

BUENAS PRÁCTICAS

En la atención a personas con discapacidad

VIVIR MEJOR

Cómo garantizar
el respeto a la dignidad,
la intimidad y la autonomía
en la atención personal

Autor

Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa
Fundación Eguía-Careaga Fundazioa

Edición

Diputación Foral de Álava

Diseño

Estudio Lanzagorta

Maquetación

Concetta Probanza

Impresión

Diputación Foral de Álava

Depósito Legal: **SS/xxxx-2012**



Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas. Queda autorizada la reproducción parcial de esta publicación, cuando la misma se haga con fines didácticos, informativos o divulgativos, no tenga ánimo de lucro y sea realizada por una entidad pública o privada sin ánimo de lucro. En caso de reproducción deberá referirse la fuente original, con indicación del título de la Guía, del autor y del editor.

INDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN: ENTRE LO ÍNTIMO Y LO PERSONAL	7
1. ¿Qué es la atención personal?	7
2. Respeto a la autonomía, la dignidad y la intimidad como claves de una atención personal de calidad	8
I. APOYOS PARA ALIMENTARSE	12
1. Nutrición y dietas	12
2. Elección de los menús	15
3. ¿Cómo prestar apoyos para la alimentación?	18
3.1. Apoyos para comer y beber	18
3.2. Cuidados en caso de disfagia	20
II. APOYOS PARA ASEARSE	24
1. Definición y objetivo del aseo	24
2. ¿Cómo prestar apoyos para asearse?	24
3. Apoyos para la higiene corporal	27
3.1. Apoyos para el aseo completo en ducha o en bañera	28
3.2. Apoyos para el aseo completo en la cama	29
3.3. Apoyos para el aseo en camilla o bañera geriátrica	31
3.4. Apoyos para el aseo parcial	32
3.5. Apoyos para el aseo de las partes íntimas	32
4. Apoyos para otras necesidades de higiene y aseo personal	33
4.1. Apoyos para la higiene bucal	33
4.2. Apoyos para la higiene de las fosas nasales	35
4.3. Apoyos para la higiene de los ojos	35
4.4. Apoyos para la higiene de los oídos	36
4.5. Apoyos para el cuidado de la piel	36
5. Apoyos para el cuidado del aspecto personal	38
5.1. Apoyos para el cuidado del cabello	38
5.2. Apoyos para el afeitado y la depilación	39
5.3. Apoyos para el cuidado de las uñas	40
5.4. Apoyos para el maquillaje	41
III. APOYOS PARA VESTIRSE Y DESVESTIRSE	42
IV. APOYOS PARA IR AL WC	45
1. Apoyos para ir al WC cuando la persona no sufre incontinencia	45
1.1. Apoyos para la utilización de la cuña y la botella	46
1.2. Apoyos en caso de estreñimiento	47
1.3. Apoyos en caso de diarrea	49

1.4. Prevención de la incontinencia	49
2. Apoyos cuando la persona sufre incontinencia	50
2.1. Apoyos en caso de incontinencia urinaria	51
2.2. Apoyos en caso de incontinencia fecal	54
V. APOYOS PARA MOVERSE Y DESPLAZARSE	56
1. La importancia de mantener la movilidad	56
2. Los efectos de la inactividad	56
3. Fomentar y facilitar la actividad	58
4. Apoyos para la movilización	59
5. Cambios posturales	61
6. Apoyos para la marcha	63
6.1. Acompañamiento por una persona de apoyo	63
6.2. Productos de apoyo para la movilidad	64
VI. EL IMPACTO DE LA ATENCIÓN PERSONAL EN LAS Y LOS PROFESIONALES DE APOYO	71
1. ¿Cómo impacta la atención personal en las y los profesionales de apoyo?	71
1.1. La forma de organizar y prestar los apoyos de atención personal	71
1.2. La naturaleza de los apoyos de atención personal	72
2. Estrategias para hacer frente a estas situaciones	73
2.1. Estrategias individuales	73
2.2. Estrategias organizativas	78
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA	80
ANEXO 1. MANIOBRA DE HEIMLICH PARA ACTUAR EN CASOS DE ATRAGANTAMIENTO	82
ANEXO 2. ALIMENTACIÓN POR SONDA	83
ANEXO 3. DISPOSITIVOS PARA LA ELIMINACIÓN DE ORINA	86
ANEXO 4. MANIOBRA DE CREDÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE ORINA	89
ANEXO 5. DISPOSITIVOS PARA LA ELIMINACIÓN DE HECES EN PERSONAS OSTOMIZADAS	90
ANEXO 6. PAUTAS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS CAMBIOS POSTURALES MÁS FRECUENTES	93

PRESENTACIÓN

Esta Guía de Buenas Prácticas titulada "*Cómo garantizar el respeto a la dignidad, la intimidad y la autonomía en la atención personal*" se enmarca en el proyecto "Vivir Mejor" del Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava. Acompaña, junto con otras guías técnicas de buenas prácticas, al Manual "*Cómo concebimos la atención residencial. Pautas básicas para una atención de calidad a las personas con discapacidad*". Su ámbito de aplicación, no obstante, va más allá del ámbito residencial, pudiendo aplicarse también en otros contextos de vida y de atención.

Como todos los materiales que conforman la serie, esta guía es el resultado de un proceso de debate y consenso entre profesionales, de distintos perfiles, que comparten un interés común: mejorar la calidad de vida en los servicios para personas con discapacidad y mejorar para ello la forma de atender y de prestar apoyo.

Para facilitar la participación en la elaboración de la guía se organizó un grupo de discusión, compuesto por el responsable y las y los técnicos de apoyo del Área de Personas con Discapacidad; por profesionales de los equipos que trabajan en los servicios de atención a personas con discapacidad; por la técnica de calidad de la Secretaría de Servicios Sociales responsable de la coordinación del proyecto; y por profesionales del SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía-Careaga responsable del concepto y del diseño del proyecto, así como de la redacción de la Guía y de la dinamización del proceso. Estos son los miembros del Grupo de Discusión:

- *Área de Personas con Discapacidad del Instituto Foral de Bienestar Social:*
 - Carmen Olcoz Monreal. *Subdirectora del Área.*
 - Ana Aguirre Martínez de Soria. *Monitora del Centro de Autonomía Personal.*
 - Blanca Arrázola Herce. *Psicóloga del Área.*
 - Txelo Auzmendi Jiménez. *Terapeuta Ocupacional del Centro de Autonomía Personal.*
 - Edurne Basterra Arana. *Supervisora de la Residencia Etxebidea.*
 - Ainhoa Bóveda Sáenz. *Hogar Donostia. ITXAROPENA.*

- Susana Folgueira Gómez. *Educadora de Pisos y Residencias.*
- Leire García García. *Enfermera de la Residencia Goizalde.*
- Montserrat Martínez Ibaibarriaga. *Monitora del Centro de Día Ehari.*
- Maribel Muñoz Mas. *Pedagoga del Área.*
- Estibaliz Ortiz de Zárate Ochoa. *Monitora de la Residencia Portal de Castilla.*
- Maika Otxoa de Eribe López de Sosoaga. *Educadora de la Residencia Etxebidea.*
- Arantza Pérez Carrasco. *Auxiliar de la Residencia Etxebidea.*
- Izaskun Torrealday Martínez. *Psicóloga de la Residencia Etxebidea.*
- Arantza Yarritu Calle. *Auxiliar de la Residencia Etxebidea.*
- *Secretaría de Servicios Sociales*
 - Itziar González de Zárate Ruiz. *Técnica de Calidad.*
- *SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Equía-Careaga:*
 - Ane Arruabarrena Ubetagoiena. *Técnica del Equipo de Estudios.*
 - Helena Sotelo Iglesias. *Responsable de Estudios y de Procesos de Calidad.*

Este cauce de participación, enriquecido además con la contribución indirecta de profesionales y técnicos no integrados en el Grupo de Discusión y con la visión de contraste que han aportado las personas usuarias, ha permitido afinar el debate y completar la guía con numerosas y pertinentes aportaciones, realizadas desde perspectivas y posiciones muy diferentes, lo que amplía y profundiza el carácter muy significativo del consenso alcanzado.

Queremos agradecer la implicación y el ánimo constructivo y dialogante que han mostrado todas las y los profesionales que han participado en este proyecto, directa o indirectamente. Sin su colaboración, sin la aportación de su experiencia y de su conocimiento directo y cotidiano de la atención a las personas con discapacidad, sin su apertura a la visión exterior y al intercambio de ideas, el proyecto Vivir Mejor no habría podido existir.

INTRODUCCIÓN.

ENTRE LO ÍNTIMO Y LO PERSONAL

1. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN PERSONAL?

La atención personal engloba los apoyos para las actividades básicas de la vida diaria, es decir, las actividades primarias y esenciales relacionadas con las necesidades físicas y fisiológicas de las personas. Abarca una realidad amplia, que incluye muy variadas actividades, todas ellas personales, pero no todas ellas igual de íntimas. De ahí que resulte interesante tratar de diferenciar las dos esferas –la íntima y la personal–, conscientes de que la delimitación entre ellas no es neta; más bien, constituyen los dos polos de un continuo, a lo largo del cual el grado de contacto físico entre quien presta los apoyos y quien los recibe va de mayor a menor intensidad:

- **Cuidados íntimos.** Los cuidados íntimos se refieren a las tareas de cuidado asociadas a funciones fisiológicas y de higiene personal, que exigen contacto directo o indirecto con las partes más íntimas del cuerpo. Es la parte más delicada de la prestación de apoyos y, sin duda, puede presentar particulares dificultades tanto para quien recibe los apoyos como para quien los presta.
- **Cuidados personales.** Los cuidados personales se relacionan con las demás necesidades primarias de la persona y la intensidad del contacto físico que requieren es menor.

El siguiente cuadro ofrece una clasificación básica de las tareas en función de su naturaleza íntima o personal, para cada uno de los tipos de apoyo.

TAREAS DE APOYO ASOCIADAS A CUIDADOS ÍNTIMOS Y PERSONALES

Área de apoyo	Cuidados íntimos	Cuidados personales
<i>Apoyos para la alimentación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar alimentación por sonda 	<ul style="list-style-type: none"> • Elegir los menús • Ayudar a comer y beber
<i>Apoyos para el aseo personal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bañar o duchar • Lavar partes íntimas del cuerpo (zona genital y anal) • Limpiar las babas o las secreciones nasales • Cambiar de protección higiénica durante los periodos menstruales 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar partes no íntimas del cuerpo • Ayudar en la higiene bucal • Ayudar en el cuidado del cabello • Prestar apoyo en el afeitado y la depilación • Ayudar en la higiene de los ojos • Ayudar en la higiene de las fosas nasales • Ayudar en la higiene de los oídos • Ayudar en el cuidado de las uñas • Ayudar en el cuidado de la piel • Ayudar a maquillarse

TAREAS DE APOYO ASOCIADAS A CUIDADOS ÍNTIMOS Y PERSONALES

Área de apoyo	Cuidados íntimos	Cuidados personales
<i>Apoyos para ir al WC</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a utilizar el WC • Cambiar pañales 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar indicaciones para utilizar el WC
<i>Apoyos para vestirse o desvestirse</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a ponerse la ropa interior 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a ponerse el resto de la ropa
<i>Apoyos a la movilidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a sentarse en el WC o a entrar a la ducha o a la bañera 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a moverse y desplazarse

A las tareas de apoyo que aparecen en la tabla anterior como propias de la esfera íntima, se suman otras que, al no implicar contacto directo entre las personas, no recaen estrictamente en esa categoría, pero están estrechamente relacionadas con aquéllas. Se trata de tareas instrumentales que exigen un contacto directo con diferentes fluidos corporales:

- cambio de sábanas manchadas;
- limpieza de vómitos;
- limpieza de heces;
- limpieza de orina;
- limpieza de sangre;
- limpieza de semen;
- limpieza de babas y secreciones nasales.

2. RESPETO A LA AUTONOMÍA, LA DIGNIDAD Y LA INTIMIDAD COMO CLAVES DE UNA ATENCIÓN PERSONAL DE CALIDAD

Necesitar la ayuda de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria, es decir, para la realización de los gestos más esenciales, personales e íntimos, puede tener un fuerte impacto emocional y puede generar sentimientos de vulnerabilidad, indefensión, frustración, tristeza o también de rabia y enfado en la persona atendida. La única manera de reconfortarle, de transmitirle seguridad y de no mermar su autoestima es prestarle los apoyos que requiera con absoluto respeto de su autonomía, su dignidad y su intimidad. Estos derechos se sitúan así en el núcleo de la atención personal. Ello exige aceptar y asumir, en la práctica cotidiana, que respetarlos debe

ser la regla y que cualquier limitación a su ejercicio efectivo sólo puede ser una excepción a esa regla. Esto es algo que no sólo incumbe al personal de atención directa, sino que también debe asumirse desde la institución de la que depende el servicio y desde la dirección del propio servicio: sólo así podrá integrarse en la cultura institucional y sólo si se integra realmente en la cultura institucional –que es la que rige e impregna la vida y el funcionamiento de los servicios– tendrá posibilidades reales de constituirse en la clave de la atención.

Sin duda, el apoyo en estas actividades constituye un elemento referencial en los servicios:

- estructuran uno de los ejes básicos de su organización y funcionamiento;
- constituyen un área de aprendizaje y mantenimiento de habilidades anclada en la vida real;
- se sitúan, por cuanto tienen de personal e íntimo, en el núcleo de la relación de apoyo y contribuyen muy esencialmente a la especial naturaleza de esa relación.

No obstante, y a pesar de su importancia evidente en la vida del servicio y en la vida de las personas –tanto de las personas usuarias que, sin esos apoyos no podrían desenvolverse en su vida cotidiana, como de las y los profesionales de apoyo–, los imperativos organizativos no siempre dejan espacio para una prestación adecuada de los apoyos básicos, más allá de asumir su protagonismo como marcadores de la planificación de los ritmos y de las actividades. Y así es cómo, con más frecuencia de la deseada, esos cuidados íntimos y personales pueden no llegar a alcanzar el nivel de privacidad y personalización que debieran ser inherentes a su naturaleza, víctimas de las prisas, de los automatismos, de la resistencia al cambio y la desmotivación. Efectivamente, la vida en un servicio de carácter colectivo queda sometida a una serie de condicionantes que vienen dados por las necesidades de convivencia y de organización. En entramados tan complejos como lo son muchos servicios de atención, no es fácil evitar la tentación, guiados, sin duda, por la buena voluntad o por un deseo de eficacia, eficiencia y orden, de organizar una estructura disciplinada

en exceso, basada en la generalizada realización de tareas idénticas en horarios marcados e inflexibles, que lleva tanto a personas usuarias como a profesionales a una vida pautada por las rutinas.

Es fácil deslizarse por esa pendiente y llegar a situaciones extremas que conducen a las primeras a un proceso gradual de despersonalización, y a las segundas –en particular al personal de atención directa– a una creciente falta de interés por su trabajo, a una profunda insatisfacción y a un sentimiento de infravaloración difícilmente superable.

Este riesgo, que existe en cualquier servicio, aumenta con el tamaño de la estructura y con el nivel de apoyos requerido por las personas usuarias. Esto no significa que un servicio pequeño sea, sólo por su tamaño, una garantía absoluta exenta de cualquier riesgo de rutinización y automatismo; tampoco significa que no sea posible prestar una buena atención en un servicio de gran capacidad destinado a personas con necesidades de apoyo generalizado, pero significa, sin duda, que estas características constituyen unos factores de riesgo que añaden dificultad. En efecto, en servicios de gran capacidad, son muchas las personas que, al rotar los turnos de atención, acaban prestando los apoyos de cuidados íntimos y personales, y esa práctica no resulta fácilmente compaginable con el respeto a la intimidad: presenta el riesgo de generar rutinas poco personalizadas, aplicables al conjunto de las personas atendidas, y poco ajustadas a las necesidades de privacidad. En tales circunstancias, las personas con discapacidad pueden no tener más remedio que adaptarse, de manera forzada, a esas pautas de atención, lo cual, en el extremo, en particular en personas con discapacidad intelectual o con deterioro cognitivo, puede determinar que no adquieran o que pierdan la noción de intimidad, lo que, a su vez, puede conducirles a no distinguir entre los actos que, por su naturaleza, corresponden a la esfera íntima y a los espacios íntimos, y los actos que corresponden a la esfera pública y a los espacios públicos.

La única manera de evitar la deriva es articular los apoyos de atención personal en el marco de la planificación centrada en la persona (*véase la Guía de Buenas Prácticas de esta misma serie sobre "Planificación Esencial del Estilo de Vida"*). En ese contexto, la personalización deberá tomar como puntos básicos de referencia el respeto a la dignidad, el respeto a la

intimidad y la privacidad y, por supuesto, el respeto a la autonomía de la persona, favoreciendo su mantenimiento o promoviendo su mejora, lo cual debe concretarse en ofrecer el apoyo idóneo con la intensidad idónea –ni más ni menos apoyo del que realmente necesita–, dejando siempre que tenga la posibilidad de realizar, a su propio ritmo, las actividades o los gestos que sí es capaz de hacer.

La finalidad de esta Guía de Buenas Prácticas es contribuir a avanzar hacia ese objetivo. En ella, se ofrecen pautas para las y los profesionales que intervienen en la atención personal a las personas con discapacidad en el marco de los servicios de apoyo –en particular, al personal de atención directa en quien recae la prestación de los cuidados básicos–, con el fin de facilitar que el ejercicio de estas funciones se lleve a cabo con pleno respeto de los derechos básicos y ello en las principales áreas de atención que se tratan en los sucesivos capítulos:

- Apoyos para alimentarse.
- Apoyos para asearse.
- Apoyos para vestirse y desvestirse.
- Apoyos para ir al WC.
- Apoyos para moverse y desplazarse.

Las pautas que se recogen, muy detalladas, desarrollan muchas de las recomendaciones que, en relación con la atención personal, se incluían en la Guía de Buenas Prácticas de esta misma serie sobre "*Cómo compaginar derechos individuales y condicionantes organizativos*", que conviene tener presente como marco general y como referencia básica para la verificación periódica en los servicios del cumplimiento de las recomendaciones contenidas en ella.

I.

APOYOS PARA ALIMENTARSE

Algunas pautas básicas

Es importante, para evitar que se produzcan situaciones de riesgo, adoptar las siguientes pautas:

- Animar a las personas a que ajusten su alimentación a una dieta equilibrada.
- Enseñarles el valor nutricional de los diferentes alimentos.
- Ofrecerles la posibilidad de que informen sobre sus preferencias básicas (por ejemplo, de si persona es vegetariana).

1. NUTRICIÓN Y DIETAS

La nutrición tiene un efecto directo en el funcionamiento del cerebro y del cuerpo, de ahí que el estado de salud de toda persona dependa, en gran medida, de que la alimentación aporte todos y cada uno de los nutrientes que el organismo necesita para construir y reparar los tejidos y regular los procesos metabólicos. Una alimentación sana es pues un condicionante del bienestar psíquico, de la capacidad mental y del bienestar físico y se entiende que una alimentación sana requiere una dieta equilibrada que asegure la ingesta diaria de proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales que necesitamos, así como una hidratación adecuada mediante la ingesta de abundante agua.

Una dieta poco variada puede provocar un desequilibrio: un nivel insuficiente de nutrientes esenciales frente a un exceso de nutrientes no esenciales.

Pautas para una dieta equilibrada

La clave de una dieta sana reside en comer de todo y de forma variada:

- Tomar diariamente alimentos ricos en fibra y antioxidantes (fruta, cereales, verduras y hortalizas).
 - Usar preferiblemente aceite de oliva tanto para cocinar como para condimentar.
 - Limitar las carnes rojas y los embutidos.
 - Evitar el consumo de alimentos elaborados con aceites vegetales hidrogenados o grasas vegetales y/o animales (margarina, bollería industrial y dulces, entre otros).
 - Evitar alimentos y bebidas con azúcares añadidos.
 - Ingerir dos raciones diarias de lácteos (preferentemente desnatados).
 - Echar poca sal a las comidas (preferentemente yodada).
 - Beber abundante agua (también en forma de gelatinas).
 - Moderar el consumo de bebidas alcohólicas.
 - Hacer ejercicio de forma regular.
-

La dieta debe ajustarse a las necesidades nutricionales individuales; dado que estas necesidades varían a lo largo del ciclo vital en función de cambios fisiológicos, psicosociales y patológicos, será necesario adaptar, en cada caso, la alimentación a las nuevas necesidades recurriendo para ello a la dieta más adecuada en función de las mismas.

A continuación, se clasifican los diferentes tipos de dietas en función de dos criterios: su contenido y su forma de presentación. También se señalan los diferentes tipos de alimentación, en función de su vía de acceso al organismo.

TIPOS DE DIETAS SEGÚN SUS CONTENIDOS

Dieta basal

- También denominada dieta básica, proporciona todos los componentes esenciales de la nutrición, sin modificaciones en su composición en nutrientes o en energía.
 - Es adecuada para personas que no presentan necesidades nutricionales específicas y que, por lo tanto, no requieren ninguna dieta terapéutica.
-

Dietas terapéuticas

- Son las dietas en las que se altera la composición en nutrientes o en energía en respuesta a una enfermedad o alguna necesidad específica. Entre las dietas terapéuticas se encuentran las siguientes:

- *Dietas modificadas en energía.* Normalmente se realiza una distribución en la cantidad de energía aportada en la dieta:
 - La dieta hipocalórica es baja en calorías y se basa en reducir la ingesta de grasas y la cantidad de alimento. Se aplica en situaciones de sobrepeso y obesidad.
 - La dieta hipercalórica es alta en calorías y se basa en un aumento de la ingesta de hidratos de carbono y grasas. Se aplica en situaciones o procesos que requiere ese extra energético, como delgadez o caquexia, desnutrición, procesos patológicos (fiebre, fractura de huesos, infecciones generalizadas, quemaduras graves, VIH) o procesos fisiológicos como embarazo, lactancia, etc.
-

- *Dietas modificadas en proteínas:*

- La dieta hiperprotéica aporta mayor cantidad de proteínas que la recomendada en una dieta basal. Está indicada en situaciones de malnutrición (bajo peso, anorexia, etc.).
 - La dieta hipoprotéica aporta menos cantidad de proteínas que la recomendada en una dieta basal. Está indicada en ciertas enfermedades renales. Un tipo específico de dieta modificada en proteínas es la dieta sin gluten, específica para la enfermedad celíaca.
-

— *Dietas modificadas en carbohidratos.* Cuando se restringe la cantidad de carbohidratos, se genera una situación de cetosis, como en las dietas cetogénicas. Están indicadas en ciertos casos de epilepsia o de obesidad mórbida. En otros casos se incluyen alimentos atendiendo al tipo de carbohidrato, por ejemplo para obtener dietas de bajo índice glucémico, como en el caso de la diabetes.

