría, que posiblemente no me conociese, que perdería la cabeza, que dejaría todas las actividades. Claro, yo tenía un negocio, mi suegra había tenido una embolia y se había roto la cadera. Me encontré con muchos problemas y dije no, yo he de continuar con el trabajo, pero tendré que ir menos tiempo porque tengo que estar más en casa. Yo ya veía muy difícil tener que pagar a una persona, que de todas formas al final la tuve que poner a pesar de que lo tengo difícil para mantener porque la ayuda no basta. También estoy de acuerdo en que se me cayó todo encima, pero es que te quedas un poco asustado, porque no sabes lo que te vendrá, ni a ti ni al enfermo. Con estas cosas te viene la ansiedad de que tú, con tus recursos y sacrificios, buscas dar soluciones o remedio a la persona enferma. Yo creo que es diferente el caso cuando es tu mujer, cuando tienes que aceptar lo que le pasa a tu mujer. A un padre, una madre, un hijo, un hermano, un tío, un abuelo son diferentes formas, pero lo que es la mujer es única, quedas solo y en estos casos, para mí al menos, se hunde todo aquello que habías pensado de tu vida en pareja.

### **Margalida.** 62 años

He cuidado de mi madre que sufría demencia vascular durante cinco años. Al principio no sabía, nunca había servido a personas mayores. Mis suegros murieron jóvenes; mi madre era a la primera persona que cuidaba. Nunca dudé en cuidarla, mi madre confiaba en mí y si me hubiesen contado lo que llegaría a hacer por mi madre no me lo hubiese creído. Cuando mi madre se puso enferma nunca dejé mi casa, iba y venía, después, por las noches tenía que ir a dormir, ya que se levantaba y mi padre estaba solo con ella. De día iba al centro de día, menos el fin de semana. Los amigos iban de viaje o de hoteles y nosotros nunca podíamos ir. Cuando mi madre estaba en el centro de día algunos días iba a Palma a cuidar de los nietos si estaban enfermos, y a las 18.00 volvía a estar en Sant Joan para estar con ella. Los últimos doce días de vida de mi madre fueron crueles, muy duros, sufrió mucho. Después de tanto sufrimiento me llevo la imagen de mi madre, cuando murió: se volvió guapa. Esto me hace sentir mejor.

### **Maria.** 78 años

He cuidado a mi marido durante ocho años, ocho años sin salir de casa. Él tenía problemas circulatorios y sufrió una trombosis, quedó que no se podía

mover. Teníamos previsto hacer un viaje a Oliva (Gandia), pueblo de donde procedía él, y ya no lo pudimos hacer, la trombosis lo dejó baldado. A partir de aquí vi que nada sería igual. Le he cuidado tan bien como he sabido, el médico y la enfermera me han dicho muchas veces este hombre no estaría mejor cuidado en ningún otro lugar. Me dijeron de llevarlo a Manacor los últimos días y yo como que sabía que mi hermana y sus hijos, que estamos puerta por puerta, me ayudarían, dije que no, que prefería más tenerlo en casa.

### **Catalina.** 47 años

Yo cuido de mi padre desde hace cinco años. Mi hermano murió de repente sin esperarlo hace siete años, perdí mi referente. Mi padre estaba peor que mi madre pero a ella le encontraron un cáncer de colon y en un mes y medio murió. Desde entonces ya tuve claro que me tocaría a mí hacerme cargo de mi padre. En un primer momento él aún se valía por sí mismo pero poco a poco se ha convertido en dependiente, tiene úlceras en los pies y necesita constantemente que alguien esté pendiente de él. Todo el mundo que viene me dice que lo tengo muy bien cuidado y la verdad es que yo hago todo lo que sé para que esté bien.

### **¿Qué representa ser cuidadores familiares?**

---

**Margalida.** No es el trabajo que te lleva atender la enfermedad sino saber vivir con ella, requiere mucho sacrificio, pero sin ninguna duda lo volvería a hacer.

**Encarna.** Una de las cosas que yo diría es que con esto no te puedes mover, si cuidas y no tienes a nadie más, no te puedes mover. A mí se me ha acabado poder ir de excursión con la tercera edad o tener unos días de vacaciones, todo esto se me ha acabado. No me puedo mover de casa.

**Joana María.** Sé que cuidar de un anciano no es lo mismo que cuidar a uno que tiene una enfermedad. Una enfermedad siempre tienes la esperanza de que se ponga bien, y en cambio, un anciano piensas en el día en el que no lo tengas; por una parte, a lo mejor estarás contento, pero por la otra parte, después ya no lo verás. Bien, yo concretamente es mi madre, y tienes como esta lucha interior a veces que pase de una vez y por la otra... esto creo que te crea una depresión.

**Pedro.** Cuando te pasa esto y ves que tu mujer se está yendo poco a poco, en un principio no te lo crees, pero lo estás viendo en la realidad. La verdad es que te sientes impotente, te sientes totalmente hundido. Tú mismo dices: "y yo, ¿por qué tengo que vivir? ¿Por el enfermo? El enfermo se irá y ¿yo tengo que continuar viviendo por los hijos? ¿Por los nietos?" Sí, ¡este es el shock que te llevas! Con el tiempo pasa, se crea una ansiedad, no sé si le deberíamos llamar depresión, es muy duro. A mí me ha pasado esto.

**Magdalena.** En mi caso a mí me ha condicionado mi tiempo de ocio y, por tanto, el de mi familia. Tal vez lo que ha ocasionado alguna situación conflictiva ha sido el hecho de perder parte de la intimidad de pareja o familiar. La solución ha consistido en planificar y disfrutar más nuestro tiempo libre.

**Pedro.** La verdad es que lo que me aporta el hecho de ser cuidador es que aprendes una de las cosas más importantes de esta vida como es cuidar a una persona dependiente. Aprendes a hacer cosas que no has hecho nunca, por ejemplo, curarle las heridas, lavarla o para hacerla caminar y buscarle sus movimientos para que pueda tener un poquito más de actividad, para no llegar a puntos más graves. Y aprovechar tu propia experiencia personal, como es mi caso que he estado muy metido en el deporte y he intentado compaginar lo que es su enfermedad con una versión de esta actividad aplicándola a cosas que puede hacer mi mujer. En fin, que esta persona se sienta mejor y tú aprendas y sepas cuáles son los puntos que mejor le van.

**Isabel.** Pues yo he hecho lo que mi madre hizo que es cuidar mayores. Cuidó muchos durante su vida, por su mentalidad o su deseo, si es que se le puede llamar deseo, porque estuvo pendiente de muchos. Mi madre cuidó a su suegro, a su cuñado, a su padre, a su madre y a nosotros, los hijos. O sea que mi madre hizo mucha vida cuidando a personas mayores.

**Joana Maria.** Mi opinión es que hay una satisfacción de ver que te despierta un poco de ternura, porque ves que se ha vuelto como un bebé. A veces pienso, o veo cuando yo voy, que ella se alegra, que me mira y se como ríe y me dice: "¡Estás contenta hoy!" No sé, algunas veces dice cosas así... Tu misma estás contenta contigo misma. También piensas que la lástima es que no lo puede valorar, que no tienen la capacidad de tener en cuenta el servicio que les haces; pero supongo que, por otro lado, como digo, es comprensible, o son así. Lo digo en el sentido de que yo pensaba que, tal vez, un día mi madre me diría: "Ay, ¡gracias!" A mí mi madre



## ANEXO: TESTIMONIOS

nunca me ha dicho gracias. Ni me ha dicho lo haces muy bien. Y, a veces, esto es un poco... si te lo dicen te sientes como un poco recompensada, pienso.

**Isabel.** Yo no lo echo de menos esto ahora porque mi madre tal y como está ahora, su cabecita no lo puede entender.

**Joana Maria.** ¿No? Pues yo sí. Ahora ya no; pero al principio sí que me chocó. Me vino de nuevo ver que tú te has de sacrificar tanto.

**Isabel.** Piensa que ella se ha sacrificado. Yo hace cinco años que la cuido, cuando yo tenía cinco años yo necesitaba de ella. Pero yo pienso esto, que aun me falta mucho para cuidarla muchos años por los años que ella me cuidó a mí.

**Joana Maria.** En mi caso es que es toda la vida y hay un cansancio importante.

**Margalida.** Es muy duro, una cosa es decirlo y la otra es hacerlo, es un sacrificio pero lo volvería a hacer. Al principio me pensaba que era exagerada, que no entendía la enfermedad de mi madre, noche y día lo mismo, hasta que me aconsejaron que tenía que ir al centro de día.

**Pedro.** A veces es el hecho que tú hables con el enfermo y él no te dice nada y tú te dices "¡qué raro que no me diga algo!". Si es tu madre tú puedes pensar que como que siempre se ha encargado de ti ahora no te dice nada pero que lo haces porque ella lo hacía. En mi caso, pero, que sea la mujer que no te puede hablar claro porque el desarrollo de la enfermedad la tiene estancada hace que tengas que reaccionar y entender que tienes que intentar sacar esto adelante y no darte por vencido. No puedes comparar con lo que hacía ella por ti de pequeño porque no te ha cuidado. Ahora luchas, aunque no te lo agradezca, porque lo haces por el cariño.