— *Dietas modificadas en fibra alimentaria:*

– Dieta alta en fibra o dieta laxante. Está indicada en casos en los que hay reducción de la motilidad intestinal (estreñimiento).

– Dieta con bajo contenido en fibra, también denominada dieta sin residuos o dieta astringente. Está indicada para casos de diarrea.

— *Dietas modificadas en elementos minerales.* La más común de estas dietas es la dieta hiposódica, en la que se reduce de forma considerable la ingesta de sodio, bien eliminando la sal común, bien aportando alimentos pobres en sodio. Se prescribe en algunas enfermedades renales y en ciertas cardiopatías (hipertensión arterial).

TIPOS DE DIETAS SEGÚN SU PRESENTACIÓN

Dieta normal

- Formada tanto por líquidos como por sólidos.

Dietas con modificación de textura

Dieta líquida

- Formada únicamente por líquidos, agua, infusiones, caldos o zumos. Indicada temporalmente, hasta que se tolera otra más consistente.

Dieta semiblanda

- Se compone de alimentos semisólidos y líquidos (purés, sopas, yogures, papillas).

Dieta blanda

- Similar a la dieta basal, modificando únicamente la consistencia de los alimentos que han de ser alimentos fáciles de masticar y digerir sin contenido fibroso (purés, tortillas, pescados).

Además de existir los diversos tipos de dietas que se acaban de reseñar, existen tres modos de alimentación en función de la vía por la que acceden al organismo:

- | | |
|-----------------------|--|
| <i>Vía oral</i> | <ul style="list-style-type: none"> • La alimentación por vía oral es la alimentación por boca. |
| <i>Vía enteral</i> | <ul style="list-style-type: none"> • La alimentación por vía enteral es la alimentación a través de una sonda conectada al aparato digestivo: por ejemplo, la sonda nasogástrica que va de la nariz al estómago o la sonda de gastrostomía que va directamente al estómago. • El alimento puede introducirse en la sonda de dos modos: <ul style="list-style-type: none"> — mediante jeringa de alimentación; — por goteo continuo o intermitente, por medio de una bomba de infusión enteral. • Está indicada cuando no puede recurrirse a la alimentación por vía oral. • Por lo general, se utiliza durante un tiempo prolongado (incluso puede ser con carácter definitivo) o en procesos de cierta gravedad. No se aplica en situaciones leves o agudas, en las que se continuará utilizando la oral con modificaciones en textura o contenidos y/o complementos alimenticios. • No puede usarse en determinados casos: por ejemplo, cuando hay vómitos, obstrucción intestinal o pancreatitis. |
| <i>Vía parenteral</i> | <ul style="list-style-type: none"> • La alimentación por vía parenteral consiste en administrar nutrientes directamente a la sangre por vía endovenosa (cuando se trata de administrar hidratación, se hace por vía subcutánea). • Se recurre a esta vía sólo cuando no es posible utilizar el aparato digestivo o también cuando se necesita un complemento nutricional por razones de desnutrición. • Sólo puede aplicarse en medio hospitalario y el procedimiento está sujeto a un control analítico durante la administración. |

2. ELECCIÓN DE LOS MENÚS

- **Flexibilidad.** Conviene mantener cierto grado de flexibilidad a la hora de elegir el menú. Si bien es conveniente tratar de ofrecer, en los servicios de media o gran capacidad, la posibilidad de elegir entre dos menús completos, equivalentes en nutrientes, en los casos en los que esto no sea posible es necesario que, como mínimo, exista la posibilidad de elegir por lo menos una alternativa al menú principal: alguna ensalada sencilla, tortillas, fiambres, queso, etc.

OPINIONES DE LAS PERSONAS USUARIAS

- *"En general estoy contenta con los menús, aunque me gustaría poder optar a algún menú alternativo cuando no me gusta el principal".*
- *"Me gustaría poder elegir la comida".*
- *"La cantidad de comida está bien; no es ni demasiado, ni demasiado poco. No nos quedamos con hambre".*
- *"La comida se tendría que preparar en nuestra cocina".*
- *"Me gustaría poder participar en la elección del menú cada semana".*
- *"Podríamos colaborar en algunas actividades relacionadas con la comida (poner y recoger la mesa, cortar el pan, etc)".*
- *"Agradezco la ayuda que me dan para comer porque lo necesito".*
- *"Me gustaría poder pedir una dieta más blanda".*

Sin perjuicio de tratar de garantizar esa flexibilidad en la elección de la comida es necesario:

- Tener en cuenta, en la elaboración de los menús, las diferentes necesidades nutricionales de las personas, y su capacidad para masticar y/o deglutir.
- Respetar las pautas dietéticas prescritas por razones de salud. Puede darse algún conflicto entre las pautas médicas y las elecciones personales, y, en tales supuestos, será necesario tratar de resolver la situación de forma individual, en el marco del proceso de planificación centrada en la persona, que, tras el análisis pertinente, concluya con la mejor decisión posible en términos de calidad de vida y de seguridad.
- **Participación en los menús.** Conviene favorecer la participación de las personas con discapacidad en la programación de los menús, es decir, que puedan aportar ideas o recetas propias y participar en la elaboración de las comidas. En el caso de las personas con grave discapacidad intelectual o deterioro cognitivo, que no cuentan con habilidades suficientes para elegir o para comunicar su preferencia, puede tratarse de facilitar alguna fórmula de participación indirecta. Cabe, por ejemplo, tratar de registrar sus gustos o preferencias, anotando en qué casos la persona, al acercarle un tenedor o una cuchara con un determinado alimento sonrío, abre la boca o trata de acercar el cubierto, o en qué otros casos, por el contrario, muestra su rechazo girando la cara, cerrando la boca, retirando el cubierto. Dado que la actitud y los gestos de las personas usuarias pueden tener diferentes significados y también que un mismo gesto puede tener diferentes significados para una misma persona en función de las circunstancias en las que lo use, conviene que esta tarea de selección recaiga en alguien, que le conoce bien y está familiarizada con su forma de expresarse.

La organización de los servicios debe ajustarse a estas necesidades de participación. De ahí que resulte más adecuado fomentar fórmulas de elaboración de los menús y de preparación de las comidas en los propios servicios, que recurrir a fórmulas de *catering*. Con todo, si éste fuera el caso, conviene introducir algunas medidas que permitan la participación de las personas usuarias en el diseño de los menús, aun cuando

esto pudiera requerir su previsión en el marco de las condiciones de contratación del servicio de *catering*. En los casos en los que se preparan las comidas en el propio servicio, se debe enseñar y estimular a las personas con discapacidad a que aporten ideas propias y a que participen en la elaboración de las comidas. Una buena forma de hacerlo podría consistir en recoger los registros de gustos y preferencias de las personas usuarias a partir de sus respectivas planificaciones esenciales del estilo de vida. También sería conveniente que las personas que utilizan el servicio de comedor pudieran conocer los menús por adelantado.

Asimismo, es bueno fomentar su participación en la realización de las tareas domésticas asociadas a la preparación de las comidas y al momento de la comida: poner la mesa, recogerla, fregar la vajilla, secarla y ordenarla, barrer la cocina o el comedor, limpiar la encimera, etc.

- **Flexibilidad en los horarios.** Los horarios de las comidas también han de organizarse con cierta flexibilidad. Aunque, en lo posible, deban adaptarse a las necesidades y preferencias de la mayoría, es necesario utilizar fórmulas que permitan tener en cuenta, en alguna medida, las necesidades individuales y los ritmos propios de cada residente.
- **Buena presentación.** Todos los alimentos se deben presentar de la forma más apetecible posible, cuidando la presentación de los platos. Si una persona necesita tomar una dieta blanda o líquida, conviene que cada uno de los alimentos se triture por separado: por un lado, para hacerlo más agradable a la vista y, por otro, porque de este modo el personal encargado de ayudarle a comer podrá identificar los alimentos que le gustan y le disgustan a la persona atendida y adecuar su forma de apoyo. Igualmente, hay que procurar que los purés que se sirven en las dietas blandas o semiblandas sean variados.

Es cierto que cuando no hay cocina en el propio centro, es decir, cuando se recurre al *catering*, resulta más difícil cuidar estos aspectos, pero son aspectos por los que puede velarse cuando se diseñan los pliegos de condiciones para la contratación de dichos servicios.

OPINIONES DE LAS PERSONAS USUARIAS

- *"A veces, los horarios de las comidas, sobre todo los de las cenas, nos obligan a volver a casa demasiado pronto, y no nos podemos quedar a charlar con los amigos".*

OPINIONES DE LAS PERSONAS USUARIAS

- *"Para nosotros, es importante que haya buen ambiente en el comedor y estar bien acompañados en la mesa porque así la hora de la comida es más agradable".*
- *"Queremos comer en una ambiente tranquilo y relajado, y que nos deis tiempo para comer".*

3. ¿CÓMO PRESTAR APOYOS PARA LA ALIMENTACIÓN?

La comida es un acto social y, como tal, constituye una ocasión particularmente propicia para relacionarse, de modo que lo deseable es poder compartir la hora de la comida con otras personas, en un entorno apropiado y agradable, que favorezca la conversación entre quienes comparten mesa.

Para asegurarse de que las personas puedan disfrutar de la comida, es necesario acordarse de adoptar, antes de comer, algunas medidas:

- ofrecerles la posibilidad de ir al baño antes de sentarse a la mesa;
- asegurarse de que llevan puesta ropa cómoda;
- asegurarse de que están bien sentadas: verificar si la silla de ruedas encaja bien con la mesa, comprobar la colocación adecuada en función de si la persona es diestra o zurda, etc.;
- verificar que la mesa está a la altura adecuada;
- cerciorarse de poner a su disposición los productos de apoyo que mejor se adaptan a sus necesidades;
- adoptar las medidas que resulten más adecuadas para respetar la intimidad de las personas que, debido a sus discapacidades, comen de forma inadecuada, y para respetar el derecho de personas usuarias a quienes tales conductas pueden resultar muy molestas;
- respetar el derecho de elección, dando a las personas usuarias la opción de sentarse a la mesa con quienes presenten mayor afinidad; si así lo desean, respetar su deseo de comer solos;
- en su caso, ofrecer a la persona la posibilidad de comer en una sala distinta del comedor (por ejemplo, en su habitación, cuando se trate de servicios residenciales) y en diferentes horarios, cuando se sientan indispuestas.

3.1. Apoyos para comer y beber

Cuando las personas necesitan ayuda para comer es fundamental articular los apoyos más idóneos para responder a sus necesidades individuales: tener en cuenta sus hábitos alimentarios, sus preferencias, su grado de

autonomía y su capacidad de decisión a la hora de optar por unas u otras pautas de alimentación.

En todo caso, debe recurrirse a estrategias que mantengan o incrementen, en lo posible, su autonomía y su implicación directa:

- Tratar a las personas de acuerdo con su edad.
- Respetar su ritmo y darles tiempo para oler, probar y tocar (en los casos en los que sea apropiado) la comida que se les sirve.
- Prever un tiempo suficiente para que puedan comer con tranquilidad y, en lo posible, hacer un rato de sobremesa. Es importante que la comida sea una actividad agradable y relajada porque puede incidir en una mejoría en el apetito.
- Servir los alimentos a la temperatura adecuada, ni demasiado fría ni muy caliente (conviene tener especial cuidado cuando la comida se caliente en microondas).
- Si la persona no tiene muy buena sensibilidad en la lengua o en la boca, comprobar la temperatura del alimento antes de dárselo, para evitar quemaduras.
- Ajustar la cantidad de alimento servido a las necesidades y/o gustos de la persona usuaria.
- Estimularla al máximo para que haga todo lo que pueda de forma independiente, proporcionándole los productos de apoyo que resulten más idóneos en cada caso: cubiertos con mangos especiales de diferente grosor, peso, longitud; platos y vasos antideslizantes; etc.
- Asegurarse de que la persona pueda ver la comida en el plato: conviene que la comida contraste con el color del plato.
- Asegurarse de que la persona tiene la cabeza ligeramente inclinada hacia delante, para evitar atragantamientos.
- Si la persona puede sostener el tenedor o la cuchara, sentarse a su lado y colocar la mano debajo de la suya para ayudarle con el movimiento.
- Si la persona necesita que le den de comer, sentarse enfrente de ella y, en lo posible, colocarse a una altura ligeramente inferior, ir explicando lo que se va a hacer y, si fuera necesario, recordarle que mastique o trague.
- Si la persona tiene problemas de impulsividad, prever cierto control del entorno: retirar determinados objetos, colocar los utensilios en el orden en el que deben ser utilizados, etc.

Ejercicios musculares

Algunos ejercicios destinados a fortalecer los músculos de los labios, la lengua y las mejillas pueden resultar de gran utilidad para prevenir la disfagia o para limitar su impacto:

- Sonreír exageradamente.
- Juntar los labios y echarlos hacia delante como para dar un beso.
- Sostener el mango de una cuchara con los labios, presionándolo.
- Sacar y meter la lengua rápidamente de la boca.
- Hacer círculos con la lengua pasándola por los labios, de derecha a izquierda y de izquierda a derecha.
- Pasar la lengua por los dientes, las encías, el paladar y por la zona que está debajo de la lengua.
- Pasar el dorso de la lengua por todo el paladar, desde adelante hacia atrás y de atrás hacia adelante.

- En el caso de personas que necesiten ayuda para limitar sus movimientos y mantenerse sentadas adecuadamente, articular las medidas de apoyo más idóneas: por ejemplo, unir la mesa y la silla, poner la silla contra la pared, incorporar un soporte de metacrilato en las sillas de ruedas, etc.).
- Dar prioridad al uso de servilletas, evitando en lo posible el uso de baberos o batas.
- Si la persona rechaza la comida, verificar si se debe a alguna dolencia (por ejemplo, conviene verificar que no tiene llagas en la lengua o la boca); descartada una causa de ese tipo, intentar despertar su apetito: evitar elementos que puedan distraerle, optar por ir poniendo pequeñas cantidades en el plato en lugar de la ración completa.

Medidas posturales recomendadas

A la hora de comer y beber, se recomienda respetar siempre las siguientes pautas posturales. En los casos de disfagia, resultan del todo indispensables:

- Sólo debe iniciarse la alimentación si la persona está totalmente despierta, nunca si se está somnolienta.
- Sólo debe iniciarse la alimentación si la persona está tranquila; si está muy nerviosa, conviene esperar a que se tranquilice.
- Siempre que sea posible, la persona debe comer sentada: postura recta a 90°, flexión de cadera y rodillas, pies totalmente apoyados en el suelo o apoyados en un soporte, hombros simétricos y el tronco y la cabeza sobre la línea media. En algunos casos es necesario utilizar algún soporte como almohadas para garantizar el correcto posicionamiento de la cabeza y el tronco.

3.2. Cuidados en caso de disfagia

La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir los alimentos líquidos o sólidos o incluso la saliva.

Algo que parece tan sencillo como tragar es en realidad una acción muy compleja en la que participa nuestro cerebro, nuestros nervios y unos 30 músculos de la cara, boca y garganta. En efecto, si bien la deglución tiene una fase voluntaria –introducir el alimento en la boca, masticarlo humedeciéndolo con la saliva y empujarlo con la lengua para tragarlo–, a partir del momento en que el alimento abandona la boca comienza la parte involuntaria: en ella, los nervios envían un mensaje al cerebro indicándole que active los cambios y movimientos musculares necesarios para que el alimento pase desde la faringe al esófago y de éste al estómago sin mayor dificultad. Este proceso, sin embargo, puede resultar muy dificultoso para personas con enfermedades que producen una alteración en la función cerebral o en alguno de los nervios y músculos que intervienen en la deglución provocando disfagia.

Puede tratarse de dificultades para formar el bolo alimenticio en la boca, o de dificultades para que el bolo se desplace desde la boca hasta el estómago. Su causa suelen ser enfermedades (accidente cerebrovascular, enfermedades neurológicas, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de

Parkinson) que provocan un mal funcionamiento de la lengua o de los músculos de la garganta y el esófago, pero también puede estar en lesiones en la lengua, en el paladar o en las encías o en la falta de producción de saliva.

Es importante detectar estas situaciones porque la disfagia trae consigo complicaciones importantes para la salud de las personas que la padecen, ya que pueden dejar de comer y beber de manera suficiente y, en consecuencia, desnutrirse o deshidratarse. La frecuencia y gravedad de los atragantamientos propios de estas dolencias también pueden ocasionar graves problemas respiratorios, ya que pueden provocar el paso de alimento hacia las vías respiratorias y generar así una infección respiratoria grave.

La detección no es difícil, porque las personas que sufren este problema, suelen presentar una serie de síntomas que ayudan a identificarlo:

- Tos y/o carraspeo persistente durante o después de las comidas, que suele ser más habitual con la toma de líquidos.
- Atragantamientos frecuentes.
- Cambios en la calidad/tono de la voz (ronquera/afonía), coincidiendo con las comidas.
- Necesidad de tragar varias veces para poder tomar una misma cucharada.
- Molestias al tragar.
- Babeo frecuente.
- Retención de la comida en los carrillos.
- Imposibilidad para retener la comida dentro de la boca.
- Mayor lentitud al comer.
- Desinterés por comer.
- Cambios en los hábitos alimenticios: rechazar alimentos que antes tomaba de manera habitual y ahora evita por miedo a los atragantamientos.
- Pérdida de peso.
- Alteraciones de los valores en las analíticas.

Medidas posturales recomendadas

- La persona debe situarse frente al plato.
- La persona de apoyo debe sentarse enfrente y a la misma altura o ligeramente por debajo de la altura de los ojos de la persona a la que apoya.
- En el momento de tragar, especialmente si hay riesgo de atragantamiento, se aconseja mantener la cabeza ligeramente flexionada con la barbilla hacia abajo.
- Si la persona no puede levantarse de la cama para comer, debe colocarse lo más incorporada posible, con la espalda recta, elevar el cabecero de la cama y, si es necesario, ayudarse con cojines o almohadas para que mantenga la cabeza recta. Si la cabeza tiende a irse hacia atrás nunca debe comer en esa posición.
- No se debe meter más alimento en la boca si antes no ha tragado la cucharada anterior.
- Es preferible utilizar cucharillas pequeñas (de postre) ya que, en general, los volúmenes pequeños son más fáciles de tragar.
- No utilizar nunca jeringas o pajitas para alimentarse por la boca. Utilizar sólo la cuchara: el uso de la misma es más seguro y beneficioso, ya que la ligera presión que ejerce sobre la base de la lengua al introducirla en la boca, favorece el reflejo de la deglución.
- No hablar mientras se come. Al hablar se abren las vías respiratorias y aumenta el riesgo de atragantamiento.
- La persona debe permanecer incorporada por lo menos 30 minutos después de la comida.
- Cerciorarse de que no quedan restos de comida en la boca.
- Acostar en posición de seguridad.

PAUTAS DE ATENCIÓN EN CASO DE DISFAGIA

Consistencia de los alimentos

- **Cuando la persona presente dificultades para tragar alimentos sólidos:**
 - Conviene triturar los alimentos sólidos y, en lo posible, hacerlo en el momento de tomarlos (es decir, evitar triturar los alimentos con mucha antelación).
 - Es mejor aumentar el número de comidas diarias, y distribuir así la ingesta diaria en cantidades más pequeñas.
 - Conviene que los alimentos triturados presenten una textura suave y uniforme: hay que evitar la presencia de grumos, huesecillos, espinas o filamentos.
 - Se puede añadir leche o salsas espesas para conseguir texturas suaves, pero no conviene añadir más líquido del necesario en el triturado, porque reduce su valor nutritivo.
 - Conviene evitar:
 - Dobles texturas en un mismo plato: por ejemplo, sopas con legumbre sin pasar por la batidora; bollos mojados en leche; etc.
 - Alimentos secos, como tostadas, patatas fritas o frutos secos, porque al morderlos, pueden quedar dispersos por la boca y es difícil para la lengua recogerlos para formar el bolo alimenticio y tragar.
 - Alimentos pegajosos, ya que hay más posibilidad de que se peguen al paladar: plátano, bases de algunos pasteles, etc.
 - Alimentos que desprenden líquido al masticarlos: sandía, melón, ciruelas, naranjas, etc.
 - Alimentos fibrosos y/o con filamentos: piña, naranja, algunas verduras, determinadas carnes, etc.
 - Frutas y verduras con semillas o pepitas que no pueden separarse (kiwi, fresas, etc.).
 - Caramelos: producen mucha saliva, que puede pasar a las vías respiratorias si se traga mal.
 - La dieta debe ser equilibrada, variada y de sabor agradable, no hay que olvidar variar diariamente el triturado.
 - Elaborar platos que en poca cantidad aporten muchos nutrientes.
 - Son muy útiles los purés y papillas enriquecidos en vitaminas, proteínas y minerales.
 - Dar alimentos que contengan proteínas, tanto de origen animal como vegetal (carne, pescados, huevos, leche y legumbre).
 - Incluir siempre en la dieta alimentos ricos en fibra (verduras, frutas, cereales integrales), salvo indicación médica en sentido contrario.
- **Cuando la persona presente dificultades para tragar líquidos:**
 - Añadir espesante al agua o a otras bebidas (infusiones, zumos naturales o envasados, refrescos, etc.).
 - Se pueden espesar los líquidos con espesantes de venta en farmacias, siguiendo las instrucciones del envase para saber la cantidad de espesante que se debe añadir a un líquido.
 - Evitar los líquidos con pulpa, como los zumos de naranja sin colar porque las pulpa o las pielecillas pueden quedar retenidas en la garganta.