**Joana.** A mí me ha representado que antes los dos trabajábamos y nos íbamos por la mañana y no nos veíamos hasta la noche. Estos once años de cuidadora han sido de mucha felicidad. Él no me hablaba, pero cuando me acercaba me daba algún beso. Cuando, por ejemplo, me acercaba para colocarle la camisa no me hablaba, pero en la cara mostraba esta felicidad que he sentido estos once años de estar las veinticuatro horas al lado de él; creo que esto me recompensa estos once años. Sí que he pasado mucho sufrimiento, es

verdad, que ha habido momentos en los que he querido tirar la toalla, pero después lo reconsideraba y decía: "¿Y si en lugar de estar así él fuese yo?" Esto muchos lo tendrían que pensar.

**Magdalena.** A veces ser cuidador no es una función predeterminada. En mi caso, tuvo lugar después de la muerte de mi madre y tuve que necesitar un cierto tiempo para asimilarlo; pero ya desde el principio busqué ayudas, tanto para mi padre como para mí. Me involucré más con la gente mayor, he conocido nuevos valores y he vivido de cerca nuestra problemática social.

**Margalida.** Hay personas que me han valorado el hecho y otras que piensan que era mi obligación, por ser la hija.

**Encarna.** ¿Si me ha aportado algo positivo cuidar? No sé qué tengo que decir... yo creo que cuando ves una persona como mi hermana así, con Alzheimer, te da pena, tienes aquel cariño que te da la pena, como lástima...

**Joana.** Lástima no debemos tener nunca...

**Encarna.** Bien... sí... es otro tipo de lástima, Joana, porque mi hermana, por ejemplo, tenía una costumbre que la hacía mejor que yo, que era que sólo que tuviese que ir al lavabo ella no podía pasar sin lavarse las manos, era una persona muy limpia...

**Maria.** En un primer momento me supuso mucha tristeza, no le puedes hacer nada, pero poder cuidarlo me ha aportado mucha satisfacción. Los últimos 25 días que no se levantó, estuve muy pendiente de él. Me sabe mal que él se haya tenido que ver como se vio. Era un hombre al que le gustaba leer y lo hizo casi hasta el final, yo le pasaba las hojas del periódico... Lo peor de cuidarlo fue verlo sufrir.

**Catalina.** EMe da mucha paz. Cuidarlo me ha permitido conocerlo. Yo, a mi padre, no lo conocía y aprendido mucho de él. Le encanta hacer bromas y yo le sigo, algún rato nos morimos de la risa. Mi madre era muy buena, me enseñó muchas cosas, pero me absorbía y yo tenía poca relación con mi padre, ahora he podido conocer muchos aspectos de él, ¡sé demasiado!

También es verdad que es una experiencia muy fuerte, porque no tienes vida propia, eres muy esclavo. Yo vivo en función de él

### **Necesidades y recursos**

---

**Joana María.** Mi madre hace, más o menos, cinco años que le empecé a decir que la quería llevar a un centro porque no la podía dejar sola, porque me hacía todo lo que me hacía. Y no quería ir, y no quería ir... Y tú sabes, que ella te diga que no... Ahora si ella me hubiese dicho "pues y sí, tú podrás trabajar", tú ya lo haces de otra manera. Si tú sabes que aquella persona toda la vida te dijo que quería que tú la cuidases, ¿cómo después tú tienes la cara de llevarla?... Es porque es otra generación. Mi madre son 94 años, yo no pensaría igual.

**Encarna.** Esto es lo que me pasa. Mi hermana me costó llorar mucho porque ella no quería ir.

**Magdalena.** Yo creo que es la mentalidad que hay todavía en Mallorca o dentro de España, queremos hacer nosotros de cuidadores para nuestro familiar y no pensamos que con gente de fuera o en centros pueden estar muy bien. Parece que para ser solidarios tenemos que cuidar a nuestro padre, si lo llevamos a un centro parece que no lo hacemos bien.

**Pedro.** Y es que, cuando se trata de la mujer o del marido... por eso, a veces, he insistido en estas cosas. Si la persona que tú cuidas te dice: "No me tienes que dejar en un centro. Cuando no esté bien, no quiero que me lleves a ningún lugar, quiero estar en mi casa, porque aquí tendré autonomía, y allí tendré que hacer lo que digan". Por ejemplo, mi mujer no quería ir, yo lo sabía, y se lo dije al hijo que lo intentara él. Lo probamos tres días, o tres veces, y la última vez, la que hizo tres, hablamos con ella: "Bien, ¿no nos dices cómo te ha ido? Si te ha gustado, si no te ha gustado..." Estábamos sentados en la mesa, y ella dijo: "Allí estamos bien, pero para ver enfermos allí puedo estar sola aquí." Entonces, si una persona no tiene la cabeza clara es un punto... pero es que así y asá, no sólo eres tú, también la tienes que considerar a ella, y ella, si tiene la cabeza clara, te contesta, claramente, porque te dice: "Yo para estar allí de aquella manera puedo estar aquí en mi casa contigo."

**Magdalena.** Es cierto que llevar a un centro puede crear un problema personal y familiar, pero yo pienso que, a veces, la persona dependiente es un poco egoísta y le tenemos que dar hasta un cierto punto aquello que nos pide, que también tenemos que saber decir "no, hasta aquí puedo llegar yo, yo le

daré este espacio que es el que ella quiere, pero lo otro no, lo otro tiene que hacer así como nos va bien para encargarnos todos, lo mejor para todos." Quiero decir, yo en el caso de tu mujer, si me permites, yo le habría dicho: "Mira, por el bien de todos nos conviene que estés en el centro de día, piensa que son unas horas, cuatro o cinco horas, no hay por qué más, estarás en casa todo el otro tiempo estaremos juntos, hablaremos, pero tendremos un poco de espacio para todos". Es muy difícil de hacer, no digo que sea fácil, pero nos hacen un poco de chantaje emocional.

**Margalida.** Nos fue muy bien poder llevar a mi madre al centro de día. Yo no pude elegir; la enfermera y el médico nos lo aconsejaron, ya que era agotador. Yo sabía que allí estaba bien, llamaba para saber cómo estaba y a las seis de la tarde la traen a casa. Estoy contenta de todos los que trabajaban allí, aun ahora los conductores de la furgoneta se paran a hacer un café. Si alguien con la misma situación que he vivido yo me pidiese consejo le recomendaría que llevase a su familiar a un centro de día.

**Encarna.** Los centros de día, por ejemplo, en Inca sólo tenemos uno, para mí, y escuche, esto sí que hace falta porque hay mucha gente que lo necesita.

**Joana Maria.** Esto de los centros de día es que debería haber uno en cada pueblo. Los políticos deberían pensar que un día ellos se volverán viejos. Y en lugar de invertir en cosas que a lo mejor no son tan necesarias...Debería haber un centro de día que tú pudieses llevar a tu familiar mayor en unas horas más flexibles, por ejemplo, si uno dice "a las cuatro me la traen" pero si trabajas a las cuatro...Cada uno tiene horarios diferentes.

**Isabel.** Faltan más infraestructuras...

**Joana Maria.** De todas maneras hace veinte años como ya he dicho que ya cuidé a una persona, y en veinte años ha cambiado esto completamente. Entonces no había ayudas de ningún tipo, eran pañales y trapos que tenías que lavar cada día, de las heridas y de las otras cosas, esto era duro a más no poder. A veces no queremos valorar lo que tenemos, pero bien, todo es mejorable. Yo tengo la esperanza de que, a lo mejor, cuando me llegue a mí haya más infraestructuras, que yo pueda ser, por ejemplo, cuidada en casa pero... es que también depende mucho del enfermo, porque hay enfermos que te los puedes

llevar, hay enfermos que no los puedes tocar, ha de estar en un lugar o ha de estar en otro, hay tantas enfermedades...

**Magdalena.** Hoy en día tenemos recursos para diversas situaciones, desde el asesoramiento que nos pueden proporcionar los servicios sociales hasta las ayudas económicas o servicios de asistencia. Yo encuentro muy útil el servicio de comida a domicilio. A mí personalmente me interesan los servicios del centro de día. Las residencias las veo de mucha ayuda para momentos puntuales, si te vas de viaje o por enfermedades...

**Isabel.** Yo querría estar en casa con una persona que me cuide si llega el caso...

**Encarna.** Pero mire, yo llegué a poner una para mi hermana. Los primeros años que la tuve en casa, yo la ponía en la cama, le daba las pastillas, volvía, bajaba de la cama y se caía...yo no podía dormir. Estuve dos años así hasta que dije: "Esto se tiene que acabar, tenemos que poner una persona para dormir, porque yo caeré enferma". Y pusimos una persona que dormía con ella. Teníamos dos camas y el baño en la misma habitación y esta persona duerme con mi hermana. Yo preferiría también que me pusieran una persona sí, pero que sea una persona preparada.

**Maria.** Me dijeron de tener una mujer pero él me dijo: "¿O no tienes a la hermana?", él prefería que quien me ayudase fuese alguien de la familia.