Si a pesar de estas indicaciones no mejora la capacidad de tragar y la persona pierde peso es conveniente consultar con el especialista.

PAUTAS DE ATENCIÓN EN CASO DE DISFAGIA

Técnicas que ayudan a evitar atragantamientos

- **Condiciones del entorno**
 - El entorno donde se realiza la comida debe ser tranquilo, relajado y sin distracciones para facilitar la concentración de la persona en el acto de comer. Para ello se recomienda eliminar o reducir distracciones visuales y sonoras como la televisión, la radio o personas hablando. También puede ayudar retirar los alimentos y utensilios innecesarios.
 - El mobiliario debe permitir mantener a la persona frente a la comida en una postura recta y equilibrada.
 - Es recomendable usar utensilios adaptados a los trastornos de deglución (vasos con boquilla, cubiertos pequeños, etc.) y a las características de las personas usuarias (destrezas motrices).
 - Se debe supervisar siempre el proceso de la comida aun cuando la persona afectada coma de forma autónoma.

Pautas para resolver problemas relacionados

- **¿Cómo actuar si la persona no abre la boca?**
Dependerá de la causa:
 - Si es un problema físico, conviene estimular la apertura de la boca tocando el labio inferior con la punta de la cuchara y, si no es suficiente, presionando ligeramente la barbilla.
 - Si es un problema cognitivo, puede que la persona no comprenda la acción que tiene que realizar y que incluso tenga dificultad física para realizarla. En tal caso, conviene dar instrucciones breves y claras: "abre la boca" y mostrar con gestos la acción de abrir la boca para que pueda imitar nuestros actos. Si además, es necesario facilitar la ejecución físicamente, hay que proceder como se ha indicado al referir el supuesto de causa física.
- **¿Cómo actuar si la persona retiene la comida en la boca y tarda mucho en tragarla?**
 - Estimular la apertura de la boca tocando el labio de abajo con la punta de la cuchara (fría, si puede ser) y presionándola suavemente contra el labio. Se puede poner la cuchara en agua helada entre comida y comida (el frío ayuda a activar el reflejo de la deglución).
 - Al colocar la comida en la boca, se debe poner la cuchara en medio de la lengua ejerciendo una ligera presión hacia abajo, comprobando previamente que la boca está vacía después de cada cucharada.
 - No se debe introducir nunca el dedo en la boca, porque la persona puede reaccionar involuntariamente y morder con fuerza.
- **¿Cómo actuar si la persona se atraganta?**
 - Ante todo: no debe beber agua ni ningún otro líquido fino.
 - Hay que inclinarla hacia delante y procurar que tosa con fuerza.
 - Estando en esa postura, y una vez que haya cedido la tos, hay que procurar que trague con fuerza repetidas veces para eliminar los restos de alimentos que estén retenidos en la garganta.
 - Cuando haya cedido el episodio, puede tomar agua fresca adaptada a la consistencia en la que debe tomar los líquidos.

Para casos más graves, o para casos en los que la persona no entienda o responda a órdenes, conviene avisar a la enfermera o al médico para que se aplique la maniobra de Heimlich (*Véase Anexo I*).

II.

APOYOS PARA ASEARSE

1. DEFINICIÓN Y OBJETIVO DEL ASEO

El aseo comprende el conjunto de medidas higiénicas necesarias para garantizar la limpieza y el buen estado de la piel y de los anejos cutáneos. Permite:

- Eliminar el exceso de suciedad, sudor y grasa.
- Evitar que se desarrollen bacterias que favorezcan infecciones.
- Eliminar las células muertas de la superficie de la piel.
- Estimular la circulación de la sangre.
- Mantener la piel en condiciones óptimas.
- Detectar posibles enfermedades o trastornos.
- Proporcionar sensación de bienestar y descanso.

El aseo diario es, además, un elemento esencial en el proceso de socialización de las personas y, por ello, es fundamental ofrecer a quienes no son plenamente autónomas los apoyos que requieran para garantizar un aseo adecuado.

2. ¿CÓMO PRESTAR APOYOS PARA ASEARSE?

La naturaleza íntima del aseo requiere que se adopten las medidas que permitan garantizar condiciones de privacidad cuando se presta ese apoyo, en particular:

- Procurar que el aseo se haga en un ambiente íntimo y respetuoso. Para ello, conviene cerrar la puerta del baño y/o de la habitación y avisar a otros miembros del personal de que se está ayudando a la persona en el baño para evitar interrupciones.
- En los casos en los que el aseo deba hacerse en cama, y si la habitación no es individual, evitar que el otro ocupante de la habitación esté presente y, si no fuera posible, utilizar elementos de separación: cortinas, biombo u otros elementos que sirvan para la misma función.
- Tratar discretamente las cuestiones relativas al aseo, evitando comentar delante de otras personas los aspectos personales e íntimos y, como

regla general, evitar entre las y los propios profesionales, comentarios innecesarios sobre cuestiones de esa índole.

- Es importante buscar el momento apropiado para poderle dedicar el tiempo necesario y no realizarlo con prisa.

Con carácter general, y partiendo del principio de promoción de la autonomía que inspira el conjunto de la Guía, conviene respetar las siguientes pautas:

- Garantizar la frecuencia diaria del aseo, aunque es posible que, en función de las necesidades, resulte necesario asear determinadas partes del cuerpo con mayor frecuencia.
- Antes del aseo y durante el mismo, ir explicando a la persona a la que presta apoyo lo que se va a hacer para que esté avisada y los gestos del profesional de apoyo no le cojan por sorpresa.
- Preparar el espacio en el que se va a realizar el aseo para que esté a la temperatura adecuada (entre 22°C y 24°C) y cerrar las puertas y las ventanas para evitar corrientes.
- Colocar algún material antideslizante en la ducha o en la bañera, y una alfombrilla antideslizante también a pie de ducha o de bañera para evitar resbalones al salir.
- Preparar previamente todo el material que se necesitará para el aseo:
 - Jabón y, en su caso, champú, ambos no irritantes.
 - Crema hidratante.
 - Desodorante y colonia.
 - Secador de pelo.
 - Maquinilla para el afeitado.
 - Toallas.
 - Ropa de recambio.
 - Productos de apoyo que se vayan a necesitar (silla geriátrica, grúa, etc.).
 - Otros enseres y útiles de aseo.

Tener todo preparado previamente evitará que la persona de apoyo tenga que salir del baño o de la habitación durante el aseo para ir a buscar algo que le ha olvidado.

El aseo es el momento apropiado para...

- Observar el estado de la piel.
- Observar el estado de los pies.
- Cortar y limar las uñas.
- Poner crema o loción hidratante mediante masajes que favorezcan la circulación sanguínea.

Productos de apoyo para el aseo personal

- Esponjas de mango largo y angulado.
- Cepillo de uñas con ventosas: se fija a una superficie, y facilitar el cepillado de uñas en casos en los que la persona sufre una disminución de fuerza, dificultades para la prensión (artritis, amputaciones unilaterales), etc.
- Guantes de toalla (sirven tanto para lavar como para secar).
- Toalla con fijadores.
- Toalla con mango para pies.
- Adaptador universal.
- Dispensador de pasta de dientes..., etc.
- Silla de baño.

- Controlar la temperatura del agua. Tiene que ser una temperatura agradable (unos 37º) y es necesario tratar de mantener esa temperatura durante todo el tiempo que dure el aseo.
- Favorecer la autonomía de la persona participando en la medida de sus posibilidades en su propio aseo.
- Respetar el orden de lavado adecuado de cada una de las partes del cuerpo.
- En su caso, evitar movimientos que puedan desconectar vías y sondajes.
- Secar bien la piel después del aseo, particularmente en los pliegues de la piel y entre los dedos de los pies.
- Hidratar la piel con una crema apropiada.
- Conviene que todo el proceso se haga en un clima de tranquilidad y sosiego, respetando el ritmo de la persona y evitando precipitaciones.

Por otra parte, es fundamental adoptar algunas pautas básicas en relación con los útiles que son necesarios para el aseo:

- Garantizar su uso individual y personal.
- Utilizar jabones y champús no irritantes.
- En su caso, prestar apoyo a la persona para adquirir los productos de aseo que mejor se adecuen a sus necesidades y preferencias.

3. APOYOS PARA LA HIGIENE CORPORAL

Para cada persona usuaria, será necesario determinar, en el marco de su planificación individual, el o los tipos de aseo que conviene utilizar, teniendo en cuenta sus necesidades y, en todo lo posible, sus preferencias. En particular habrá que determinar con qué frecuencia se hará un aseo completo y con qué frecuencia se optará por un aseo parcial; también habrá que tratar de garantizar el respeto de la preferencia que manifieste la persona en relación con el sexo del personal de apoyo por el que desea ser atendida.

Al hacerlo, es necesario:

- Determinar el nivel de apoyos y el tipo de apoyos más idóneos, garantizando siempre el máximo respeto a su autonomía en relación con los gestos que sí puede realizar.
- Determinar si la persona puede o no quedarse sola en el baño o en la ducha durante el aseo:
 - Cuando sí sea posible, porque su grado de autonomía lo permite, es importante que la persona de apoyo permanezca cerca y disponible para supervisar, tranquilizar o apoyar a la persona si fuera necesario; en ningún caso, debe dejarse sola a la persona durante periodos prolongados.
 - Cuando la persona requiera apoyos más intensos, nunca debe dejarse sola.

El nivel de apoyos variará, lógicamente, en función de las necesidades de cada persona, y deberá adaptarse a las mismas: habrá personas totalmente autónomas, personas autónomas que requieren algo de supervisión u orientación, personas que requieren apoyos físicos más o menos intensos. El nivel de apoyo necesario debe constar en su planificación individual.

El aseo completo puede realizarse en la ducha –es la fórmula más estimulante– o en la bañera y, si ninguna de las dos opciones es posible, puede realizarse también en la cama. Veamos las pautas básicas que deben seguir las y los profesionales de apoyo para cada una de las modalidades.

3.1. Apoyos para el aseo completo en ducha o en bañera

- Lavarse las manos.
 - Ponerse guantes.
 - Preparar el equipamiento necesario: toallas, jabón, loción, desodorante (si la persona lo desea), la ropa de recambio, una esterilla de goma y una silla.
 - Preparar el cuarto de baño:
 - comprobar que la bañera o ducha está limpia;
 - controlar la temperatura del ambiente (debe situarse entre 22°C y 24°C);
 - colocar la alfombrilla en el suelo a pie de ducha o de bañera;
 - si el suelo de la bañera o la ducha no fuera antideslizante, colocar gomas que eviten resbalarse;
 - si el aseo es en bañera, hay que llenarla hasta la mitad y la temperatura del agua debe ser aproximadamente de 37°C; se debe medir con un termómetro de agua y ajustar según los deseos del usuario teniendo en cuenta que la sensibilidad de su piel al frío y al calor puede estar disminuida;
 - si el aseo es en ducha, hay que esperar a que el agua alcance una temperatura de unos 37°C antes de que la persona entre;
 - Ayudar a la persona a introducirse en la bañera o en la ducha, recurriendo en su caso a los productos de apoyo que resulten idóneos.
 - Ayudarle a lavarse las zonas del cuerpo que ella no puede lavarse o que puede lavar con gran dificultad.
 - No conviene que el baño dure más de 15 minutos porque una persona que permanece inmersa en agua caliente durante mucho tiempo puede debilitarse e incluso marearse.
 - Ayudarle a salir de la bañera o de la ducha, solicitando ayuda de otro u otra profesional de apoyo si fuera necesario.
 - Aplicarle crema hidratante en todo el cuerpo.
 - Ayudarle a vestirse teniendo en cuenta que puede estar debilitada por el efecto del agua caliente.
 - Retirar la ropa sucia.
 - Limpiar la bañera o ducha cada vez que se utiliza, con agua, jabón y desinfectante; después de echar el desinfectante se deberá aclarar con abundante agua porque los restos de productos químicos podrían producir quemaduras en la piel.
-

3.2. Apoyos para el aseo completo en la cama

Es posible que algunas personas no puedan levantarse de la cama para tomar un baño. En estos casos, las y los profesionales de apoyo les asearán en la cama ajustándose a las siguientes pautas:

- Lavarse las manos.
- Ponerse guantes.
- Poner un biombo o cortina alrededor de la cama para preservar la privacidad en los casos en los que se trate de una habitación compartida.
- Si la cama es articulada, ponerla en posición horizontal.
- Asegurarse de que no hay corrientes en la habitación y de que la temperatura se sitúa entre 22°C y 24°C.
- Preguntarle a la persona si desea utilizar la bacinilla antes del aseo.
- Preparar el equipamiento necesario: varias toallas grandes y pequeñas, jabón, loción, ropa de cama limpia, desodorante, peine, ropa de recambio, y todos los demás enseres y útiles personales que sean necesarios.
- Retirar las mantas de la cama, si no están sucias, dejarlas en una silla porque se volverán a poner después del baño.
- Desvestir a la persona.
- Sustituir la sábana superior por una toalla grande. Colocar primero la toalla sobre la sábana y después retirar la sábana para que el residente no se quede en ningún momento descubierto.
- Preparar el agua para el baño en una palangana: aquí conviene que el agua esté un poco más caliente (entre 40°C y 42°C) porque, al tratarse de pequeñas cantidades, se irán enfriando con mayor rapidez que el agua de la bañera. Disolver el jabón. Es importante cambiar el agua cuantas veces sea necesario.
- Lavar y secar cada área antes de pasar a la siguiente para que no se enfríe. Asegurarse de que está cubierta en todo momento.
- Se recomienda seguir el siguiente orden:
 - *Ojos*. Limpiar cada ojo con una gasa limpia humedecida con agua o suero fisiológico y sin jabón desde la parte interna hacia la externa.
 - *Cara*. Lavar la cara y el cuello con una esponja.
 - *Brazos y manos*. Recorrer las extremidades desde la mano hasta el hombro; las axilas se pueden limpiar en este momento o cuando se asee el resto del tórax. Colocar una toalla debajo del brazo para mantener seca la sábana y para secarlo después de lavarlo. En lo posible, aprovechar el momento para dar loción o desodorante, así como para proceder al afeitado o depilación de las axilas.
 - *Tórax*. Cubrir la parte torácica con una toalla y lavar por debajo de la toalla. En las mujeres, no olvidar limpiar y secar bien la parte que queda por debajo del pecho.
 - *Abdomen*. Utilizar una toalla seca para cubrir el tórax y otra para tapar la parte abdominal mientras se limpia por debajo. Prestar especial atención al ombligo.
 - *Piernas*. Doblar la pierna por la rodilla, poner una toalla en la parte final del muslo cubriendo la zona perineal, colocar otra toalla debajo de la pierna para no mojar la sábana. El pie se puede introducir en la palangana y dejarlo en remojo mientras se lava la extremidad inferior, teniendo cuidado de no derramar el agua en la cama. Se puede aprovechar ese momento para depilar las piernas.

- *Parte posterior y nalgas.* Girar a la persona hasta posicionarla boca abajo; es posible que sean necesarias dos personas para realizar esta maniobra. Cubrir con una manta o toalla la parte inferior dejando al descubierto la espalda. Limpiar y secar esta zona pasando a continuación a la parte de las nalgas. De nuevo se tapará el resto del cuerpo excepto la parte que se va a limpiar; esta área del cuerpo es propensa a presentar problemas en la piel debido a la presión que soporta y a la posible contaminación fecal, por tanto se deberá examinar y limpiar cuidadosamente.
 - *Área perineal.* Siendo ésta una zona íntima siempre se deberá proponer a la persona que se lave ella misma, si puede. Si no es capaz de hacerlo, la persona de apoyo lo hará. Siempre se deben utilizar guantes para limpiar esta zona. En el caso de las mujeres se debe limpiar el área perineal desde la parte anterior hacia la posterior para evitar la contaminación fecal de la vulva, recorriendo toda la hendidura sin levantar la esponja. Si es necesario volver a limpiar se utilizará la otra cara de la esponja. Si hay restos de heces fecales se pasará el papel higiénico antes que la esponja. Siempre que se toca el área perineal se debe usar una parte de esponja limpia. En el caso de los hombres, el pene se debe limpiar desde la raíz hacia el glande de forma circular. Se debe retirar el prepucio hacia atrás para limpiar bien el esmegma (secreción blanquecina). Es posible que se produzca una erección, en este caso, si no se puede continuar habrá que esperar hasta que el pene vuelva a su posición relajada. A continuación, se limpiará el escroto y la zona anal. Para la zona perineal, se recomienda utilizar siempre esponjas desechables.
- Aplicar crema hidratante en todo el cuerpo.
 - Ayudar a la persona a vestirse.
 - Hacer la cama.
 - Hacer lo posible para que la persona quede cómoda, peinarle, afeitarse o depilarle, ayudarlo a ponerse sus gafas, aparatos para el oído y otras prótesis.
 - Potenciar al máximo la imagen de la persona usuaria, ayudándole a ponerse complementos (pendientes, collares), aplicarse cremas, maquillaje o colonia.
 - Retirar el equipamiento de baño, retirar la ropa sucia y limpiar la palangana antes de guardarla en su sitio.
-

3.3. Apoyos para el aseo en camilla o bañera adaptada

Se utiliza cuando una persona no es capaz de permanecer de pie ni sentada. La ventaja, frente al baño en cama, es que se puede usar agua corriente y que la persona tiene la oportunidad de salir de la cama.

- Lavarse las manos.
- Ponerse guantes.
- Preparar el mismo equipamiento que para el baño en bañera o ducha.
- Preparar la camilla al lado de la cama.
- Ayudar a la persona a pasar de la cama a la camilla, cubrirla con una toalla y llevarla a la sala de baño, recurriendo en caso necesario a los productos de apoyo que resulten idóneos para el traslado.
- Asegurarse de que la temperatura del ambiente y del agua son adecuadas.
- Tratar de proteger la cara de la persona del agua de la ducha (es una sensación desagradable).
- Lavarle la cabeza tapándole los ojos con una toalla.
- En el caso de la bañera geriátrica, lavarle todo el cuerpo, siguiendo las pautas indicadas en el apartado referido al baño en bañera o ducha.
- Secarle, y, si es necesario, pedir ayuda a otra persona de apoyo para girarla, secarle la parte posterior. Secar también la camilla. Hay que tener especial cuidado porque todo puede estar resbaladizo a causa del jabón y la persona se podría caer.
- Aplicar crema hidratante en todo el cuerpo.
- Ayudar a la persona a vestirse.
- Hacer lo posible para que la persona quede cómoda, peinarle, afeitarse o depilarle el rostro, ayudarle a ponerse sus gafas, aparatos para el oído y otras prótesis.
- Potenciar al máximo la imagen de la persona usuaria, ayudándole a ponerse complementos (pendientes, collares), aplicarse cremas, maquillaje o colonia.
- Trasladar de nuevo a la persona a su habitación y ayudarle a pasar a su cama.
- Retirar la ropa sucia, limpiar el baño y la camilla.

3.4. Apoyos para el aseo parcial

Puede ocurrir que la persona esté demasiado enferma o débil como para soportar un baño completo incluso en la cama. En estos casos se puede realizar un baño parcial:

- Lavarse las manos.
 - Ponerse guantes.
 - Lavarle a la persona la cara, los brazos, las manos y el área perineal como se ha indicado anteriormente.
 - Dar un masaje o fricción en la espalda, aprovechando para aplicar la crema hidratante.
 - Cambiar la ropa sucia y refrescar la cama.
-

3.5. Apoyos para el aseo de las partes íntimas del cuerpo

- Es necesario realizar como mínimo un aseo diario de la zona genital, pero es muy posible que, en algunos casos, resulte necesario realizar más de un aseo diario de esa zona: es un área del cuerpo particularmente propensa a la proliferación de bacterias y, en consecuencia, su higiene requiere especial atención.
- En los casos en los que la persona esté encamada, se utilizará una cuña: su colocación es más sencilla cuando la persona tiene cierta movilidad y puede flexionar las rodillas y levantar la pelvis; si no es así, conviene girarla de costado, para poder colocar la cuña. Una vez colocada, se echa agua templada con una jarra desde el pubis hacia el ano, se enjabona, se aclara y se seca.
- Es importante tener presentes algunas especificidades:
 - En la mujer, insistir en los labios mayores y menores y en el ano.
 - En el hombre insistir en los pliegues inguinales, en el escroto, y retraer el prepucio para limpiar el glande. Finalmente, limpiar el ano.

Tanto en un caso como en otro, es imprescindible limpiar siempre de delante hacia atrás y nunca en el sentido inverso, para evitar infecciones.

- En algunos cuidados íntimos y personales la práctica tiene relación directa con cuestiones que afectan a partes sexuales del cuerpo, la expresión sexual y los comportamientos sexuales. Este tipo de cuidados genera un fuerte contacto físico y emocional entre personal y personas usuarias, lo cual puede ser experimentado por estas últimas tanto positiva como negativamente. Igualmente, el personal puede ver sus reacciones determinadas por sus propios sentimientos y sensaciones. Por ello, es preciso enfatizar la importancia de una rigurosa valoración y el establecimiento, mediante protocolos de actuación, de límites muy claros que ofrezcan a todas las personas (usuarias y personal de apoyo) indicaciones claras sobre lo que es y lo que no es aceptable en este contexto y pautas claras de actuación en tales situaciones.
 - Durante los periodos de menstruación, se recomienda realizar por lo menos dos higienes genitales diarias. Durante estos periodos, se recomienda la utilización de compresas absorbentes como protección higiénica. Los tampones también pueden utilizarse, pero se recomienda que esto sólo sea en los casos en los que la mujer es capaz de ponérselo y quitárselo sola, sin ayuda física de otra persona, por tratarse de un gesto intrusivo sin finalidad médica. En tales casos, puede resultar necesario recordarle que se cambie de tampón cada cuatro horas, tiempo límite de uso para evitar cualquier riesgo de shock tóxico.
-

4. APOYOS PARA OTRAS NECESIDADES DE HIGIENE Y ASEO PERSONAL

4.1. Apoyos para la higiene bucal

La higiene oral incluye el cuidado de los dientes, prótesis dentales, encías, lengua y paladar. Es una parte imprescindible de la higiene personal: el lavado de los dientes y de la cavidad bucal después de cada comida combate el desarrollo de gérmenes que se ve favorecido por la fermentación de restos alimenticios, causando enfermedades de la encía (gingivitis), de la mucosa bucal (estomatitis) o del diente (caries).