**Catalina.** Yo trabajo y me he ido a las 6:50h de la mañana hacia Palma. De las 8:30 a las 9:30h pienso ahora lo levantan, ahora desayuna... Si el TF que viene habitualmente está estoy muy tranquila, sé que lo entiende, que mi padre está a gusto con él y le quiere. Pero si el TF tiene vacaciones o, ahora que está de baja, y tiene que venir otra TF ya no puedo estar tan tranquila. Pienso que es importante que las personas que los lavan sean profesionales. En casa saben que no pueden enviar a según quien, porque no lo levantarán. Y me ha pasado que he tenido que irme más tarde al trabajo porque no tenían a nadie que pudiese venir, esto no puede ser, yo puedo hacerlo algún día porque en el trabajo saben que yo cumplo pero no puedo hacerlo siempre. Creo que tener buena relación con el médico y la enfermera es muy importante y yo no me puedo quejar, no me han negado nunca nada. El médico viene, se sienta y habla

con él, esto es muy importante. Para mí, tener un Centro de Día me iría muy bien porque podría estar más tranquila.

**Magdalena.** A mí me gustaría que me cuidasen en un centro fuera de casa con personas que tengan una cualificación profesional, y recibir no sólo atenciones sanitarias sino también psicológicas. La gente tiende a pensar que el hecho de permanecer en un centro es por falta de solidaridad por parte de tus familiares... Nada más lejos de la realidad, podemos ser cuidados a todos los niveles y de forma excelente y al mismo tiempo disfrutar del amor que nos proporciona nuestra familia. Ahora bien, creo que hacen falta profesionales, no sólo necesitamos a un cuidador, necesitamos a un psicólogo, en las residencias hay un montón de gente que las tratan sanitariamente muy bien pero que no tienen o que hay un psicólogo para trescientas personas, quiero decir que la salud mental es más importante que la física.

**Encarna.** Mira ahora hacen esto que te dan una cantidad que, aunque no sea demasiado, te ayuda un poco...

**Magdalena.** Pero la parte económica yo creo que no es lo que más necesitamos. Hace falta sin lugar a dudas, pero es la más fácil, la que más pronto podemos tener.

**Joana.** Pero va bien por si quieres poner a una mujer.

**Magdalena.** Pero a ver si no vale mucho más que pongamos una mujer acostumbrada a tratar a gente mayor, que tiene unas ideas o estudios mínimos, que sabe que es muy importante el afecto, que le sabrá curar... preparadas profesionalmente.

**Encarna.** Sí, pero ahora aquí hay muy pocas chicas preparadas para hacerlo, las chicas que vienen de fuera...

**Magdalena.** Pero se preparan, hay.

**Joana.** Yo tengo una chica de mi pueblo y le ha cuidado bien, no ha tenido que venir ni el practicante ni nadie. Lo ha hecho muy bien.

**Magdalena.** Han de venir profesionales a casa, pero más tiempo; ahora vienen poco tiempo, media hora, una hora, no es suficiente, los cuidadores familiares con el tiempo que vienen de servicio a domicilio...

**Isabel.** ¿Media hora? Diez minutos o un cuarto. En casa venían por las mañanas y claro, tienen prisa, no lo hacen tan bien como tú porque no es tu madre, lo hacen muy deprisa, has de estar pendiente de si vienen a las nueve, a las nueve menos cuarto. Yo no me podía ir nunca, y de todas maneras, la lavaba yo; ellas me ayudaban, pero yo me deshago muy bien con mi madre... lo que yo no entiendo es que mi madre no da mal, es como un bebé, mi madre no tiene dolor, no se queja, a mi madre le das de comer y come, lo único que te pide es agua, y en cambio, no sé porqué yo no tengo que estar bien... no me falta la ayuda de mi marido, los servicios sociales, debe ser este carácter, que tengo el carácter muy fuerte, soy demasiado perfeccionista...

**Magdalena.** En todo caso la ayuda no es suficiente, a partir de dos horas podríamos empezar a hablar, al menos esto. También dar la posibilidad al cuidador de que pueda salir, que el cuidador se encargue, que es muy importante, al menos dos horas, ¿tienen que hacer una aportación económica?

**Encarna.** Esta chica que decía le pagaba y venía a las diez de la noche y se iba a las siete de la mañana y mi hermana dormía pero yo también dormía porque sabía que tenía aquella persona al lado, porque sino yo no podía dormir.

**Isabel.** Que a lo mejor las residencias y los centros de día fuesen lo que tocan ser entonces no importaría que estuviesen sólo en su casa, yo ir a una residencia y ver a toda aquella gente así, brazos cruzados, dormidos...

**Magdalena.** En las residencias o en los centros en general, hay demasiados usuarios para demasiado poco personal. Cuando estudiaba visitamos una residencia para ¡trescientas personas! Un educador social es muy importante como también el un psicólogo, y sólo había uno también para todos, y la mayoría de las personas que estaban allí eran dependientes, los válidos eran una minoría. Esto es la administración, ¿cómo podemos empujar para que pongan más? Es un problema de dinero... La visita fue agradable, acabé bailando con los usuarios, fue una cosa que no me había planteado, pero sólo ver una persona mayor que se sintió tan agradecida que un grupo de

estudiantes fuesen a verle, fuésemos a tomar un café con ellos, a hablar, a que nos enseñasen sus habitaciones, estuvieron tan agradecidos, tan contentos, que para nosotros fue todo un placer ir a visitar una residencia.

Necesitamos más infraestructuras, más centros de día, residencias..., pero también profesionales que nos puedan asesorar de forma directa y personal o bien mediante recursos formativos, tanto para los cuidadores como para los usuarios de los servicios sociales. También hay necesidad de dedicar más tiempo a las atenciones personalizadas y en el domicilio de las personas dependientes y de sus cuidadores.

**Isabel.** También hay que decir que cuando han estado días en las clínicas más de lo que tocaría nos salen con úlceras.

**Magdalena.** Sí, pero yo creo que vamos avanzando, no sé, tenemos que presionar a la administración. Yo no sé cómo lo podemos hacer, pero creo que es un proceso muy lento, pero sí que hay unos esquemas hechos, sí que hay unas directrices a seguir, lo que pasa que vamos mucho de buenas, pero sí que hay unos programas... Se tiene que luchar.

### **Programas de apoyo a los familiares cuidadores**

---

**Magdalena.** Cuando me preguntan qué pienso de los programas de prevención para los familiares siempre digo que son adecuados pero insuficientes. Se debería dar más información, ya que mucha gente los desconoce.

**Encarna.** Está bien que los hagan. Nos gustó mucho, es una cosa agradable y que tú ves qué tienes que hacer, cómo lo tienes que hacer... Es una cosa útil, sí, mucho.

**Magdalena.** Pero falta más información. Yo vi un cartel en el hospital pero no lo vi en ningún lugar más, quiero decir que la gente no lo sabe, y sería muy interesante que hubiese un poco más de publicidad. La gente iría.

**Encarna.** No lo divulgan. A mí, si no me hubiesen avisado en casa, tampoco lo habría sabido.



**Joana María.** Yo, a lo mejor, porque estoy en un pueblo más pequeño, la gente más o menos respondió. Fue muy bien. Yo personalmente se lo aconsejé a otras personas que tenían que cuidar.

**Encarna.** Nosotros vimos cómo tienes que girar al familiar, cómo se tiene que hacer para moverlos... estas cosas las necesitas tú porque no eres una enfermera.

**Joana María.** Yo siempre digo lo mismo y es que me ayudó mucho para entender el proceso de la vejez. Lo encontré importantísimo, porque yo no lo entendía... bien, tal vez entender quiere decir que lo aceptas, claro, porque una de las cosas de las que me acuerdo que decían en el programa era que a una persona mayor no le puedes ir tú alterada, porque es que la alteras a ella. Tienes que ir con tranquilidad porque de todas formas no sacas nada, quiero decir, vale más ir de una manera suave; y si tienes problemas personales pues los has de dejar antes de entrar, lo tienes que controlar, y cosas así; yo lo encontré muy interesante. A veces te exaltas cuando no te hacen caso... mi madre pasó una fase rebelde, que a lo mejor le hacías sopa para comer y te hacía así, que la sopa no le había gustado, tonterías de estas, ¿me entendéis? tú vas estresada, con tus problemas y tus cosas. Por eso digo que a mí me ayudó mucho para entender más este tema.

**Magdalena.** Los programas ayudan a tomar conciencia de la situación que vives, de las necesidades que se han creado y de cómo te tienes que organizar para llevarlo todo, que no es fácil. A nosotros nos daban manuales didácticos, elementos de autoayuda, puedes relacionarte con otros cuidadores... Se tiene que trabajar para aprender a envejecer y a aceptar la muerte y un cuidador está al lado de todo esto y es una cosa que nos cuesta muchísimo. El día que lo podamos aceptar, a saber llevar un duelo de una manera moderada, sin traumas, que es muy difícil de hacer, habremos conseguido muchísimo. Yo también la he visto de cerca a la muerte, como muchos, porque perdí una hermana y un sobrino, y el día que aprendes esto, que por naturaleza nos tiene que pasar a todos, que tenemos que pasar un proceso de duelo que nadie nos lo quitará, pero que lo tenemos que saber asumir, habremos conseguido mucho.