Conservar una boca sana, es esencial: por un lado, la boca y los dientes juegan un papel importante en el aspecto personal; por otro, una boca sana juega un papel esencial en la vida cotidiana.

Por otra parte, prevenir la aparición de problemas dentales y bucales mediante una higiene adecuada y regular tiene particular importancia en las personas con discapacidad por diferentes razones:

- Porque una boca que no está sana limita el desarrollo del potencial de comunicación verbal de una persona con limitaciones para la comunicación, cualquiera que sea este potencial: los desajustes en la mordida o las infecciones pueden, en efecto, constituir un elemento suplementario de dificultad. Además, los dientes, al igual que la piel, son muy sensibles al tacto y a la temperatura, lo que puede convertirlos, gracias a las sensaciones que pueden procurar, en una vía de contacto con el mundo para personas con grandes limitaciones en la comunicación, en particular, para personas con discapacidad intelectual profunda.
- Porque puede resultar muy difícil detectar los problemas dentales y bucales en una persona con tales dificultades de comunicación que no tiene modo de transmitir su situación, lo cual, a su vez, impide la aplicación, a tiempo, de los tratamientos más idóneos que evitarán su progresión y que aliviarán un sufrimiento innecesario.
- Porque para algunas personas con discapacidad puede resultar físicamente imposible abrir la boca tanto como requiere un completo

Principales problemas de salud bucal

- Enfermedades del diente (caries).
- Enfermedades de la encía (gingivitis).
- Enfermedades de la mucosa bucal (estomatitis)
- Problemas de mordida.
- Fracturas de piezas dentales.
- Úlceras y otras lesiones en la membrana mucosa oral.
- Conductas problemáticas (morderse o intentar arrancarse los labios, la lengua, la parte interior de las mejillas u otras partes de la boca).

examen dental y, por lo tanto, conviene evitar que su salud dental requiera intervenciones de este tipo.

- Porque en algunos casos los dientes pueden tener una función instrumental no desdeñable para personas que tienen la movilidad muy reducida: pueden servir de herramienta prensil para agarrar utensilios y para el uso de apoyos en su vida cotidiana.
- Porque evita problemas añadidos a personas, como las personas con discapacidad intelectual, que pueden tener más propensión a problemas dentales debidos a la medicación, a defectos de formación dental o a lesiones derivadas de autoagresiones.

CUIDADOS DE LA SALUD BUCAL

	Con dientes	Sin dientes	Dentadura postiza
Higiene bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Cepillado diario con pasta de dientes, después de cada comida • Enjuague bucal siempre que sea posible 	<ul style="list-style-type: none"> • Masaje de las encías con un cepillo dental suave y gel 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpiador de dentaduras a diario durante toda la noche • Masaje de encías con un cepillo dental suave y gel
Revisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Mínimo cada 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • Mínimo una vez al año 	<ul style="list-style-type: none"> • Cada año
Dieta	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar atención a la alimentación y evitar alimentos con un alto contenido en azúcar o la ingesta frecuente de azúcares. 		

Recomendaciones para el cepillado de dientes

- Si la persona tiene autonomía suficiente para realizar su propia higiene bucal, hay que supervisar que, efectivamente, realiza su higiene después de cada comida, tanto cuando tiene dentadura propia, como cuando lleva dentadura postiza. Conviene que el cepillo sea de cerdas blandas.
- Si la persona tiene dificultades para sujetar y mover el cepillo dental, es conveniente utilizar uno eléctrico que le facilite la tarea, o también algún cepillo específicamente adaptado que recomiende un dentista (por ejemplo, un cepillo que tenga un mango más largo de lo normal para que quien le preste apoyo pueda ayudarle a manipularlo).
- Si la persona necesita ayuda para el cepillado, avisarle siempre de los gestos de apoyo que se van a hacer para que esté preparado y no le cojan por sorpresa.

- Si el cepillado de dientes va a ser realizado íntegramente por el personal de apoyo, lo más efectivo es utilizar un cepillo tradicional (en ocasiones puede ser útil un cepillo infantil).
 - El cepillado de dientes y encías puede producir una agradable estimulación para algunas personas con discapacidad profunda, si se realiza lentamente y con delicadeza.
 - Es recomendable evitar el uso de pastas de dientes con fuerte sabor a menta, y sustituirlas por pastas de sabores más suaves que la mayoría de personas tolerarán mejor. También pueden utilizarse colutorios rebajados en agua, aunque no de forma continuada.
 - El cepillado de dientes debe realizarse del siguiente modo:
 - Cepillar los dientes desde las encías hasta la corona.
 - Limpiar la cara externa, interna, superior e inferior, incluyendo la lengua.
 - Aclarar la boca con agua.
 - Hacer un enjuague con antiséptico bucal.
 - Si el cepillado de las encías provoca sangrado, significa que la persona usuaria tiene las encías inflamadas y que es necesario mejorar la higiene diaria para que baje la inflamación y las encías vuelvan a su coloración rosa claro natural.
 - Si lleva dentadura postiza, hay que retirarla con una gasa, depositarla en un recipiente, cepillarla y aclararla. Conviene dejarla toda la noche en un recipiente con una pastilla antiséptica.
-

4.2. Apoyos para la higiene de las fosas nasales

En los casos en los que la persona tenga mucha secreción mucosa debido a un proceso patológico, es conveniente hacer lavados con suero fisiológico.

Por lo demás, conviene asegurarse de que las personas disponen de pañuelos desechables y se acostumbran a llevar siempre pañuelos por si les surge la necesidad. En el caso de las personas que precisan apoyo para limpiarse la nariz, el personal de apoyo debe disponer de pañuelos desechables.

4.3. Apoyos para la higiene de los ojos

En caso de patologías o alteraciones, el lavado de los ojos debe ajustarse a las siguientes pautas:

- Ponerse guantes.
- Limpiar los bordes del ojo con una gasa humedecida en suero, pasándola sin levantarla desde el extremo exterior del ojo hasta el lagrimal.
- Separar los párpados con los dedos, evitando tocar la conjuntiva y sin presionar el ojo.
- Echar el suero desde el lagrimal y secar.

4.4. Apoyos para la higiene de los oídos

Las orejas deben limpiarse diariamente para eliminar sus secreciones, utilizando para ello agua y jabón, y lavando sólo el pabellón auricular. No debe introducirse ni bastoncillos de algodón ni ningún otro utensilio en el conducto auditivo, ya que esto facilita la formación de tapones de cera y presenta el riesgo de dañar el conducto.

4.5. Apoyos para el cuidado de la piel

Como ya se ha indicado antes, el baño es un buen momento para descubrir posibles patologías en la piel de las personas a las que se presta apoyo: manchas, tumefacciones, edemas, llagas, color azulado en los labios o en las uñas, etc. Si ocurre, hay que ponerlo en conocimiento de la enfermera o del médico para que adopten las medidas que estimen oportunas.

Uno de los problemas más frecuentes en personas con movilidad reducida, que pasan mucho tiempo encamadas o sentadas, son las úlceras de decúbito o escaras. Estas escaras son soluciones de continuidad de la piel o lesiones producidas por una presión prolongada de la zona. Las áreas en que más frecuentemente se presentan son la parte posterior de los hombros, los codos, las rodillas, los tobillos, los talones, los glúteos, la parte posterior de la cabeza cerca de las orejas y la parte inferior de la columna vertebral (sacro).

Los signos que preceden la aparición de una escara son enrojecimiento y sensación de quemazón. Si no se toman las medidas adecuadas se producirá el desgarro de la piel constituyéndose así la úlcera de decúbito. Siempre que

se perciba una zona enrojecida o eritematosa por apoyo hay que avisar a la enfermera para tomar medidas preventivas.

Las personas que presentan mayor riesgo son:

- las encamadas o las usuarias de silla de ruedas;
- las que tienen problemas de movilidad;
- las que presentan obesidad, porque su propio peso constituye una presión adicional;
- las personas muy delgadas que tienen poco tejido graso;
- las personas que toman cierta medicación como anticoagulantes, corticoides o analgésicos y no presentan movilidad;
- las que sufren de incontinencia;
- las personas con déficit de vitaminas o proteínas;
- las personas con diabetes.

Las medidas preventivas que se deben seguir cuando existe un riesgo son las siguientes:

- Cambiar de posición a las personas encamadas como mínimo cada dos horas.
- Utilizar colchones o cojines especiales que mantienen la parte del cuerpo apoyada en flotación, sábanas especiales que mantienen siempre seca la parte superior, protectores de espuma para los tobillos, etc.
- Evitar arrugas en las sábanas.
- Estimular la circulación dando masajes en la piel expuesta a riesgo.
- Mantener la piel seca e hidratada, con productos que no contengan alcohol.
- Estimular a las personas para que tomen líquidos cada dos horas e ingieran proteínas en su dieta.
- No elevar la cabecera de la cama más de 30° para evitar que la persona se deslice. Es recomendable acomodar a la persona encamada con cojines, almohadas, etc. para reducir la presión sobre las prominencias todo lo posible.

Si a pesar de los esfuerzos realizados se desarrolla una escara, se seguirá el tratamiento prescrito por el personal sanitario, siempre respetando las normas de higiene.

**Productos adaptados:
espejo reclinable**

- Sujeto a la pared y con inclinación graduable.
- Útil para personas que van en silla de ruedas y para personas que tienen dificultades de equilibrio para mantenerse de pie frente al espejo (casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC o fatiga crónica).

**Productos adaptados:
cepillo de pelo**

- Con mango largo ergonómico y curvado que facilita el peinado sosteniéndolo cerca del cuerpo.
- Con mango corto, engrosado.

5. APOYOS PARA EL CUIDADO DEL ASPECTO PERSONAL

La apariencia personal refleja la identidad de una persona y, como tal, forma parte de esa identidad: el tipo de ropa, el corte de pelo y el uso de complementos son indicativos de la identidad social de la persona en la medida en que pueden ser indicativos de su edad, su género, su etnia, su clase, etc. y son, en esa medida, condicionantes de sus afinidades sociales, de su aceptación y reconocimiento social. En consecuencia, los cambios que puedan producirse en esa apariencia personal son también indicativos de cambios en la identidad social o en el estado anímico y la autoestima de la persona.

Por ello es importante que las personas con discapacidad tengan la oportunidad de reflejar o, en los casos de discapacidad sobrevenida, de seguir reflejando, su propia identidad en su apariencia personal. Con esa finalidad, el personal de apoyo debe favorecer, estimular y facilitar que la persona tenga y conserve un aspecto digno, que refleje su personalidad, respetando, por lo tanto, sus preferencias, aun cuando a veces, resulte necesario adaptar esas preferencias a los condicionantes impuestos por las necesidades (por ejemplo, las condiciones meteorológicas).

5.1. Apoyos para el cuidado del cabello

Algunas orientaciones básicas pueden ayudar a prestar un apoyo adecuado a las personas con discapacidad en relación con el cuidado del cabello:

- Garantizar, como en el resto de las actividades básicas de la vida diaria, que el apoyo prestado es adecuado, en características y en intensidad, para favorecer el mantenimiento del grado de autonomía con que cuenta la persona, sea cual sea éste último.
- Garantizar que disponen de un neceser personal con los enseres idóneos para cuidar su cabello: cepillo, peine y champú adecuados a las necesidades de su tipo de cabello.
- Prestar apoyo para cepillar el pelo por lo menos una vez al día.

- Lavar el pelo por lo menos una vez a la semana:
 - Usar un champú suave y asegurarse de que el tipo de champú es el idóneo para prevenir cualquier posible reacción alérgica, irritación, o eczema, y para la mejora de los síntomas en caso de que la alteración ya exista. Si la persona usuaria está encamada, puede utilizarse champú en seco.
 - Tapar los oídos con algodón para evitar que entre agua.
 - Tapar los ojos con una toalla para evitar que entren agua o champú.
 - Enjabonar el pelo con una pequeña cantidad de champú, aclararlo bien. Repetir la operación si es necesario.
 - Masajear el cuero cabelludo.
 - Secar con toalla o secador a temperatura suave.
 - Peinar.
- Velar por que su estilo de corte de pelo y de peinado sea acorde con su edad:
 - Llevar a la persona a una peluquería confortable, avisar al estilista de la situación y, si la persona se siente insegura, acompañarla y permanecer con ella en la peluquería.
 - Solicitar un servicio a domicilio en los casos en que la persona se niegue a ir a la peluquería.

5.2. Apoyos para el afeitado y la depilación

Algunas orientaciones básicas pueden contribuir a actuar de forma adecuada a la hora de prestar apoyo a las personas con discapacidad para afeitarse o para depilarse:

- Ayudar a la persona a optar, según sus preferencias, entre una maquinilla eléctrica (el método más seguro) o una maquinilla manual, recurriendo, en este último caso, cuando se estime necesario, a maquinillas manuales con cuchillas de seguridad y espuma de afeitado. Estos elementos, igual que la brocha para aplicar la espuma, tienen que ser de uso individual.

Productos adaptados: Afeitadora o rasuradora

- Pueden ser eléctricas o manuales.
- Si está muy afectada la prensión manual pero se conserva la destreza y coordinación se pueden usar:
 - Engrosadores de utensilios y engrosadores de mangos.
 - Adaptadores de agarre.

Productos adaptados: Pinzas de depilación

- De tijeras para personas con disminución de fuerza. También sirve en amputaciones de pulgar, donde la tijera puede usarse con otros dos dedos.
- Con mango engrosado. Para cuando no se puede hacer la presión fina, por ejemplo en personas que sufren de artritis.

Productos adaptados: lima de uñas y cortaúñas

- Limas de uñas:
 - Con mango grueso acanalado cuando no se puede hacer presión o hay disminución de fuerza.
 - Con ventosas para que quede sujeta a una superficie lisa.
- Cortaúñas sobre base provista de ventosas para poder sujetarlo a cualquier superficie lisa. Resulta de gran utilidad en particular para personas con disminución de fuerza, con amputaciones, artritis reumatoide.
- Cortaúñas con lupa y luz.
- Cortaúñas con mango largo; accionado por medio de un gatillo, evita tener que agacharse.
- Tijeras de pedicura con asas grandes para poder usar toda la mano para manejarlas y largas para no tener que agacharse.

- Algunas mujeres con discapacidad intelectual pueden tener un intenso crecimiento del vello facial, principalmente debido a los tratamientos con esteroides. En estos casos, conviene recurrir a cremas depilatorias especialmente concebidas para la eliminación del exceso de vello facial o a maquinillas eléctricas femeninas, si se estimara más adecuado. Otra alternativa es recurrir a un servicio especializado.
- Conviene también fomentar la depilación corporal (piernas, axilas, ingles), especialmente en los meses de verano, en los que las actividades pueden requerir prendas que dejen a la vista las zonas con más vello. Las personas más autónomas podrán aprender a hacerlo ellas mismas, siempre con métodos seguros y con la supervisión del personal de apoyo, pero si se estimara más adecuado, cómodo o seguro, se puede recurrir a un servicio especializado.

5.3. Apoyos para el cuidado de las uñas

Las siguientes orientaciones básicas pueden contribuir a actuar de forma adecuada a la hora de prestar apoyo a las personas con discapacidad para el cuidado de las uñas de pies y manos:

- Mantener las uñas limpias.
- Recortarlas una vez a la semana para evitar que se acumule la suciedad:
 - el momento más propicio es después de la ducha o el baño porque están más blandas;
 - la forma correcta es cortar en curva las uñas de las manos y en recto las de los pies;
 - si hay callosidades en los pies, conviene aplicar alguna crema destinada a ablandarlas para facilitar su eliminación con piedra pómez o similar;
 - controlar hongos, callos, uñas encarnadas, etc.;
 - indicar en la programación individual si la persona puede requerir atención profesional de podología.

5.4. Apoyos para el maquillaje

Ya se ha indicado que el cuidado del aspecto personal es fundamental para cualquier persona y por ello es necesario procurar que las personas con discapacidad estén motivadas para realzar su aspecto, sin duda mediante la utilización de perfumes y de adornos (pendientes, broches...), pero también estimulándoles para que mantengan o adquieran hábitos de cuidados de la piel: limpiarse bien la piel a diario, hidratar el rostro y si les gusta, darse laca de uñas o maquillarse. En tal caso, puede resultar más fácil optar por fórmulas sencillas, por ejemplo el lápiz de labios y el colorete, evitando el maquillaje de ojos que es más complicado y requiere mayor precisión en la aplicación; es fundamental que si la persona utiliza algún tipo de maquillaje se proceda por la noche a una limpieza del rostro que elimine los productos utilizados.

III.

APOYOS PARA VESTIRSE Y DESVESTIRSE

La forma de vestir

Las prendas de vestir constituyen un código social que facilita la inclusión y la interacción, de modo que es importante velar por que las personas con discapacidad utilicen un tipo de ropa apropiada para su edad.

Conviene:

- Aconsejar y ayudar a la persona usuaria si muestra un aspecto descuidado.
- Procurar combinar adecuadamente la ropa, los colores y el estilo, y tratar de adecuarla al clima y a las actividades que van a realizar en el día, respetando en todo lo posible sus gustos y preferencias.
- Reforzar sus esfuerzos por cuidar su imagen: por ejemplo, hacerle algún comentario cuando se haya cambiado el peinado o cuando estrena alguna prenda.
- Animarle a que se mire en el espejo después de haberse arreglado.
- Enseñarle dónde y cómo se guarda la ropa.
- Para garantizar que siempre disponga de ropa suficiente y en buenas condiciones, ayudarle a revisar regularmente su armario para comprobar si conviene realizar algún pequeño arreglo (coser botones, arreglar un dobladillo, etc.), si conviene renovar alguna prenda de vestir y si hay que echar alguna prenda a lavar. En este aspecto, la familia de la persona usuaria también debe tener una parte de responsabilidad y cuidado.

Como ya se ha dicho, presentar una buena imagen es importante para la interacción social y, por lo tanto, para la integración social: una presentación adecuada tiene un gran valor de aceptación y de reconocimiento social. La forma de vestirse es un elemento clave en la construcción de la imagen personal, porque forma parte de la presentación que uno ofrece de sí mismo a los demás. Por ello, es importante que en los servicios de apoyo se trate de estimular a las personas usuarias para que cuiden de su imagen y para que todos los días se vistan de forma adecuada. El cuidado de su aspecto reforzará su autoestima, mejorará su estado de ánimo y les ayudará en la adquisición de autonomía.

Vestirse y desvestirse son tareas complejas: requiere habilidades de equilibrio, coordinación, movilidad en las articulaciones, fuerza y destreza. Requiere además capacidad para elegir y decidir qué ponerse o no ponerse en función de las circunstancias. Esa dificultad determina que las personas con limitaciones en la movilidad o con limitaciones para la toma de decisiones, en particular las personas con discapacidad intelectual o deterioro cognitivo, puedan requerir apoyo para realizarlas:

- En algunos casos, pueden bastar algunas indicaciones que les orienten a adecuar mejor la elección de la ropa al tiempo que hace o a la actividad que van a realizar.
- Otras veces, pueden requerir un nivel de apoyo más intenso y específico para ponerse o quitarse la ropa: puede ser suficiente colocar las prendas que tiene que ponerse en el orden correcto en que se las tiene que poner e ir indicando, verbalmente, a medida que se va vistiendo, cómo debe hacerlo; en otros supuestos será necesario prestar un apoyo físico parcial –por ejemplo, para atarse los botones o los zapatos– o un apoyo físico total –en estos casos, el personal de apoyo, a modo de recordatorio, debe ir explicando lo que está haciendo, con el fin de ir estimulando al máximo la participación de la persona–.

El personal de apoyo tiene la responsabilidad de garantizar que las personas usuarias puedan vestirse y desvestirse en condiciones de privacidad, debiendo evitar cualquier tipo de intromisión, ya sea accidental, deliberada o rutinaria.

La evaluación de la autonomía para el vestido debe hacerse lo antes posible con el fin de determinar las áreas en las que la persona es autónoma, aquellas en las que necesita práctica y/o aprendizaje y aquéllas otras en las que necesita además apoyo. La habilidad y la velocidad puede aumentarse gradualmente y muchas personas pueden llegar a ser autónomas si se les da tiempo suficiente y si se les ofrece la enseñanza idónea. Al iniciar un proceso de este tipo, conviene tener presente que desvestirse es más fácil que vestirse; es menos cansado y, por lo tanto, conviene que el aprendizaje y el entrenamiento empiecen por ahí. A continuación se ofrecen algunas pautas para ello:

**PAUTAS DE APOYO PARA AYUDAR A LA PERSONA
A VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

Desvestirse

- Sugerir o enseñar a la persona a empezar a desvestirse en el siguiente orden: primero, quitarse las prendas de la parte superior; en segundo lugar, las de la parte inferior; finalmente, quitarse los zapatos.
- El modo de desvestirse condiciona mucho el volver a vestirse, de modo que conviene dejar las ropas que volverán a usarse al alcance de la mano y en el orden en que se pondrán.
- Es importante que el lugar en el que se viste la persona resulte cómodo y confortable, que tenga una temperatura agradable y que permita vestirse y desvestirse en condiciones de privacidad.

Vestirse

- Vestir la parte superior del cuerpo. En algunos casos, por ejemplo cuando la persona presenta limitaciones en el movimiento del hombro, la cadera o la rodilla, puede ser necesario algún producto de apoyo para introducir el brazo o la mano o para alcanzar la ropa. Conviene siempre vestir primero la parte que presenta más limitaciones: así, en el caso de hemiplejias, vestir en primer lugar el brazo pléjico.
- Vestir los miembros inferiores. En algunos casos, las personas no pueden alcanzar los pies o no pueden flexionar la cadera y en tales supuestos pueden resultar de utilidad diversos productos de apoyo: un calzador adaptado, una adaptación para calcetines o medias o una pinza de largo alcance para ponerse los pantalones.
- Conviene que la persona se ponga los pantalones, en su caso las prótesis y los zapatos antes de ponerse de pie o trasladarse a la silla de ruedas.