**Encarna.** Yo con mi marido me costó muchísimo también, estuve más de un año que no podía salir, aun no tenía a mi hermana así. Yo no había manera, y

mira que le había tenido trece años, que otro se habría quedado tranquila. No, no, porque aun le lloro, ahora no puedo ver la Navidad porque él se lo pasaba muy bien.

**Magdalena.** También tenemos que aprender a ver los problemas que vendrán, a prever, a prepararnos antes de que pasen, lo tenemos que asimilar.

**Joana Maria.** También lo que había dicho Pedro, que no es lo mismo la pareja que una madre, un padre o un tío. Es que se te va la mitad de ti. De todas maneras, yo creo que mi madre cuando no la tenga pues la echaré de menos.

**Joana.** Yo siempre me pensaba que me moriría yo primero que él, porque estoy más enferma que él, siempre me lo pensaba, y le decía a él: "Te dejaré viudo".

**Joana Maria.** Nunca se sabe.

### Ley de dependencia

---

**Joana.** A mí me ha solucionado que he podido poner una mujer, porque con la paga de mi marido no cobraban mucho y así he añadido un poco porque la quería tener asegurada, íbamos justito pero me ha solucionado.

**Joana Maria.** Es una buena ayuda, o sea, es una ayuda porque así ya tienes algo. Yo, por ejemplo, hace tres años que tengo a una persona en casa y se habían conformado con las entradas que mi madre tiene. Mi madre no es que cobre mucho pero tenía, cobraba de viudedad y de invalidez, tiene dos pagas pequeñas, haces una un poco más buena, y ahora con la ayuda estás un poco mejor.

**Magdalena.** Yo la tengo solicitada, resuelta pero aun no efectiva. Es muy lento. La ley de dependencia es muy acertada pero el proceso es demasiado lento. Se deberían habilitar residencias o centros de apoyo para situaciones de carácter más urgente. Una cosa que está bien es que la ley de dependencia no tiene en cuenta el patrimonio, es un derecho.

**Margalida.** La pedimos y al cabo de un año nos pagaron todo lo que estaba pendiente. No nos podemos quejar. Los servicios sociales nos lo tramitaron y estamos contentos.

**Encarna.** Yo hace tres meses que la tengo efectiva.

**Isabel.** Pero la declaración de renta sí que la se tiene en cuenta.

**Pedro.** Yo tengo la ley de dependencia otorgada pero no la tengo efectiva porque no estoy de acuerdo con las cantidades que se han asignado referentes al coste de esto.

**Isabel.** ¿Has solicitado la revisión?

**Pedro.** No. Está concedida total, pero el nivel de valoración no es el mismo que el que empezó. Pero aparte del nivel, las ofertas que hicieron no eran correctas.

**Isabel.** No todo el tema de cuidar se puede arreglar con dinero...

**Pedro.** No, con dinero no se puede arreglar todo, pero sí hay una cosa muy importante, en cuanto al dinero, y es que a las familias cuando tienen casos graves, muy dependientes, las ayudas económicas tienen que cubrir el 100%, aunque sea costoso. Hay mucho dinero para según qué cosas y los gastos que se producen en estos casos son muy fuertes. Que se controle todo al máximo, de acuerdo. Si los gobiernos no ayudan a las familias será peor para todos, porque una persona dependiente en un centro todo el día cuesta mucho. Las familias somos imprescindibles para atender a las personas dependientes que tenemos, y la administración lo sabe y debería apoyarnos más, porque llevamos una gran carga.

**Maria.** Me pusieron que cobraría como ayudanta. Lo he cobrado medio año y lo he cuidado ¡ocho años! Yo pienso que va bien recibir ayudas, sobre todo las que ayudan a que las personas puedan continuar en su casa. ¡Estar en su casa es tan bueno!

**Catalina.** La ayuda se entretiene pero llega, por tanto, vale la pena pedirlo. Evidentemente no le basta lo que nos dan para poder pagar los servicios que tiene pero nos ayuda.

**Magdalena.** Es conveniente acudir a los servicios sociales, para que te orienten en las posibles estrategias de ayuda y te asesoren sobre los servicios que pueden ofrecer para mejorar la calidad de vida tanto para tu familiar como para ti como cuidador. Compaginar el trabajo personal con el trabajo como cuidadora puede ser complicado y en el mejor de los casos, estresante. La situación idónea sería poder reducir el tiempo de nuestra actividad laboral y adaptar el horario a las necesidades que tiene nuestro familiar. Si esto no es posible, deberíamos buscar a una persona que pueda llevar a cabo nuestro trabajo de cuidadora o bien plantearnos dejar nuestro trabajo de forma temporal.