Productos adaptados para vestirse, desvestirse y calzarse

- Anillas para cierres.
- Abotonadores.
- Velcros.
- Calzadores.
- Adaptaciones para cordones (elásticos, etc.).
- Clip para pantalón: mango con un clip para recoger el pantalón y acercarlo desde los tobillos.
- Adaptación para calcetines: similar a un calzador.

Conviene respetar las siguientes recomendaciones para las prendas de vestir:

Recomendaciones para las prendas de vestir

- Ser simples y con amplias aberturas. En el caso de personas con grandes limitaciones en la movilidad, conviene que las aberturas se sitúen en la parte delantera de las prendas.
 - Ser de la talla adecuada, holgadas, para que no dificulten la respiración y la circulación de la sangre. En el caso de personas con grandes limitaciones en la movilidad puede resultar conveniente valorar si resulta más adecuado utilizar prendas todavía más holgadas para evitar forzar en exceso los miembros al vestirse.
 - Estar siempre limpias.
 - Estar fabricadas con tejidos agradables.
 - Tener pocos cierres y, en lo posible, utilizar velcro y anillas en los cierres, para facilitar su manipulación.
 - Ser siempre de uso individual: no debe utilizarse una misma prenda para distintas personas.
-

Conviene respetar las siguientes recomendaciones para el calzado:

Recomendaciones para el calzado

- El calzado debe reunir cualidades que aseguren el equilibrio de la persona cuando está parada y en movimiento.
 - Debe ser siempre de uso individual: no debe aprovecharse el de otras personas.
 - El material debe ser flexible y preferentemente impermeable al agua.
 - El zapato debe adaptarse lo máximo posible a la figura del pie, evitando las formas puntiagudas que pueden deformarlo.
 - Los tacones serán bajos y anchos. La suela flexible, antideslizante y suficientemente gruesa para que no se noten las irregularidades del suelo.
 - La pala o parte superior del zapato debe ser ancha y alta, permitiendo la movilidad de los dedos. El contrafuerte debe ser rígido para evitar que el pie se salga al andar.
 - Si la persona no tiene capacidad de deambulación y existe deformidad musculoesquelética, puede resultar adecuado valorar si conviene utilizar un calzado de una talla más grande con el fin de que pueda ponérselo de manera autónoma y de evitar que le haga daño.
-

IV.

APOYOS PARA IR AL WC

Ir al WC constituye una de las necesidades más íntimas de las personas, de modo que cuando necesitan ayuda es indispensable aplicar pautas que permitan prestarles el apoyo requerido con pleno respeto de su dignidad y de su intimidad. En algunos casos, el apoyo requerido será muy ligero: un simple recordatorio puede ser suficiente y, en esos supuestos, puede resultar conveniente preguntarle a la persona, de vez en cuando y discretamente, si necesita ir al WC; en otros casos en cambio, es posible que la persona necesite no sólo que se lo recuerden, sino que le acompañen y le ayuden en algunos o en todos los gestos necesarios: bajarse los pantalones o levantarse la falda, bajarse la muda, sentarse en el retrete, limpiarse, etc.

En cualquier caso, también aquí conviene tener presente la necesidad de adecuar el tipo de apoyo y la intensidad del apoyo a las necesidades y preferencias individuales.

En todos los casos, puede resultar muy útil diseñar un registro que, sobre la base de la observación, permita conocer el patrón aplicable en cada caso: cuántas veces necesita ir una persona al WC, cada cuánto tiempo, en qué circunstancias quiere ir al WC. A partir de ahí, es fácil proponer el apoyo necesario en los momentos más adecuados, ajustándose así a las necesidades individuales. Esta fórmula permite actuar de forma preventiva y evitar accidentes innecesarios que resultan incómodos y desagradables tanto para la persona como para las y los profesionales que le apoyan.

1. APOYOS PARA IR AL WC CUANDO LA PERSONA NO SUFRE INCONTINENCIA

Es esencial otorgar prioridad a la utilización del WC, independientemente de los apoyos que sean necesarios y, para ello, conviene que sea totalmente accesible y disponga de las adaptaciones más idóneas para que la persona con discapacidad se sienta segura cuando lo utiliza.

Puede darse el caso, no obstante, de que a pesar de las adaptaciones y de los apoyos, no sea posible utilizar el WC, debiendo utilizarse una bacinilla o un orinal en la cama, siendo necesario mostrarse especialmente cuidadosos si la persona comparte habitación con otra. En todos estos casos, deben

Prevención de infecciones

Es esencial practicar un riguroso control de la higiene. Muchas enfermedades, algunas graves, se adquieren por el contacto con la orina o con las heces, de modo que deben adoptarse medidas tendientes a prevenir estas situaciones:

- Es necesario ayudar a la persona con discapacidad a asearse bien después de hacer sus necesidades. Tiene que aprender que, después de ir al WC, siempre debe lavarse bien las manos y conviene que vea que los miembros del personal también lo hacen cada vez que le ayudan en el WC, por mucho que utilicen guantes.
- Si se ha ensuciado el suelo o el mobiliario, es indispensable lavarlo muy bien, utilizando para ello un producto desinfectante.
- La ropa sucia debe esterilizarse con los productos adecuados y no mezclarse nunca con el resto de la ropa.
- El servicio debe disponer de un protocolo de pautas claras y precisas a seguir en relación con el manejo de la ropa manchada con orina o heces.

adoptarse pautas que favorezcan el respeto de la intimidad y que eviten que el resto de las personas usuarias y del personal entre en la habitación mientras la persona está haciendo sus necesidades.

Al igual que en el caso del aseo, puede ocurrir que una persona con discapacidad se niegue a que un miembro del personal permanezca en el WC mientras ella lo utiliza. En tales casos, y siempre que sea posible, es decir, siempre que el nivel de riesgo sea asumible, conviene respetar esta opción. Esto implica, lógicamente, que sea necesario evaluar, no sólo el nivel de apoyo que requiere la persona, sino también valorar el grado de riesgo que asumiría en caso de permanecer sola en el WC, así como las opciones intermedias que permitirían a la vez garantizar la seguridad, limitar los riesgos y respetar y su deseo de intimidad. Esta valoración individual puede llevar a que se adopten algunas medidas orientadas a limitar el nivel de riesgo asumido; por ejemplo, establecer sistemas de aviso. En cualquier caso, conviene tener cuidado de no dejar a ninguna persona sola en el WC durante un periodo de tiempo demasiado largo; el personal debe estar siempre atento y dispuesto a intervenir si fuera necesario.

Sin perjuicio de lo anterior, es inevitable que, en determinados casos, las personas usuarias requieran la presencia continua de personal de apoyo en el WC, debido, por ejemplo, al riesgo de crisis epilépticas o al riesgo de manipulación de las heces. En tales supuestos, es importante velar por garantizar la privacidad en todo lo posible sin dejar de prestar el apoyo necesario: salvo cuando resulte imprescindible para responder a las necesidades de la persona, conviene que sólo un miembro del personal permanezca en el WC o para garantizar tanto la seguridad de la persona atendida como la de la persona de apoyo.

1.1. Apoyos para la utilización de la cuña y la botella

En los casos en los que la persona no puede ir al WC o no puede sentarse en la taza del WC, es necesario recurrir a la colocación de la cuña o de la botella, que permiten la micción y la defecación en la cama:

- La cuña es un orinal plano que se usa para la defecación, tanto del hombre como de la mujer, y para la micción de la mujer.

- La botella se usa para la micción del hombre.

Es esencial que tanto la cuña como la botella sean de uso individual.

PAUTAS PARA LA COLOCACIÓN DE LA CUÑA Y LA BOTELLA

Colocación de la cuña

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Explicar lo que se va a hacer.
- Si la persona conserva cierta movilidad y puede colaborar, pedirle que flexione las rodillas, apoye los talones en la cama y levante las caderas. Entonces, introducir la cuña con el mango hacia los pies.
- Si la persona no conserva ninguna movilidad, girarle hacia un lado y colocar la cuña sobre la cama a la altura correcta y, a continuación, volverle para que quede colocada sobre la cuña.
- Tapar a la persona con la sábana y dejarla sola para que orine y/o defequé.
- Al finalizar, limpiar, vestir y acomodar a la persona.
- Vaciar la cuña en el retrete, limpiarla y desinfectarla con lejía para evitar la transmisión de enfermedades.
- Tirar los guantes y lavarse las manos.

Colocación de la botella

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Si la persona puede colocarse la botella, acercársela y retirarla cuando haya terminado.
- Si la persona no puede colocársela, introducir el pene en el cuello de la botella.
- Tapar a la persona con la sábana y dejarla sola para que orine.
- Al finalizar ofrecer papel higiénico para que la persona pueda limpiarse o, si no puede, limpiarle.
- Ayudarle a vestirse y acomodar a la persona.
- Vaciar la botella en el retrete, limpiarla y desinfectarla con lejía para evitar la transmisión de enfermedades.
- Tirar los guantes y lavarse las manos.

1.2. Apoyos en caso de estreñimiento

La frecuencia y regularidad con la que se defeca varía entre una persona y otra, principalmente debido a sus hábitos de vida, la patología asociada y los medicamentos que toma. La frecuencia de estas deposiciones no líquidas considerada normal está entre 2-3 veces al día y 2-3 veces a la semana. La sensación posterior a la defecación tiene que ser de evacuación completa y no dolorosa.

Prevención del estreñimiento

- Consumir una dieta rica en fibra.
- Beber al menos 1,5 litros de agua al día.
- No colar los purés de verduras, legumbres o frutas.
- Procurar que la persona realice ejercicio físico con regularidad.
- Movilizar a la persona (cambios de postura, bipedestación asistida, etc.).
- Apoyo para un uso adecuado del WC.

El estreñimiento se produce cuando la consistencia de las heces es tan dura que la evacuación provoca presión e incomodidad. También hace que la persona que lo sufre se sienta hinchada y, en ocasiones, que tenga mal aliento y dolor abdominal.

Los problemas de estreñimiento son muy habituales entre las personas con discapacidad, ya que están íntimamente asociados a factores como la falta de movilidad, la toma de medicación, la existencia de malformaciones intestinales o incluso el inadecuado posicionamiento en el WC.

Para prevenirlos, es importante:

- Movilizar: caminar o, en su caso, bipedestación asistida, cambios posturales para personas en silla de ruedas o encamadas, etc.
- Asegurarse de que la ingesta de líquidos es suficiente y de que la dieta es rica en fibra; una dieta rica en fibra y líquidos es imprescindible para la correcta función intestinal, y constituye la mejor medida preventiva contra el estreñimiento.
- Saber de qué forma la persona usuaria comunica sus ganas de defecar.

El estreñimiento puede tener diversas causas y por ello conviene disponer de un protocolo de aplicación que garantice una actuación correcta en todos los casos, especialmente en personas con discapacidad intelectual profunda, en las que es un problema habitual.

Así, cuando se observan indicios de estreñimiento, lo primero que hay que hacer es asegurarse de que efectivamente se trata de un problema de estreñimiento. Para ello, conviene llevar un registro de deposiciones, que permitirá conocer el patrón habitual de la persona, detectar los cambios que se produzcan en el mismo, y adoptar medidas a tiempo evitando así alcanzar situaciones graves. A pesar de ello, puede ocurrir que se produzca un problema de estreñimiento de tal gravedad que produzca un bloqueo intestinal, presione la vejiga y cause incontinencia de orina. Es también una causa común de incontinencia fecal, que puede confundirse con diarrea, debido a que se produce una filtración de los líquidos fecales por desbordamiento. Es indispensable, en estos casos, que sea el médico quien

determine el tratamiento a seguir, siendo labor del personal de apoyo seguir sus indicaciones, tanto en términos de registro de información (frecuencia de deposiciones, uso de diferentes fármacos, ingesta de agua,...), como de administración de tratamientos como laxantes, supositorios, enemas, u otros.

1.3. Apoyos en caso de diarrea

La diarrea es la emisión de heces de poca consistencia con deposiciones frecuentes (más de tres al día). Cuando se produce, conviene adoptar las siguientes pautas de actuación:

- Vigilar la temperatura corporal.
- Reponer los líquidos para evitar la deshidratación.
- Estimular a la persona para la ingesta oral de sólidos, dándole de comer pequeñas cantidades de alimentos blandos, sin excesivas restricciones en la dieta. Preferiblemente arroz, patata, zanahoria,... evitando los productos lácteos, los grasos y los ricos en fibra.
- Vigilar la piel de la zona anal para prevenir la escoriación de la piel, aplicando pomadas si fuera necesario.

1.4. Prevención de la incontinencia

En el caso de las personas que no sufren incontinencia, el objetivo central, además de promover al máximo la autonomía para ir al WC, es prevenir que aparezca la incontinencia. Para ello, conviene adoptar las siguientes pautas:

- Animar a las personas a conservar su autonomía para ir al WC, ayudándoles sólo en la medida necesaria, aunque esa forma de hacer conlleve un ritmo más lento y, por lo tanto, exija más tiempo.
- Evitar el uso de ayudas innecesarias (grúas) cuando la persona usuaria mantiene la bipedestación.
- Atender a las personas que necesitan ayuda para ir al servicio cada vez que lo soliciten o siempre que den muestras de querer ir, aunque no lo puedan expresar verbalmente. Prestar especial atención a las personas

que tengan dificultades de comunicación, puesto que pueden expresar su necesidad de formas poco convencionales.

- Ofrecer a quienes necesiten ayuda la posibilidad de ir al WC antes y después de las comidas y antes de acostarse. La experiencia parece demostrar que esta pauta de actuación es eficaz y que, en muchos casos, contribuye a que las personas permanezcan secas durante el resto de la mañana, de la tarde o, incluso, de la noche.
- No hacer esperar demasiado tiempo a las personas que necesitan ayuda para acompañarles al WC.
- Asegurarse de que las personas que necesitan ayuda para ir al servicio no sientan apuro a la hora de pedir que alguien les acompañe.
- Utilizar prendas de ropa que sean fáciles de desabrochar y quitar.
- Procurar que el cuarto de baño sea fácil de reconocer para las personas usuarias, tanto de día como de noche.
- Fomentar el hábito de orinar antes de acostarse.
- Extremar la higiene de las partes íntimas del cuerpo.
- No eliminar ni disminuir los líquidos, excepto si se considera que existe una ingesta excesiva por parte de la persona usuaria.

Tipos de incontinencia urinaria

- *Incontinencia por esfuerzo:* Se producen pequeñas pérdidas al realizar algún tipo de esfuerzo físico, aunque sea mínimo (tosar, reírse, estornudar, agacharse, correr, etc.).
- *Incontinencia por urgencia:* Se da una fuerte necesidad de orinar sin aviso previo, que puede ser tan urgente que no de tiempo de alcanzar a tiempo el WC.
- *Incontinencia por goteo:* Se produce cuando la vejiga no se vacía adecuadamente, y al llegar más líquido a la vejiga todavía llena, pueden producirse pérdidas de orina.
- *Enuresis nocturna:* Se produce cuando la persona es incapaz de controlar los esfínteres por la noche.

2. APOYOS CUANDO LA PERSONA SUFRE INCONTINENCIA

La incontinencia urinaria puede aparecer en cualquier etapa de la vida, tanto en hombres como en mujeres, con efectos dañinos para la autoestima que pueden extenderse al bienestar general de la persona. Todo lo que pueda hacerse para minimizar sus efectos resulta siempre de gran ayuda tanto para las personas que sufren el problema como para el personal que las asiste.

Una persona puede sufrir incontinencia de la orina o de las heces, y también de ambas. Puede ser de carácter temporal (por causa de una infección, por ejemplo) o permanente.

2.1. Apoyos en caso de incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria puede tener consecuencias tanto para la salud (infección de orina, úlceras cutáneas, etc.) como para la realización de las actividades cotidianas (por miedo a sufrir pérdidas en lugares inapropiados), reduciendo así la calidad de vida de la persona que la sufre. Cuando la incontinencia aparece, es fundamental determinar su causa y hay que preocuparse especialmente cuando una persona deja de controlar sus esfínteres de forma muy repentina, porque podría ser indicio de otro problema de salud.

CAUSAS DE INCONTINENCIA URINARIA

Urgencia	En ocasiones las ganas de orinar surgen repentinamente, y no da tiempo a llegar al WC.
Ubicación	En ocasiones, el acceso al WC es dificultoso: bien porque está lejos, porque hay pocos, o porque hay elementos que dificultan o imposibilitan el acceso.
Ansiedad	Sentir ansiedad, angustia o preocupación aumenta la necesidad de ir al WC.
Tristeza	Las situaciones en las que la persona se siente triste –por la pérdida de algún familiar, por haber abandonado recientemente su domicilio, o por no ver frecuentemente a sus amigos– también pueden originar un problema de incontinencia.
Pérdida de interés	Cuando la persona se deprime, puede perder interés y a partir de ahí es fácil que pierda iniciativa para ir al WC y empiece a desarrollar un problema de incontinencia.
Ingestión de líquidos	La ingestión excesiva de líquidos puede ocasionar incontinencia. Con todo, es importante tener presente que disminuir la ingestión de líquidos sólo puede ser una solución cuando realmente la ingestión es excesiva; si no lo es, disminuir la ingestión podría causar una infección de vejiga.
Ingestión de medicamentos	La medicación también puede ser una causa de incontinencia. Es posible que la persona requiera antidiuréticos o cambiar la dosis de algún medicamento.

CAUSAS DE INCONTINENCIA URINARIA

Tranquilizantes y sedantes para dormir	Las pastillas para dormir pueden impedirle despertarse cuando necesita ir al baño.
Diabetes	La diabetes puede originar un problema de incontinencia (el olor a acetona en el aliento ayuda a detectarlo).
Problemas respiratorios	La tos puede causar pérdidas de orina.
Ropa inadecuada	Si la ropa le está muy prieta, puede presionar la vejiga o dificultar la llegada a tiempo al WC.
Infección de orina	Una infección de orina puede irritar la vejiga y causar una pérdida de orina.
Falta de ejercicio	La falta de ejercicio puede producir debilidad de los músculos pélvicos y ser causa de un problema de incontinencia.
Problemas de movilidad	Los problemas de movilidad y los dolores en las articulaciones pueden generar cierta resistencia a moverse y, por lo tanto, a ir al WC, lo que suele derivar en un problema de pérdida de orina.
Exceso de peso	Un peso excesivo puede presionar la pelvis y ser la causa directa de un problema de incontinencia.
Problemas neurológicos o cerebrales y trastornos neuromusculares	Los problemas neurológicos o cerebrales y trastornos neuromusculares Impiden al cerebro dar las órdenes adecuadas.
Problemas del aparato urinario	La incontinencia puede deberse a problemas en el aparato urinario: obstrucción, infección o inflamación de la próstata, de vías urinarias, etc.
Demencia	Los problemas de salud mental pueden dificultar la sensación de tener ganas de orinar impidiendo así responder a ellas.
Retención fecal	El estreñimiento severo ejerce presión sobre la vejiga y puede provocar incontinencia urinaria.

La determinación de la causa de la incontinencia permitirá también determinar las pautas para adecuadas para tratarla. Es indispensable hacerlo con delicadeza y definir las pautas de atención que mejor respondan a las necesidades en cada caso, incorporándolas a la planificación individual. Desde este punto de vista, conviene:

- Solicitar un informe médico que determine si existen posibilidades de promover un mayor grado de continencia y, en ese caso, proponer la alternativa que se estime más adecuada (una pequeña intervención quirúrgica, rehabilitación específicamente destinada a mejorar la capacidad de retención, etc.).
- Estudiar la situación de cada una de las personas usuarias –teniendo en cuenta el grado y el tipo de incontinencia, el tipo de medicación, la dieta, la capacidad para solicitar ir al WC, las horas correspondientes a su ciclo natural, etc.–, a fin de determinar qué posibilidades existen de mejorar la atención en este aspecto. A tales efectos, es necesario valorar todas las alternativas viables:
 - aumentar el número de veces que se le propone ir al WC;
 - proponer sistemáticamente ir al WC antes de acostarse;
 - proponer el uso de la bacinilla o la botella durante la noche;
 - proponer acompañar al WC a quienes acostumbran a despertarse a una determinada hora de la noche con ganas de ir al servicio;
 - revisar el número de cambios de pañales;
 - determinar si se hace un uso excesivo de los pañales con carácter preventivo;
 - determinar si el tipo de pañal es el más adecuado.

En muchos casos es posible llegar a determinar la causa de la incontinencia urinaria y diseñar un programa de atención específico. La elaboración de un programa de estas características es fundamental para un adecuado abordaje del problema y para adoptar las medidas más idóneas para favorecer una mejor calidad de vida. En su marco, puede resultar muy útil diseñar un registro individual de control de esfínteres que, sobre la base de la observación, permita conocer el patrón aplicable en cada caso: cuántas veces necesita ir una persona al WC, cada cuánto tiempo, en qué circunstancias suele querer ir al WC. A partir de ahí, es fácil proponer el

Productos de apoyo en la eliminación fecal

Facilitan la tarea de la persona de apoyo y mejoran la autonomía y la calidad de vida de la persona:

- Salvacolchones.
- Empapadores y absorbentes.
- Compresas y pañales.
- Sábana de sujeción sin mangas, pijama cremallera (antipañal) para evitar que la persona se quite el pañal o manipule empapadores o sondas...
- Obturador anal. Se usa, bajo prescripción médica, en ciertas alteraciones neurológicas (mielomeningocele).

apoyo necesario en los momentos más adecuados, ajustándose así a las necesidades individuales. Esta fórmula permite actuar de forma preventiva, y evitar accidentes innecesarios que resultan incómodos y desagradables tanto para la persona como para las y los profesionales que le apoyan.

2.2. Apoyos en caso de incontinencia fecal

La incontinencia fecal es la emisión involuntaria de heces: puede ir desde una cantidad mínima de heces hasta una pérdida completa del control de las deposiciones no líquidas.

Para evitar la incontinencia de las heces en las personas usuarias, se recomienda:

- Favorecer la funcionalidad y el acceso al baño: propiciar la autonomía con una buena iluminación y señalización del baño, con la eliminación de barreras y todas las adaptaciones adecuadas según la situación de la persona atendida y de la persona de apoyo.
- Extremar la higiene y el cuidado de la piel en la zona anal. La piel se humedece y seca repetidas veces, lo que no sólo produce irritación, sino que reduce la capacidad de la piel como barrera natural e incrementa la vulnerabilidad a las bacterias:
 - Lavar la zona todas las veces que sea necesario.
 - Secar bien sin estirar la piel.
 - Hidratar.
- Realizar cambios frecuentes de pañal.
- Atender siempre las demandas de uso del baño. En los casos en los que la persona no reconoce el estímulo defecatorio pero sí la incomodidad, puede tender a tratar de quitarse el pañal. En estos casos, una pauta de control de sus horarios de defecación puede ayudar a definir su patrón y a establecer una pauta de acompañamiento al WC a esas horas.
- Vigilar la dieta para que sea ligeramente astringente pero no conlleve una disminución de proteínas, calorías o líquidos en la alimentación.

La incontinencia puede destruir la confianza y el respeto que la persona siente por sí misma. Algunas estrategias del personal de apoyo para ayudarle a recuperarlos son:

- Ganarse la aceptación y la confianza de la persona usuaria, con tacto y paciencia.
- Escuchar atentamente lo que dice.
- Dejar que diga todo lo que necesita expresar, sin interrumpirle, en silencio y con interés.

Es importante tener presente que los apoyos en los casos de incontinencia pueden resultar particularmente incómodos para las y los profesionales de atención directa, en la medida en que requieren un contacto físico con las partes más íntimas de las personas usuarias de forma rutinaria. Además, también pueden generar preocupación por su propia higiene personal, dada la frecuente exposición y limpieza de fluidos corporales.

V.

APOYOS PARA MOVERSE Y DESPLAZARSE

1. LA IMPORTANCIA DE MANTENER LA MOVILIDAD

La actividad física es vital para mantener las funciones básicas del cuerpo y contribuye además a favorecer el bienestar emocional, a mejorar la motivación y a desarrollar una actitud positiva ante la vida. Cualquier disminución importante en la actividad o períodos de inactividad prolongados pueden afectar a los principales sistemas del organismo –corazón, pulmones, huesos, músculos y articulaciones– provocando un empeoramiento en el estado físico general de la persona y un aumento en el nivel de dependencia, que puede tener también un impacto psicológico: pérdida de motivación, pérdida de confianza y seguridad en sí misma y pérdida de autoestima.

Por ello, es fundamental que las personas con discapacidad disfruten del mayor número posible de oportunidades para mantener y desarrollar sus habilidades físicas –sentarse, estar de pie, andar, pasar sin ayuda de la silla a la cama o de la cama a la silla, maniobrar la silla de ruedas o subir escaleras, por poner algunos ejemplos–, con el fin de mantener un estado físico óptimo y, en lo posible, evitar o retrasar su deterioro. Cualquier disminución en su nivel de actividad podría reducir su autonomía en la movilidad, incrementando la necesidad de apoyo, de modo que conviene aprovechar todas las oportunidades para que la persona con discapacidad se active: no hay que levantarlo de la cama si puede levantarse sola; no hay que llevarlo en silla de ruedas al WC si puede andar hasta el servicio, etc., aprovechando todas las actividades cotidianas habituales para moverse y desplazarse. Si la persona se resiste a estas pautas, es importante considerarlo en la planificación individual para adoptar medidas y programar aprendizajes que le orienten hacia una mayor movilidad.

2. LOS EFECTOS DE LA INACTIVIDAD

La inactividad tiene múltiples efectos en nuestro cuerpo y es importante conocerlos para dar a la actividad la relevancia que le corresponde.

EFFECTOS DE LA INACTIVIDAD

Efectos en los músculos y las articulaciones

- La disminución del grado de actividad física afecta al nivel de calcio en nuestros huesos y uno de los efectos de la insuficiencia de calcio es la osteoporosis, que genera, en quien la padece, mayores probabilidades de sufrir fracturas como consecuencia de una caída o de sufrir fracturas espontáneas que, a su vez, provocan una caída. Es frecuente en personas mayores precisamente porque tienen menos actividad física que las personas jóvenes, pero también puede darse a edades más precoces cuando el nivel de inactividad es elevado.
- Una de las formas más eficaces de conservar el calcio en los huesos es activarse y hacer que los huesos sigan fortaleciéndose y sigan siendo capaces de soportar el peso del cuerpo, de modo que es indispensable favorecer y posibilitar el mayor grado de movilización posible, en función de las limitaciones de movilidad que sufra cada persona.
- La inactividad provoca una pérdida de masa muscular y una consiguiente pérdida de fuerza, y una reducción del arco articular en las articulaciones.

Efectos en la circulación de la sangre

- Cuanto más activa es una persona con mayor vigor bombea la sangre el corazón para hacerla circular por el cuerpo; a la inversa, la inmovilidad y la inactividad pueden conducir a una mala circulación y causar la aparición de varices, úlceras varicosas o trombos, dificultar la cicatrización de las heridas, o provocar inflamaciones, principalmente en los pies y en los tobillos.
- Por otra parte, si no se mueve con regularidad, el cuerpo va perdiendo su capacidad para adaptarse con rapidez a los cambios de postura, de modo que si, por ejemplo, una persona se levanta muy rápidamente de una silla puede sufrir un ligero mareo debido a una súbita disminución en la presión arterial. Es importante tenerlo en cuenta cuando se ayuda a una persona a ponerse de pie o a levantarse de la cama, y dejarle el tiempo necesario para recuperar el equilibrio.

Efectos en la piel

- La presión sobre una determinada parte del cuerpo durante períodos de tiempo excesivamente prolongados –por ejemplo, cuando una persona permanece sentada demasiado tiempo o tumbada en una misma posición– puede producir desgarros en la piel y originar una escara por presión. Las escaras por presión no son fáciles de curar y requieren mucho tiempo para cerrarse, y si se infectan pueden resultar peligrosas y llegar a requerir una intervención quirúrgica que repare los tejidos, o suponer complicaciones como la amputación de miembros, sepsis generalizada, o incluso la muerte.

EFFECTOS DE LA INACTIVIDAD

- Es esencial, por lo tanto, motivar y ayudar a las personas a moverse con cierta regularidad, y a no permanecer demasiado tiempo en una misma postura:
 - si una persona no es capaz de moverse de forma autónoma y tiene que permanecer encamada, es necesario ayudarlo a cambiar de postura varias veces al día (una pauta ampliamente aceptada establece una frecuencia mínima de movilización cada dos horas);
 - si una persona está en silla de ruedas será necesario, en lo posible, enseñarle a incorporarse sola sujetándose sobre sus brazos, brevemente pero con regularidad.
- Como en el resto de las actividades y de los apoyos, es necesario adecuar el nivel de ayuda de forma individual, proporcionando sólo la necesaria, es decir no más apoyo del que la persona necesita para responder y para asegurar el nivel máximo de independencia (por ejemplo, si el apoyo verbal es suficiente, no conviene proporcionar apoyo físico).

Efectos en el sistema respiratorio

- La falta de actividad y el mantenimiento también afecta al sistema respiratorio, que va perdiendo capacidad para eliminar eficazmente las secreciones y mantener libres las vías respiratorias, lo que aumenta el riesgo de infecciones pulmonares y el riesgo de neumonía.
- La pérdida de fuerza muscular tiene como consecuencia un aumento de la fatiga y una respiración más superficial.

Efectos en el aparato digestivo.

- La falta de actividad y la permanencia en la misma postura durante periodos de tiempo muy prolongados puede derivar en una serie de problemas digestivos: hernia de hiato, estreñimiento crónico, falta de control de esfínteres, etc.

3. FOMENTAR Y FACILITAR LA ACTIVIDAD

La forma más sencilla de garantizar ciertos niveles de movilidad es mantener o incluso incrementar los niveles de actividad, tomando parte en una amplia variedad de tareas domésticas y, en lo posible, haciendo algún ejercicio con regularidad: andar es uno de los más completos y conviene animar a las personas con discapacidad a hacerlo siempre que puedan; la natación también es un ejercicio muy completo ya que permite ejercitar todos los

sistemas del organismo. Pero existen otras muchas actividades que pueden ayudar a mantenerse en forma como andar en bicicleta, jugar al fútbol, al baloncesto o dedicarse a la jardinería o a otras actividades al aire libre.

En el caso de las personas totalmente dependientes para su movilidad, somos las y los profesionales de apoyo quienes debemos garantizar unos niveles adecuados de movilización, programando en su planificación individual una serie de movilizaciones regulares, así como programas específicos de fisioterapia y de terapia ocupacional.

También son fundamentales las salidas al exterior que, aunque no supongan una movilización física, permiten estar al aire libre y relacionarse con otras personas y otras realidades.

4. APOYOS PARA LA MOVILIZACIÓN

Algunas personas con discapacidad necesitan, por muy diversas causas, la ayuda del personal para poder desplazarse o moverse. Para prestar ese apoyo es indispensable que las y los profesionales de apoyo, en particular los de atención directa, aprendan técnicas de movilización y las practique con regularidad, con el fin de garantizar la adecuación, la eficacia y la seguridad de los movimientos, así como su higiene postural. Es importante controlar la postura que uno adopta en cada momento y moverse de forma que se minimice la presión que se impone al cuerpo para limitar el riesgo de lesiones, tanto para el personal de apoyo como para la persona a la que se moviliza. Las malas posturas pueden convertirse en hábitos y si se repiten a menudo acaban pareciendo cómodas, haciéndose más difícil detectar el riesgo de lesión.

No existe un único método para movilizar a otra persona y, de hecho, lo más adecuado es aprender diferentes técnicas entre las que se podrá optar en función de las circunstancias particulares del caso. Con todo, existen algunos elementos esenciales que siempre deben tenerse en cuenta, tanto cuando se trata de ayudar a una persona a levantarse como a volverse a sentar o tumbar en la cama. Estos principios básicos también deben aplicarse cuando se ayuda a una persona a transferirse o cuando se empuja una silla con mucho peso o se tira de ella. Son los siguientes:

OPINIONES DE LAS PERSONAS USUARIAS

- *"Es bueno practicar deporte y también es bueno que hagamos nosotros mismos las cosas que sabemos y podemos hacer".*
- *"Prefiero que me lo hagan".*

Riesgo de lesiones

Es más probable sufrir una lesión en los siguientes casos:

- Haciendo movimientos de torsión o giratorios con el cuerpo.
- Manteniendo una misma postura durante un periodo de tiempo prolongado.
- Repitiendo mucho el mismo movimiento.
- Realizando movimientos descoordinados.

Bases de la biomecánica

- Mantener la espalda recta.
- Flexionar las piernas: deben estar siempre ligeramente flexionadas, porque de ese modo son los músculos de las piernas los que soportan el peso, no la espalda.

- Conocer a la persona y sus necesidades.
- Tener conocimientos y entrenamiento en biomecánica (uso de nuestro propio cuerpo como “máquina” para mover a la persona).
- Seleccionar meditadamente la técnica a emplear y los productos de apoyo más adecuados.
- Adecuar el entorno de la persona, pensando en ella y en quienes la cuidan.
- Mantener constantemente una correcta higiene postural.

Estos cinco principios, que son extremadamente sencillos de cumplir, presentan claras ventajas:

- Contribuyen a la mejora física y psicológica de la persona a la que se presta apoyo, lo que redundará en una mayor autonomía y en una mejor calidad de vida.
- Evitan lesiones, ahorran esfuerzo innecesario y aportan una capacidad de trabajo muy superior a la de las y los profesionales de apoyo.

PAUTAS BÁSICAS PARA MOVILIZACIONES

- Procurar **no levantar peso** a menos que resulte imprescindible.
- **Valorar la situación:**
Valorar detenidamente la situación antes de optar por levantar a la persona y asegurarse de que se hace uso de las ayudas que resulten adecuadas. Antes de levantar a una persona, preguntarse:
 - Si es indispensable levantarlo.
 - Si algún otro profesional puede ayudar en la maniobra, teniendo siempre presente que cuando la persona usuaria es totalmente dependiente es indispensable proceder a la movilización entre dos profesionales.
 - Si conviene utilizar algún producto de apoyo (una grúa, por ejemplo). Antes de utilizar una grúa, es conveniente hacer uso de otros productos de apoyo, como son los discos giratorios o las barras de apoyo, ya que de esta manera mantendremos la movilidad que tiene la persona.
 - Si la persona con discapacidad puede colaborar de algún modo para facilitar el movimiento.
 - Si la persona que va a realizar la maniobra se siente segura de poder levantarlo.

- **Valorar el entorno:**

Verificar si hay espacio suficiente o si es necesario desplazar algún mueble para disponer de más sitio.

- Comprobar que no hay obstáculos que podrían dificultar la maniobra: cables sobre el suelo, líquido derramado sobre el suelo, alfombras, etc.
- Determinar cuál es la distancia a recorrer y asegurarse de que sea lo más corta posible.
- Asegurarse de que se trata de un entorno seguro: buena iluminación, suelo no deslizante, etc.
- Verificar si hay espacio suficiente o si es necesario desplazar algún mueble para disponer de más sitio.

- **Evaluar la maniobra:**

- Verificar si la persona con discapacidad es capaz de entender a la persona que va a levantarle y si puede colaborar de alguna manera.
- Comprobar si presenta signos de agitación o confusión. Si es así, asegurarse de contar con la ayuda de otros profesionales.
- Fijarse en si la persona es alta o baja, delgada u obesa.
- Verificar si la persona tiene algún problema de salud que convenga tener en cuenta: hemiplejía, rigidez articular, zonas doloridas, tono muscular, etc.

- **Evaluar las propias habilidades** de la persona que va a realizar la maniobra:

- Valorar si está en condiciones de levantar la carga, si tiene problemas de espalda o problemas articulares.
- Evitar cualquier maniobra de este tipo en los casos en los que la persona profesional de apoyo está embarazada.
- Determinar la técnica más adecuada y valorar si se siente capaz de aplicarla correctamente. En caso de duda, pedir ayuda.
- Asegurarse de tener puesto el atuendo adecuado: ropa holgada y zapatos bajos y no deslizantes.
- Quitarse anillos, reloj, collar, cadenas, pendientes, u otros adornos que pudieran engancharse.

5. CAMBIOS POSTURALES

Los cambios posturales hacen referencia a las distintas posturas que debe adoptar el cuerpo y a la necesidad de alternarlas continuamente para prevenir complicaciones asociadas a la inactividad física y a la permanencia en la misma postura. Su objetivo es conseguir una buena alineación de todas las partes del cuerpo y una distribución uniforme del peso corporal.

Los cambios posturales tienen considerables efectos benéficos:

- Mantienen el buen estado de músculos y huesos, paliando la rigidez articular y la flacidez muscular y favoreciendo la función cardíaca y

Colaboración de la persona a la que se presta apoyo

Cuando la persona que requiere apoyo para la movilidad colabora conviene que también ésta siga unas normas básicas de mecánica corporal:

- **Si está acostada**
 - Mantener piernas y brazos alineados a lo largo de su cuerpo.
 - El colchón sobre el que se encuentre acostada debe ser firme para que el apoyo sea uniforme y estable.
- **Si está de pie**
 - Separar ligeramente sus pies para así aumentar su base de sustentación y mejorar su propia estabilidad.
 - Procurar que la cadera se mantenga siempre dentro del espacio delimitado por el ancho de los pies.
 - Procurar que contraiga los músculos abdominales y glúteos y mantener la espalda recta, echando los hombros hacia atrás.
- **Si está sentada**
 - Disponer de asientos que permitan mantener la espalda recta y apoyada.
 - Procurar que las caderas, rodillas y tobillos de la persona, formen un ángulo recto, debiendo estar los pies siempre apoyados en el suelo. Si estos no alcanzan el suelo, colocar un taburete debajo de los mismos para evitar que queden colgando en el aire.
 - Para levantarse de la silla, indicarle que formarán ángulos rectos e se incline recto hacia delante de manera que su cabeza llegue al plano de las rodillas, se apoye en los reposabrazos o en su defecto en la mesa, y a la orden de “tres” colabore en el impulso hacia delante y arriba para ponerse de pie.

respiratoria. Una inmovilidad prolongada facilita la acumulación de secreciones, la aparición de trombos circulatorios, etc.

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

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

- Conocimiento de la persona, de sus necesidades, de sus limitaciones de movilidad y del tiempo para cada cambio de posición. En personas encamadas son recomendables estos cambios cada dos o tres horas y en las que están sentadas, cada hora aproximadamente; si la persona no necesita ayuda para realizar los movimientos, debe moverse para descargar el peso de las nalgas cada 15 ó 30 minutos.
- Hay que evitar mover a la persona arrastrándola sobre la ropa de cama. Si no quedara otra opción, hacerlo elevando la cabeza de la cama, sin sobrepasar un ángulo de unos 30º con respecto a la cama y realizar la maniobra en el menor tiempo posible.
- Estirar bien (no excesivamente) las sábanas para que no queden arrugas.
- Cada vez que se hace un cambio postural es aconsejable mover las articulaciones con movimientos suaves y saber que éstas nunca han de estar completamente estiradas.

- Mantener hábitos higiénicos correctos y aprovechar estos momentos para valorar el estado de la piel e hidratarla, realizando pequeños masajes circulares que activen el riego sanguíneo.
- Usar una faja cuando vaya a realizar cualquier tipo de cambio o movilización postural, para prevenir tirones musculares, lumbalgias, etc., aunque debe utilizarse sólo con prescripción médica.
- Seleccionar las medidas y el equipo más adecuado para cada movilización.
- Adecuar el entorno, procurando que facilite en la medida de lo posible nuestra movilidad y la de la persona en situación de dependencia.

6. APOYOS PARA LA MARCHA

6.1. Acompañamiento por una persona de apoyo

El o la profesional de apoyo debe sujetar en todo momento a la persona con limitaciones de movilidad para garantizar su seguridad y para que la persona se sienta segura.

Existen varios procedimientos:

- La persona de apoyo se coloca a un lado de la persona con discapacidad agarrando con la mano que tenga más alejada de la persona la más cercana de ésta. La otra mano de la persona de apoyo pasará por detrás de la espalda de la persona con discapacidad para sujetar su hombro más alejado.
- Igual que el procedimiento anterior, pero el brazo de la persona de apoyo más cercano a la persona con discapacidad pasa, en vez de por detrás de la espalda, por delante del abdomen con el fin de evitar que se caiga hacia delante.
- La persona de apoyo se coloca enfrente de la persona con discapacidad poniendo sus antebrazos debajo de los de esta última; a su vez, la persona con problemas de movilidad agarra los brazos de la persona de

apoyo. En esta postura, la persona con discapacidad puede avanzar hacia delante, a la vez que la persona de apoyo va andando marcha atrás.

- La persona de apoyo se coloca detrás de la persona con problemas de movilidad con las manos debajo de las axilas para sujetarla bien. En esta postura, ambas avanzan hacia delante de forma simultánea.
- En el caso de personas con problemas de estabilidad, el personal de apoyo puede colocarse a su lado, estabilizándola a nivel proximal desde la zona de axila con su brazo, siempre teniendo en cuenta el lado de la hemiplejía.

6.2. Productos de apoyo para la movilidad

En determinados supuestos, para facilitar y posibilitar la movilidad puede ser necesario utilizar productos de apoyo. Es el caso, por ejemplo:

- cuando una persona tiene poca estabilidad al andar;
- cuando tiene dificultad para ponerse de pie o para mantenerse en pie;
- cuando está débil y presenta rigidez en las articulaciones;
- cuando siente dolor al andar;
- cuando presenta cierta tendencia a perder el equilibrio cuando camina sobre un suelo irregular;
- cuando ha sufrido caídas frecuentes;
- cuando tiene problemas posturales;
- cuando toma ciertas medicaciones que pueden reducir su movilidad (sedantes);
- cuando la persona presenta limitación del movimiento (plejías).

Aspectos a tener en cuenta al adquirir un producto de apoyo

A la hora de adquirir un producto de apoyo, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La existencia de espacio suficiente para utilizarlo.
- La habilidad de la persona para utilizarlo correctamente.
- La necesidad de entrenamiento o de adaptaciones específicas para manejarla adecuadamente.
- El tipo de uso que se va a hacer del producto de apoyo, en particular si se va a utilizar en el interior o en el exterior.

Antes de adquirir un producto de apoyo conviene asesorarse con una o un especialista en esta materia –terapeuta ocupacional o fisioterapeuta–, ya que es necesario hacer una buena valoración de la persona para determinar qué producto puede ser el apropiado y para realizar las adaptaciones necesarias. Conviene, además, probar diferentes tipos de productos para dar con el que mejor se ajuste a las necesidades de la persona y a las posibilidades y características del medio.

Es importante tener presente que los productos de apoyo se caracterizan por esa individualidad; no deben considerarse elementos de uso compartido por quienes son usuarias de un mismo servicio, independientemente de que respondan a necesidades muy similares.

PRODUCTOS DE APOYO PARA LA MARCHA

Bastones

- Los bastones pueden ser de madera o de metal, de longitud fija o ajustable; en todo caso, la longitud del bastón debe ser la adecuada para la persona que va a utilizarlo, teniendo en cuenta al determinarla que el grado de flexión del codo debe ser de 30°. Se puede usar un único bastón o utilizarse simultáneamente dos bastones; si sólo se utiliza uno, debe llevarse con la mano opuesta a la pierna más frágil. Para agarrar bien el bastón, existen mangos especialmente adaptados, equipados con un molde de goma con la forma de los dedos, que facilitan el agarre.
- Es indispensable revisar periódicamente el estado en el que se encuentran los toques de goma de los bastones porque pueden desgastarse con mucha rapidez cuando la persona se apoya mucho y es necesario cambiarlos antes de que el desgaste pueda suponer un riesgo.