### ¿Y la familia?

---

**Magdalena.** Dentro de la familia cuesta mucho, nos involucramos mucho las mujeres.

**Joana.** Tengo tres hijos y una hija, y el que se involucraba más era mi hijo pequeño que cada noche a las diez, tanto si llovía como si no llovía venía ayudarme con su padre.

**Magdalena.** Yo creo que el problema es que ayudan, y no se trataría de ayudar, sino compartir. Ayudar es muy fácil, es muy fácil de hacer, vienen un momento que les sobra tiempo...

**Isabel.** E Los míos me dicen: "Mamá, ¿necesitas algo?", "Mamá, ¿quieres que te ayude?" Mi marido también. Si yo me voy unas horas él se queda. Gracias a Dios mi marido está jubilado y me ayuda mucho.

**Margalida.** Mi marido también me ha ayudado mucho a cuidar a mi madre, sin él no lo habría podido hacer.

**Joana.** Ha sido pasar esta enfermedad y todos han hecho piña, no me puedo quejar, ni de cuñadas, sobrinas, hijos y todos. Si he querido ir a una excursión una cuñada, una hermana, un hijo, se han quedado con mi marido; antes, no se preocupaban si venían a vernos; pero con la enfermedad nos hemos reencontrado los de la familia.

**Encarna.** No, yo tampoco me puedo quejar de la familia porque si necesito una mano, me la echan, más bien estamos más unidos que separados.

**Magdalena.** Hemos de ser conscientes que con la nueva situación que representa tener que cuidar podemos conocer nuevos valores que a la larga pueden ser de gran ayuda, incluso gratificantes. Es bueno para el nieto sentirse útil para el abuelo, para el hijo acercarse a la vejez y, en consecuencia de esto, a la muerte de una manera natural. Otras veces con mi padre me parece tener a un niño en casa y tenemos que aprender a demostrar afecto, tolerancia, a tomar conciencia de que nosotros también podemos llegar a ser dependientes.

**Maria.** La familia, de forma especial mi hermana y sus hijos me han ayudado siempre, sin pedirlo, un hijo de mi hermana cada mañana venía a verlo y le decía qué tal tío, ¿cómo se encuentra? Hasta el último momento ha sido así.

**Catalina.** Tener una persona dependiente a veces puede complicar la armonía de una familia. Yo estoy sola, pero lo veo. Para mi los profesionales que me ayudan me dan mucho apoyo.

**Magdalena.** Es importante tal vez comprar aquella casa, tener dinero, aquellos vestidos... y nada, cuando tenemos que cuidar a alguien todo esto deja de tener importancia. En cambio, damos importancia a la afectividad, al amor, al cariño, a cosas que son más importantes...

**E**l Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) a través del Equip de Vellesa i Família de la Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors, lleva a cabo desde el año 1994 diversos programas comunitarios y preventivos dirigidos a las personas mayores, a los profesionales de atención social primaria y a los familiares cuidadores. Para este último colectivo ha editado el programa *¡Cuídate!. Programa para familiares cuidadores.*

El objetivo central de este material es dar apoyo a los cuidadores informales que deben atender a la dependencia, es decir a los familiares que asisten a los mayores que tienen dificultades para mantener un nivel de autonomía suficiente.

La puesta en marcha de la Ley de Autonomía Personal y de Atención a la Dependencia ha permitido confirmar la importancia de invertir recursos humanos y materiales en este campo. El programa *¡Cuídate!* quiere ser una contribución desde el ámbito de los servicios sociales comunitarios y especializados y, también, una apuesta decidida a la colaboración entre los técnicos de diversas disciplinas, todos con una misma misión: informar, formar y dar apoyo a los familiares cuidadores de personas mayores.



**OFICINAS  
CENTRALES**

C/ de General Riera, 67  
07010 Palma  
Teléfonos 971 295 972  
971 763 325  
Fax 971 760 475

**CENTRO COMARCAL  
DE INCA**

C/ de General Luque, 233  
07300 Inca  
Teléfono 971 880 216  
Fax 971 502 407

**CENTRO COMARCAL  
DE MANACOR**

C/ de José López, 2  
07500 Manacor  
Teléfono 871 986 142  
Fax 871 986 150



**Consell de  
Mallorca**

■ Departament de Benestar Social  
Institut Mallorquí d'Afers Socials

[www.imasmallorca.net](http://www.imasmallorca.net)