Muletas y bastones de tres o cuatro apoyos

- Existen también muletas o bastones con tres o cuatro apoyos. Distribuyen mejor el peso corporal y permiten un mayor apoyo, de modo que su uso es bastante frecuente. Con todo, no son fáciles de utilizar, así que cuando obedecen a una necesidad temporal, suele ser preferible, sobre todo si la persona es mayor, recurrir a un andador.

Andadores

- Existen diferentes tipos de andadores:
 - *El andador estándar.* Existe en diferentes tamaños (pequeño, mediano y grande) y puede tener una altura fija o ajustable. Es importante que la altura sea la adecuada para la persona que lo utiliza. El andador puede tener una base ancha o estrecha; en el ámbito doméstico, suele resultar más cómoda la base estrecha, salvo cuando la persona presenta mucha inestabilidad.
 - *El andador con ruedas.* Tiene pequeñas ruedas en la parte frontal y se empuja hacia delante o hacia atrás, en lugar de tener que levantarlo, como en el caso del andador estándar. Suele ser útil para quienes tienen poco equilibrio o para quienes no pueden levantar el andador al dar cada paso porque no tienen fuerza suficiente en los brazos.
 - *El andador con apoyo en antebrazo.* En este tipo de andador, la persona se apoya en el armazón y empuja hacia adelante. Está particularmente indicado cuando la persona necesita apoyarse mucho para andar. Generalmente es más grande que los anteriores, lo que dificulta su utilización en entornos domésticos ordinarios.

PRODUCTOS DE APOYO PARA LA MARCHA

	<ul style="list-style-type: none"> • Al igual que en el caso de los bastones, es indispensable revisar periódicamente el estado en el que se encuentran los topes de goma de los andadores porque pueden desgastarse con mucha rapidez cuando la persona se apoya mucho y es necesario cambiarlos antes de que el desgaste pueda suponer un riesgo. • Las tuercas de los andadores pueden aflojarse con el tiempo así que conviene revisarlas periódicamente para asegurarse de que están bien apretadas.
<p>Sillas de ruedas</p>	<p><i>Utilidad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La silla de ruedas tiene una doble utilidad y es preciso que resulte adecuada para ambas funciones: <ul style="list-style-type: none"> — por un lado, sirve para desplazarse; — por otro, debe servir también para que la persona permanezca sentada en una posición correcta, mediante un respaldo ajustable y otra serie de accesorios destinados a un mayor confort pero también a un adecuado posicionamiento y a una mayor estabilidad.
	<p><i>Tipos de sillas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen muy diversos tipos de sillas de ruedas, pero la clasificación básica, contenida en la norma ISO 9999-2007 sobre Productos de Apoyo para Personas con Discapacidad, diferencia tres grandes tipos: <ul style="list-style-type: none"> — <i>Silla de ruedas manual autopropulsable</i>. Está equipada con dos grandes ruedas traseras que permiten a la persona que la utiliza manejarla de forma autónoma. — <i>Silla de ruedas manual no autopropulsable</i>. No está diseñada para que la pueda manejar la propia persona usuaria sino para ser empujada por otra persona; está dotada de cuatro ruedas pequeñas. — <i>Silla de ruedas de propulsión motorizada</i>. Puede destinarse a su uso en el interior, en el exterior o en ambos. Las destinadas al uso en el interior están pensadas para poder recorrer pequeñas distancias dentro de la vivienda, pero no para subir cuestras o para desplazarse sobre un terreno irregular, de modo que, al adquirirla, conviene tener muy presente cuál va a ser el uso que se va a hacer de ella.

PRODUCTOS DE APOYO PARA LA MARCHA

Aspectos a tener en cuenta al adquirir una silla de ruedas

- A la hora de adquirir una silla de ruedas conviene valorar los siguientes aspectos:
 - Capacidad y habilidad de la persona:
 - Verificar si podrá manejar la silla de ruedas autónomamente o si requerirá algún tipo de ayuda o apoyo.
 - Verificar si podría manejar una silla eléctrica.
 - Verificar si serían necesarias determinadas adaptaciones dentro del servicio para que la persona pudiera hacer uso de la silla de ruedas.
 - Verificar si la persona será capaz de manejar la silla de forma segura: maniobrar bien, frenar a tiempo, etc. Si la persona no es capaz, se realizará un entrenamiento y se valorará si con este adquiere la capacidad necesaria.
 - Verificar si la silla de ruedas precisa de adaptaciones específicas que se ajusten mejor a las necesidades: por ejemplo, respaldo reclinable, antebrazos especiales, elevador de pies.
 - Verificar que las dimensiones de la silla se adecuan bien a la persona usuaria.
 - Lugar en el que va a utilizarse la silla de ruedas:
 - Determinar si se va a usar en el interior o en el exterior, en particular teniendo presente que, por lo general, las sillas con ruedas grandes son más aptas para circular por las vías públicas porque soportan y amortiguan las irregularidades del terreno, mientras que las de ruedas pequeñas son más fáciles de manejar en el interior de una vivienda.
 - En caso de que vaya a utilizarse en el exterior, verificar, en particular, qué tipo de suelo hay en el entorno inmediato del servicio residencial, si hay desniveles, escalones, escaleras.
 - Si es para uso interior, verificar los elementos básicos de accesibilidad, en particular:
 - si el acceso al edificio está adaptado;
 - si existe un ascensor de anchura adecuada;
 - si la anchura de las puertas es la adecuada;
 - si la anchura de los pasillos permite el giro de la silla;

PRODUCTOS DE APOYO PARA LA MARCHA

	<ul style="list-style-type: none"> • si hay suficiente espacio en la habitación y en el baño; • si hay alfombras o moquetas que podrían dificultar el movimiento de la silla; • si será necesario hacer algún tipo de adaptación del entorno. <ul style="list-style-type: none"> – Prever si la persona necesitará la silla de forma constante, durante largos períodos de tiempo o sólo de forma intermitente. – Verificar si puede ser necesario transportar la silla en el maletero de un coche.
<p><i>Seguridad y mantenimiento</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es fundamental mantener la silla de ruedas en buen estado de conservación para que pueda utilizarse con seguridad. Las siguientes pautas de mantenimiento deberían aplicarse al menos una vez por semana: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Ruedas.</i> Deben mantenerse bien infladas, debiendo notarse firmes y duras cuando se presiona con el pulgar; si la rueda no está lo suficientemente inflada, los mecanismos de freno no funcionan correctamente. – <i>Frenos.</i> Es necesario revisarlos regularmente para asegurarse de que funcionan bien, incluso en cuestas. Es necesario también verificar si las tuercas que sujetan los mecanismos de freno están bien apretadas. – <i>Reposapiés.</i> Es necesario verificar que se manejan con facilidad para plegarlos y sacarlos de los pivotes en los que van encajados, y asegurarse de que se calan bien en esos pivotes. – <i>Respaldo y asiento.</i> Es necesario verificar que el respaldo y el asiento no presentan ningún desgarramiento o zona desgastada. – <i>Cinchas o correas de seguridad.</i> Es necesario revisar si presentan alguna zona deshilachada, desgastada o desgarrada y que las hebillas funcionan bien. – <i>Antivuelcos.</i> Los antivuelcos deben estar bien fijados en todo momento, de modo que conviene revisarlos sistemáticamente. – <i>Baterías.</i> En el caso de las sillas de ruedas eléctricas, es necesario también revisar las baterías y asegurarse de que se encuentran cargadas. – <i>Limpieza.</i> Debe limpiarse regularmente la silla. La limpieza de la silla es muy importante para la imagen de la persona que la usa.

PRODUCTOS DE APOYO PARA LA MARCHA

Pautas de utilización

- Es necesario aplicar algunas medidas que garanticen que la persona con discapacidad puede hacer uso de la silla en condiciones de seguridad. Estas son algunas de las más básicas:
 - *Frenos.* Hay que poner el freno siempre que la silla esté parada, en particular cuando la persona usuaria esté transfiriéndose a la silla o desde la silla. Las y los profesionales de apoyo debemos responsabilizarnos de ello, tanto cuando es el propio personal quien maneja la silla como cuando es la persona usuaria.
 - *Reposapiés.* La mayoría de las sillas de ruedas tienen reposapiés que pueden quitarse de la silla o plegarse para que la persona pueda levantarse de la silla sin peligro de tropezarse. Es fundamental acordarse de plegar o retirar los reposapiés antes de que la persona se transfiera a la silla o desde la silla, para evitar el peligro de engancharse o tropezarse. Una vez que la persona se ha sentado en la posición correcta, hay que acordarse de volver a colocarlos antes de mover la silla para evitar accidentes, ya que si no se ponen, se corre el peligro de que rocen los pies con las irregularidades del suelo, los escalones, etc. y se lesione.
 - *Cinchas o correas de seguridad.* Si la silla tiene correas de seguridad, conviene utilizarlas, al menos siempre que la silla se desplace sobre un terreno irregular o baje una cuesta. Si una persona tiene problemas de equilibrio, espasmos, epilepsia, u otras afecciones de este tipo, necesita utilizar de forma habitual una correa o cinturón de seguridad en la silla. También puede ser necesario recurrir a chalecos o braqueros como forma de sujeción.
 - *Confort.* Muchas sillas de ruedas no son particularmente cómodas, porque no están diseñadas para uso permanente sino sólo para realizar traslados. En estos casos, no es recomendable que la persona permanezca sentada en la silla durante períodos de tiempo prolongados. Si la persona presenta el riesgo de tener úlceras o escaras por presión, tiene mala circulación, la piel muy frágil o es muy delgada y huesuda, conviene adquirir un cojín especialmente diseñado para evitar el exceso de presión en determinadas zonas; si tiene deformidades del aparato locomotor precisará un asiento y un respaldo u otras adaptaciones adecuadas a sus necesidades, como por ejemplo, un asiento con molde de su cuerpo.

PRODUCTOS DE APOYO PARA LA MARCHA

Zapatos ortopédicos

- Calzado adaptado a diferentes trastornos o patologías de los pies.

— *Forma de empujar una silla de ruedas.* No es fácil empujar una silla de ruedas, *particularmente* si el terreno es irregular o si hay desniveles. Las sillas cuentan en la parte trasera inferior con unas barras que permiten a quien la conduce apoyar los pies para hacer presión y levantar la parte delantera de la silla para subir o bajar escalones. A la hora de bajar cuestas, lo correcto es situarse de espaldas a las rampas y por detrás de la silla.

Al margen de los mencionados, existen multitud de productos de apoyo, que pueden resultar muy útiles.

No es posible aquí referirlos todos, pero conviene tener presente que es un ámbito que se encuentra en constante evolución y que el mercado ofrece muchos productos que pueden resultar de utilidad. Conviene prestar atención a las novedades y consultar periódicamente versiones actualizadas de los catálogos de productos.

VI.

EL IMPACTO DE LA ATENCIÓN PERSONAL EN LAS Y LOS PROFESIONALES DE APOYO

1. ¿CÓMO IMPACTA LA ATENCIÓN PERSONAL EN LAS Y LOS PROFESIONALES DE APOYO?

Aunque, hasta la fecha, no haya sido una materia muy tratada, es fundamental reconocer que la realización de tareas de apoyo personal y, sobre todo, de cuidados íntimos, tiene un fuerte impacto en las personas profesionales que las realizan. Ese impacto, que viene muy determinado por la particular naturaleza de esos apoyos, también viene condicionado por la forma en que son prestados.

1.1. La forma de organizar y prestar los apoyos de atención personal

Es un hecho que, en un servicio de apoyo, las rutinas pueden ser percibidas por las y los profesionales como un refugio, un marco de seguridad, pero también es cierto que ese tipo de organización puede llevarles a una creciente falta de interés por su trabajo, a una profunda insatisfacción y a un sentimiento de infravaloración difícilmente superable. Esto es particularmente cierto en relación con las tareas de apoyo al cuidado personal, sobre todo cuando conllevan apoyos que se enmarcan en la esfera de lo íntimo.

De ahí que se considere que también el personal de apoyo puede verse muy favorecido por el avance hacia fórmulas de atención basadas en una mayor personalización y flexibilización y centradas en el respeto de los derechos; sin duda, eso exige de todos y todas, si no un mayor esfuerzo, sí una postura más proactiva que los condicionantes organizativos no siempre favorecen. Hay pues que optar decididamente por la introducción de pautas de atención que permitan responder, simultáneamente, a las necesidades inherentes al ejercicio de los derechos de las personas usuarias y profesionales y a las necesidades organizativas de la estructura, negociando equilibrios que no sólo las hagan compatibles sino mutuamente benéficas.

La flexibilización y la personalización de la atención son básicas para garantizar el respeto de los derechos y para situarlo en el centro de los procesos de apoyo, y hacerlo así beneficia a la vez a las personas usuarias y a las y los profesionales que les atienden:

- las primeras verán preservada su dignidad y su intimidad y, en lo posible, reforzada su autonomía, y contarán con más posibilidades de elección y con mayores oportunidades, sean cuales sean sus limitaciones físicas y/o mentales, de mantener o de crearse sus propias costumbres en lugar de tener que someterse, inevitablemente, a los usos institucionales, y de seguir siendo ellas mismas;
- las segundas tendrán la posibilidad de realizar las tareas de forma menos automática y más personalizada –lo que, en sí, es un indicador positivo en cualquier actividad laboral–, y de desempeñar su labor en un medio más humano y en condiciones más dignas.

Este efecto benéfico mutuo es el motor de cualquier proceso de mejora, y se fundamenta en una verdad básica que tiende a obviarse: el hecho de que la dignificación de las pautas de atención dignifica tanto a la persona atendida como a la persona que atiende. Mejorar la atención nos dignifica a todos.

1.2. La naturaleza de los apoyos de atención personal

A lo anterior, se suma la naturaleza de las tareas asociadas a los cuidados personales y, en particular, a los cuidados íntimos, que pueden generar en la persona que presta apoyo sentimientos y reacciones difíciles de controlar y de superar. No es posible que una persona profesional no se vea afectada, en alguna medida, por tareas que conllevan un contacto físico intenso, ya sea con las partes íntimas del cuerpo de la persona con discapacidad, ya con sus fluidos corporales. No es posible que a veces no sienta asco, rabia o vergüenza.

Esta cuestión, de trascendental importancia para la calidad de la atención de la persona con discapacidad y para la calidad de vida y de trabajo de la persona profesional es prácticamente tabú: la literatura especializada es escasísima y pasa casi siempre de puntillas por algo que, en los servicios, es una realidad. Cierto es que existe alguna aproximación a esta cuestión y que, en base a ella, se sabe que determinadas tareas o determinadas conductas de las personas usuarias se perciben como particularmente penosas y desagradables (más adelante, nos referimos a estas situaciones como extremas):

- Situaciones en las que la conducta de la persona usuaria vulnera los límites socioculturales establecidos: defecar fuera del WC, sonarse con las cortinas en lugar de usar pañuelos, por ejemplo.
- Tareas de apoyo en las que el personal tiene que estar en contacto con tejidos infectados: úlceras, por ejemplo.
- Situaciones en las que hay que limpiar fluidos o desechos en el área bucal: vómitos, flemas, o incluso heces, etc.

Sean cuales sean, las experiencias más desagradables a las que el personal de apoyo ha tenido que enfrentarse marcan para cada profesional un antes y un después en su vida laboral y pueden incidir, tanto en su propia calidad de vida y de trabajo, como en la calidad de los apoyos que ofrecen.

2. ESTRATEGIAS PARA HACER FRENTE A ESTAS SITUACIONES

Lo primero que debemos hacer es no negar esa realidad, sino tenerla presente, anticiparla y tratar de actuar con dos tipos de medidas complementarias entre sí:

- Por un lado, dotar a las y los profesionales de estrategias individuales que les permitan hacer frente a estas situaciones de un modo que les resulte más soportable.
- Por otro, establecer mecanismos en la organización que tiendan al mismo objetivo.

2.1. Estrategias individuales

2.1.1. La importancia de controlar los sentimientos y las emociones

Una de las formas más efectivas de hacer frente a estas situaciones es afrontar nuestros propios sentimientos, porque la fuerza de lo que sentimos –ya sea asco, frustración, rabia, angustia, desesperación o incluso miedo– afecta a nuestra manera de prestar los apoyos de cuidado personal e íntimo.

Son emociones muy reales y pueden tener un impacto negativo en nuestra salud física y mental. La Guía de Bienestar Emocional, en el apartado dedicado a la inteligencia emocional, puede ser de utilidad para profundizar en estas cuestiones.

2.1.2. Reconocer las propias emociones

Lo primero que debemos hacer es prestar atención a cómo se siente nuestro cuerpo. Hay ciertos signos –aumento de la frecuencia cardíaca, respirar o tragar saliva más rápidamente, dolor de cabeza, sudoración, tensión en el cuello o en los hombros, dolor de estómago o apretar los dientes– indicativos de que estamos tratando de controlar emociones o sentimientos no siempre fáciles de reconocer.

Algunas de nuestras conductas también pueden ser señales de que estamos intentando controlar emociones de las cuales no somos conscientes. Por ejemplo:

- Elevar el volumen de la voz.
- Reñir a alguien.
- Bromear sarcásticamente.
- Ignorar o rehuir de una persona.
- Mostrar impaciencia.

Reconocer estas señales puede ayudarnos a afrontar de otra manera lo que las está causando.

2.1.3. Revisar nuestra forma de pensar e interpretar los acontecimientos

Nuestra forma de pensar y nuestros sentimientos están muy relacionados entre sí: cómo nos sentimos afecta a cómo pensamos y cómo pensamos afecta a cómo nos sentimos. Nuestros patrones de pensamiento pueden añadir más estrés a la situación a la que nos enfrentamos, de modo que si conseguimos modificar nuestra forma de pensar sobre una determinada

situación, es probable que nuestros sentimientos cambien y que se reduzca el nivel de estrés.

El modelo A-B-C de Pensamientos y Sentimientos puede ayudarnos a afrontar el estrés que sentimos cuando tenemos que prestar apoyos de cuidado íntimo que nos resultan particularmente desagradables.

Veamos cómo con un ejemplo:

- A: La persona con discapacidad ha defecado en el suelo.
- B: El personal puede pensar: "*Siempre igual, lo hace queriendo*", o quizás piense: "*No sirvo para este trabajo*", "*No puedo consentir que me haga esto; perderé mi autoridad frente al resto de los usuarios*".
- C: Como resultado de estos pensamientos se dan unas consecuencias emocionales en la persona profesional:
 - Si piensa "*siempre igual, lo hace queriendo*", la consecuencia emocional de su pensamiento probablemente sea de rabia.
 - Si lo que piensa es "*no sirvo para este trabajo*", la consecuencia emocional probablemente será de tristeza, o incluso de depresión.
 - Si lo que piensa es "*perderé mi autoridad ante los demás*", la consecuencia emocional probablemente será de frustración o rabia.

Como puede observarse, no es sólo el comportamiento de los demás lo que nos altera, sino lo que nosotros pensamos acerca de dicho comportamiento. Nuestros sentimientos son nuestra responsabilidad y no debemos culpar a la persona por las emociones negativas que nos pueden provocar. Posiblemente, en todos los supuestos, a esos sentimientos, se suma el asco, que es probablemente el más difícil de controlar porque obedece en gran medida a mecanismos de reacción involuntaria.

2.1.4. Evitar los hábitos de pensamiento inútil

Es más fácil que nos sintamos muy estresados, deprimidos o enfadados, cuando adoptamos actitudes negativas ante las situaciones o los incidentes.

Cualquiera que sea el sentimiento negativo, en la medida en que sea muy fuerte o persistente, perjudicará a nuestro bienestar, a nuestras relaciones o a nuestro trabajo.

Esto no significa que se pueda acabar completamente con emociones como la rabia, la frustración, la cólera, o la ansiedad. Son emociones naturales y esperables en ciertas situaciones y, por tanto, pensar que podemos eliminarlas no es realista. Sin embargo, sí lo es dar pasos para poder limitarlas o contenerlas cuando se vuelven muy fuertes o persistentes e influyen en nuestra salud física y mental y afectan a las relaciones o al trabajo.

Para tratar de mantener esas emociones y sentimientos en niveles asumibles hay que ser conscientes de que existen una serie de patrones de pensamiento extremo, particularmente proclives a generar esos sentimientos negativos:

- Pensamientos catastrofistas, es decir, ver las cosas peores de lo que son. Por ejemplo, describir un suceso fortuito o desafortunado como terrible, incluso aunque no se haya producido ningún daño o este haya sido pequeño.
- Empeñarse en que las cosas deben ser de una forma determinada en vez de aceptar que son como son y de centrarse en lo que es posible hacer para cambiarlas.
- Considerar que ciertas cosas que hemos hecho, visto o experimentado alguna vez, pasan siempre o mucho más a menudo de lo que realmente ocurren.
- Ver sólo algunas cosas mientras ignoramos las demás, o considerar sólo lo negativo y nunca lo positivo.
- Etiquetar o categorizar a las personas y a las cosas en lugar de considerar que la ocurrencia de determinada conducta no define necesariamente a la persona: no es lo mismo ser malo que hacer algo malo.

Muchas de esas formas de pensar que nos hacen sentir absolutamente alterados son hábitos de pensamiento que vamos desarrollando desde la infancia.

2.1.5. Aprender a relajarse

Hay técnicas de relajación muy útiles que se centran en la respiración y que puede usarse también junto con técnicas de relajación muscular:

Relajación centrada en la respiración

- Primero, pensar en una palabra o frase sencilla, como por ejemplo 'calma', 'tranquilidad' o 'me voy a relajar'. Elegir una palabra o una frase que uno asocie a la relajación; será, en cada caso, la palabra o frase especial de la persona que inicia el proceso de relajación.
- Sentarse o tumbarse, con los ojos cerrados. Respirar de forma natural y exhalar el aire. Concentrarse sólo en la respiración. No es necesario hacer un esfuerzo especial, sólo respirar. Cada vez que se exhale el aire, repetir la palabra o frase especial que se haya seleccionado, por ejemplo 'calma', en voz alta o en silencio. Mientras se realiza el ejercicio, intentar centrar la atención en la respiración y repetir la palabra o frase al exhalar, evitando o rechazando otros pensamientos.

Para conseguir efectos beneficiosos con estas técnicas de relajación es conveniente practicarlas regularmente, durante 10 ó 20 minutos al día, para poder conseguir niveles de relajación cada vez más profundos y ser, a la larga, capaz de utilizar esta técnica en una variedad de situaciones.

Relajación muscular: el método de relajación progresiva de Jacobson

La relajación muscular progresiva es una técnica de tratamiento del estrés que parte de considerar que dado que la tensión muscular acompaña a la ansiedad, esta puede reducirse aprendiendo a relajar la tensión muscular. Conviene seguir las siguientes pautas:

1. Sentarse en una silla confortable, sin cruzar las piernas.
2. Hacer lentamente dos respiraciones profundas.
3. Tensar y relajar, alternativamente, grupos específicos de músculos. Hay que concentrarse en la sensación muscular, en el contraste entre tensión y relajación:
 - **Manos.** Apretar los puños, tensarlos y destensarlos. Extender y relajar los dedos.
 - **Biceps y tríceps.** Tensar y relajar los bíceps sin tensar las manos. Tensar y relajar los tríceps.
 - **Hombros.** Tirar de ellos hacia atrás y relajarlos.
 - **Cuello (lateral).** Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.

- **Cuello (hacia adelante).** Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo.
 - **Boca (extender y retraer).** Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.
 - **Lengua (paladar y base).** Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.
 - **Ojos.** Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Asegurarse de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.
 - **Respiración.** Inspirar tan profundamente como sea posible y entonces inspirar un poco más; expirar y respirar normalmente durante 15 segundos. Después expirar echando todo el aire que sea posible y entonces expirar un poco más; respirar normalmente durante 15 segundos.
 - **Espalda.** Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar el cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar.
 - **Glúteos.** Tensar y elevar la pelvis fuera de la silla; relajarla. Apretar las nalgas contra la silla; relajar.
 - **Muslos.** Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tensar el estómago; relajar. Presionar los pies contra el suelo; relajar.
 - **Estómago.** Tirar del estómago hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.
 - **Pies.** Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.
 - **Dedos.** Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.
4. No mantener la respiración, ni apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos.
 5. Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos.
 6. Hay que ser cuidadoso si se tienen agarrotamientos musculares, que hacen aconsejable consultar previamente con el médico.

Fte. Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press.

2.2. Estrategias organizativas

Además de las estrategias que cada profesional puede tratar de desarrollar y aplicar individualmente referidas en el apartado anterior, los servicios pueden adoptar estrategias organizativas tendentes a ayudar a las y los profesionales que se ven enfrentados a situaciones extremas en el marco

de la prestación de apoyos a los cuidados íntimos, a superar el malestar emocional que originan:

- Dejar de tratar estos problemas como si fueran tabú: dejar de silenciarlos, porque el silencio no los elimina.
- Establecer reglas o incluso rituales de higiene particularmente exigentes, tanto previos como posteriores a la tarea, aplicables en situaciones extremas. Por ejemplo, además de lavarse y desinfectarse las manos, poderse duchar en el momento.
- Establecer mecanismos de supervisión que ofrezcan a la persona profesional la posibilidad de confesar, sin temor a chocar, que en un determinado momento se han tenido esos sentimientos o sensaciones o la posibilidad de compartir dudas con respecto a cómo reaccionar. Los objetivos de esta supervisión serían:
 - Aliviar la carga de estrés asociada al incidente.
 - Generar un espacio en el que puedan expresarse de forma segura los sentimientos y pensamientos relacionados con lo vivido.
 - Anticiparse a los problemas y prevenir posibles secuelas psicológicas en los miembros del grupo.
 - Normalizar las reacciones de cada persona, para evitar que se sientan diferentes a otras.
 - Detectar a personas muy afectadas, y facilitarles la ayuda y el seguimiento que requieran.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

La presente Guía de Buenas Prácticas toma como referencia básica para su texto principal, anteriores trabajos publicados por el Instituto Foral de Bienestar Social y diseñados por el SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía-Careaga :

Diputación Foral de Álava (2011). *VIVIR MEJOR. Cómo concebimos la atención residencial. Pautas básicas para una atención de calidad a las personas con discapacidad.* Instituto Foral de Bienestar Social, Vitoria-Gasteiz.

Diputación Foral de Álava (2011). *VIVIR MEJOR. Guía de Buenas Prácticas. Cómo compaginar derechos individuales y condicionantes organizativos.* Instituto Foral de Bienestar Social, Vitoria-Gasteiz.

Diputación Foral de Álava (2012). *VIVIR MEJOR. Guía de Buenas Prácticas. Cómo promover el bienestar emocional.* Instituto Foral de Bienestar Social, Vitoria-Gasteiz.

Diputación Foral de Álava. (1996). *Manual de buena práctica para residencias de personas ancianas.* Instituto Foral de Bienestar Social, Vitoria-Gasteiz.

Para el texto principal también han constituido una fuente importante de referencia las siguientes publicaciones:

Assouline, M.; Morou, F. (2010). *Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans les services à la personne. Réussir une étape incontournable pour l'évaluation. Service à domicile.* AFNOR editions, Saint Denis.

Brown, H.; Benson, S. (Eds.) (1995). *A practical guide to working with people with learning disabilities.* Hawker Publications, London.

Cambridge, P.; Carnaby, S. (2000). *Making it personal. Providing intimate and personal care for people with learning disabilities.* Pavilion Publishing, Brighton.

Carnaby, S.; Cambridge, P. (Eds.) (2006). *Intimate and personal care with people with learning disabilities.* Jessica Kingsley Publishers, London.

Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica. (2010). *Guía para familias cuidadoras.* Sevilla.

Fuertes, E.; Mateo, M.; Lanza, Y. (2011). *Manual de formación. La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia.* Gobierno de Cantabria, Dirección General de Políticas Sociales. Santander.

Fundación Ayúdate (2003). *"Guía Práctica para Personas Ostomizadas"*. Madrid.

- Garay Rubio, T; Larrea Aretzabaleta, I.; Urruela Oliván, M. (2001).** *Manual de Procedimientos de Enfermería del Hospital de Basurto*. Bilbao.
- Martínez M.M.; Ripol, M.E.** (2011). *Buenas prácticas. La tarea de cuidar: higiene postural, movilización y transferencias*. Gobierno de Aragón. Departamento de Servicios Sociales y Familia. Dirección General de Atención a la Dependencia. Zaragoza.
- Gutiérrez Fonseca, R.; Blázquez Peccis, C.** *Recomendaciones para personas con problemas de deglución*. Capiro Fundación Jiménez Díaz, Madrid.
- Hogg, J.; Sebba, J.; Lambe, L.** (1990). *Profound retardation and multiple impairment. Volume 3: Medical and physical care and management*. Chapman and Hall, London.
- Jacobson, E.** (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Moody, M.** (1993). *Incontinencia. Problemas del paciente y cuidados de enfermería*. Áncora, Barcelona.
- Perry, A.G., & Perry, P.A.** (2002). *Clinical nursing skills & techniques (5th ed.)*. St. Louis, MO: Mosby.
- Powell, T.** (1994). *Lesión cerebral. Una guía práctica*. Fundació Institut Guttmann, Barcelona, 2001.
- Ripol, M.E. Martínez, M.M. (coord.)** (2011). *La tarea de cuidar: higiene postural, movilización y transferencias. Manual para el cuidador*. Gobierno de Aragón, Zaragoza.

Para los Anexos, dada su naturaleza de instrucciones técnicas, se ha optado por reproducir, aunque con ligeras adaptaciones, pautas recomendadas por excelentes publicaciones especializadas. En cada uno de los Anexos se indica dicha fuente.

ANEXO 1.

MANIOBRA DE HEIMLICH PARA ACTUAR EN CASOS DE ATRAGANTAMIENTO

El presente Anexo recoge, si bien con ligeras adaptaciones los contenidos referidos a la Maniobra de Heimlich que se describen en MedlinePlus y en el "Manual de Formación. La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia" de E. Fuertes, M. Mateo e Y. Lanza (véase Bibliografía).

Ante atragantamientos: Maniobra de HEIMLICH

También denominada "Compresión Abdominal", la Maniobra de Heimlich es un procedimiento de primeros auxilios que se aplica en casos de atragantamiento con el fin de eliminar la obstrucción del conducto respiratorio y consiste en comprimir el abdomen hacia arriba para favorecer la expulsión del cuerpo extraño.

Dentro del servicio, cuando se produce un atragantamiento es necesario que el personal de apoyo que esté presente actúe de inmediato:

- Lo primero que debe hacerse es buscar ayuda, dando aviso al médico o a la enfermera que se encuentre en el centro y, en ausencia de estos, llamar a los servicios de emergencia (112). Este aviso debe darse desde el lugar en el que se encuentre la persona que sufre el atragantamiento o, si no fuera posible, enviar a alguien a que dé el aviso.
- Mientras llegan el médico o la enfermera o los servicios de emergencia, deben empezarse a administrar los primeros auxilios.

¿Cómo se realiza la Maniobra de Heimlich?

- **En personas conscientes**, que están alerta, lo primero que hay que hacer es animarles a toser. Si no consiguen despejar la obstrucción de ese modo, hay que recurrir a la Maniobra de Heimlich:
 - Colocarse detrás de la persona y abrazarla por la cintura.
 - Poner la mano derecha en puño entre el ombligo y el extremo inferior del esternón (apófisis xifoides).
 - Situar la otra mano encima del puño.
 - Presionar fuertemente el abdomen con un movimiento que simultáneamente haga fuerza hacia atrás y hacia arriba.
 - Repetir 5 veces consecutivas.

A los bebés hasta 1 año de edad, hay que colocarlos en boca abajo, sobre el antebrazo y mano, sujetando la cabeza por debajo de la mandíbula y golpeando la espalda entre los omoplatos, con el talón de la otra mano.

- **En personas inconscientes** (que no responden, bien porque están inconscientes, bien porque no tienen capacidad de comprensión suficiente), hay que recurrir directamente a la maniobra de Heimlich:
 - Colocar a la persona acostada de espaldas.
 - Colocarse sobre ella, colocando las rodillas a ambos lados de sus caderas.
 - Colocar el talón de la mano entre el ombligo y el extremo inferior del esternón (apófisis xifoides).
 - Apoyar la otra mano sobre la anterior.
 - Presionar fuertemente hacia dentro y hacia arriba.
 - Repetirlo al menos 5 veces seguidas.
 - Introducir el dedo índice en forma de gancho en la boca, con intención de extraer el objeto, solo si está visible.

En bebés hasta 1 año de edad, se aplica el mismo procedimiento, salvo que deben emplearse dos dedos para presionar el abdomen.

ANEXO 2.

ALIMENTACIÓN POR SONDA

El presente Anexo recoge, si bien con ligeras adaptaciones, los contenidos referidos a la alimentación por sonda que se describen en el *"Manual de Formación. La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia"* de E. Fuertes, M. Mateo e Y. Lanza y en el *"Manual de Procedimientos de Enfermería del Hospital de Basurto"* de Garay Rubio, T; Larrea Aretzabaleta, I.; Urruela Oliván, M. (véase bibliografía).

ALIMENTACIÓN POR SONDA

Aspectos generales

- Como se ha indicado en el capítulo de la Guía dedicado a los "Apoyos para alimentarse", en algunos casos es necesario recurrir a la alimentación por sonda: personas con enfermedades que impiden deglutir correctamente, personas que presentan una marcada pérdida de apetito, personas con alteraciones neurológicas...
- La alimentación por sonda es la que se hace mediante la conexión de una sonda a alguna parte del apartado digestivo:
 - La sonda nasogástrica se introduce por la nariz y va hasta el estómago.
 - La sonda de gastrostomía se introduce por el abdomen y va directamente al estómago.
- Cuando se recurre a cualquiera de estas dos vías, es necesario que los alimentos estén en forma líquida y contengan el mismo valor alimenticio, en términos de nutrientes, que una dieta normal y equilibrada.

Cuidado de la sonda nasogástrica

- La sonda se fija a la nariz con esparadrappo hipoalergénico. Se recomienda poner un esparadrappo nuevo e ir cambiando de sitio la fijación para evitar irritaciones, siguiendo los pasos siguientes diariamente:
 - Despegar el esparadrappo o tiritita usado.
 - Limpiar la nariz con una gasa, agua y jabón.
 - Secarla bien.
 - Colocar un esparadrappo nuevo con cuidado de que la sonda no roce o deforme la nariz y comprobando (tirando suavemente) que la sonda no se desplace.
- La parte exterior de la sonda nasogástrica se debe limpiar a diario con una gasa, agua tibia y jabón suave y, luego, aclararla y secarla.
- El cambio de sonda lo decide y lo lleva a cabo el personal de enfermería. Si el personal de apoyo observa que el color de la sonda se oscurece, o que presenta grietas u orificios debe avisar al personal de enfermería o al médico para que la cambien.
- Los orificios nasales se deben limpiar una vez al día, con un bastoncillo de algodón humedecido con agua caliente o templada.
- Es recomendable, aplicar en la zona una crema hidratante para evitar irritaciones, cuidando de no desplazar la sonda.
- La sonda tiene que estar siempre cerrada, salvo cuando se administra la alimentación.
- Para ducharse, es necesario mantener bien cerrado el tapón de la sonda y, una vez finalizada la ducha, hay que secar bien la zona de fijación y cambiar la tiritita o esparadrappo de sujeción.
- Aunque, la persona tome los alimentos por la sonda, es importante cuidar la limpieza de la boca. Por ello se deben cepillar los dientes y la lengua con un cepillo y pasta de dientes, como mínimo dos veces al día (por la mañana y por la noche), intentando que no trague el agua. Si se aprecia que los labios están resecos, suavizarlos con crema de cacao o vaselina. Si es necesario, humedecer la boca varias veces al día (3-4 veces/día) con una gasa empapada en agua.

ALIMENTACIÓN POR SONDA

Cuidado de la sonda gástrica

- Para el cuidado de la sonda nasogástrica es necesario:
 - Lavar cada día la zona del estoma (orificio cutáneo por el que se introduce la sonda) bien con agua y jabón, bien con una solución desinfectante. Al hacerlo, comprobar que la piel del estoma no presenta irritación, inflamación o secreción.
 - Cambiar a diario el esparadrapo hipoalergénico que fija la sonda a la pared abdominal a varios centímetros del estoma.
 - Vigilar la posible pérdida de alimento o jugo digestivo a través del estoma y mantener la zona siempre seca. Si hay escape, limpiarlo inmediatamente y colocar una gasa alrededor de la sonda que se cambiará tantas veces como sea necesario.
 - Verificar periódicamente la posición de la sonda; para ello, traccionar la sonda suavemente hacia arriba hasta notar el tope interno, que es el balón inflado o la pestaña de silicona. Al cogerla entre los dedos, esta deberá girar sin dificultad en el interior del estómago.
- El disco de plástico, que es el soporte externo de la sonda, puede levantarse un poco para limpiar mejor la zona del estoma, pero sin tirar de él.
- Si la situación de la persona lo permite, puede ducharse siempre que se tenga la precaución de cerrar la sonda con los tapones. No es conveniente sumergir la sonda en piscinas o agua de la bañera. Tras el aseo se secará el punto de inserción o estoma y se cambiará el esparadrapo que servía de fijación.
- Conviene animar a las personas que precisan nutrición enteral a que se movilicen en la cama, se levanten y deambulen, si su estado general lo permite.
Si la persona está encamada debido a una enfermedad, deberán practicarse cambios posturales cada 2 o 3 horas.

Alimentos

- Para la nutrición enteral se pueden utilizar fórmulas culinarias o preparados comerciales:
 - Los preparados comerciales para la nutrición por sonda contienen una composición exacta y equilibrada de los tres nutrientes básicos: proteínas, grasas e hidratos de carbono. Pueden enriquecerse con vitaminas y oligoelementos constituyendo así una dieta completa. También pueden modificarse atendiendo a las necesidades específicas de cada persona.
 - Estos preparados comerciales se pueden encontrar también como **suplementos**. Están formados por uno o más nutrientes y se utilizan como complemento a la dieta oral. Se presentan en envases monodosis y pueden ser líquidos, en polvo o en forma de pudding. Los más utilizados son los suplementos proteicos y energéticos.
 - Las formas **culinarias** son las que están constituidas por alimentos cocidos y triturados a los que se les añade agua, leche, caldo... Tienen el inconveniente de no ser exactas y equilibradas en cuanto a su composición y pueden obstruir fácilmente las sondas por su viscosidad. Para su administración requieren sondas de mayor calibre.

Formas de administración

- *Administración intermitente*
La administración intermitente es la que más se acerca a un horario de alimentación normal, en la medida en que se espacian las tomas al igual que se espacian las comidas a lo largo del día. Se puede hacer con tres sistemas.
 - Sistema de goteo. Se administra la dieta espaciada en tomas (4 ó 5 a lo largo del día).
 - Bomba de infusión: en vez de utilizar un sistema de goteo convencional se hace con bomba de infusión que regula exactamente la velocidad a la que se administra la dieta.
 - Bolo con jeringa: la dieta se administra a emboladas de 200-400 ml en 20-30 minutos utilizando jeringas de gran volumen (50 ml) y espaciando las tomas (una toma cada 4-6 horas).

ALIMENTACIÓN POR SONDA

- *Administración continua*
En este caso, la administración de la dieta se realiza por goteo lento (40-150 ml/h) y continuo durante las 24 horas del día, o bien dejando unas horas de descanso nocturno.
- *Administración con jeringa*
 - Para dar la comida la persona tiene que estar sentada. Si estuviera en cama, debe colocarse en posición incorporada, con el cabecero levantado en ángulo de 40° aproximadamente.
 - Antes de administrar la comida, hay que lavar la sonda conectando la jeringa cargada con unos 30 cc de agua.
 - Se vierte la cantidad de alimento necesario en un recipiente limpio; debe estar a temperatura ambiente y hay que agitarlo antes de su uso.
 - A continuación, se va aspirando el contenido del recipiente con la jeringa. La entrada del alimento debe ser lenta.
 - Cuando haya pasado todo el producto, hay que desconectar la jeringa de la sonda, cerrar el tapón de la sonda y aclarar la jeringa con agua del grifo.
 - Una vez limpia, volver a poner agua para lavar la sonda como antes de dar la comida. No olvidar volver a cerrar la sonda al acabar.
 - Es importante dejar a la persona media hora en la misma posición en la que ha comido y observar la tolerancia a la dieta, así como cualquier signo que indique anomalías.

Recomendaciones en la alimentación por sonda*Referidas a la persona*

- Mantenerla en ángulo de 30-45° (sentada o semisentada) mientras se administra la fórmula.
- Si el médico lo indica se comprobará el residuo o contenido gástrico antes de cada toma. Si el residuo es superior a 150 ml debe suspenderse la alimentación porque existe riesgo de aspiración del contenido gástrico al aparato respiratorio. En caso de que esto ocurra, se espera una hora y, si transcurrida esta logra reducirse el contenido residual, se reanuda la nutrición pero con un flujo más lento hasta conseguir la normalización del residuo.
- Comprobar la velocidad de goteo (si se usa este sistema) y no administrar ni más cantidad ni a un ritmo mayor del recomendado.
- Administrar entre 500 y 1.000 ml de agua además de la dieta y de la que se emplea para lavar la sonda.
- Observar la aparición de náuseas, vómitos o diarrea.

Referidas a la fórmula

- Almacenar los productos no utilizados en sitio seco y protegido de la luz.
- Comprobar la fecha de caducidad.
- Anotar la fecha y hora de apertura del envase.
- Administrar la fórmula a temperatura ambiente.
- Los envases, una vez abiertos, deben administrarse inmediatamente o conservarse en frigorífico no más de 24 horas.
- No mantener abierta y conectada la botella al sistema (de goteo o bomba de infusión) más de 24 horas, ya que existe un gran riesgo de contaminación.

Referidas a la administración de fármacos

- Los medicamentos NO deben mezclarse con las fórmulas de nutrición enteral.
- Cuando sea necesaria la administración de medicamentos, esta se hará de forma independiente a la alimentación, lavando la sonda con 25-30 ml de agua antes y después de administrarlos.

ANEXO 3.

DISPOSITIVOS PARA LA ELIMINACIÓN DE ORINA

El presente Anexo recoge, si bien con ligeras adaptaciones, los contenidos referidos a los dispositivos para la eliminación de orina que se describen en el "Manual de Formación. La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia" de E. Fuertes, M. Mateo e Y. Lanza (véase bibliografía).

DISPOSITIVOS PARA LA ELIMINACIÓN DE ORINA

Pañales

- Los pañales son productos sanitarios de un solo uso. Se ajustan al cuerpo para absorber y retener la orina en su interior con el fin de mantener la piel seca y sin humedad. Están indicados en personas que presentan pérdidas urinarias, fecales o ambas.
- Existen distintos modelos según la capacidad de absorción y según la forma, el sistema de sujeción y la talla de la persona.
- El grado de incontinencia es lo que hace elegir al médico un modelo u otro.
- La capacidad de absorción varía desde los preparados para pequeñas pérdidas de orina hasta los que absorben más de un litro de orina.
- Según la forma o el sistema de sujeción hay distintos tipos:

Colocación del pañal según la posición de la persona dependiente y del sistema de sujeción

Indicaciones generales

- Preparar todo el material necesario antes de empezar para evitar dejar sola a la persona una vez empezado el cambio.
- Comenzar informando sobre lo que se va a hacer, buscando que la persona esté con el ánimo de facilitar el cambio de pañal.
- Realizar un pequeño aseo cada vez que se hace un cambio de pañal para limpiar la zona y evitar infecciones, poniendo especial cuidado en dejar la piel perfectamente seca.
- Observar cualquier cambio en la orina en especial si disminuye o aumenta la cantidad o se producen cambios en el color o el olor. De cualquier cambio llamativo, especialmente si se mantiene durante unos días, hay que informar al médico porque puede ser indicativo de un problema de salud.

Colectores peneanos

El colector peneano es una funda elástica que se desliza sobre el pene. Su extremo distal presenta un orificio al que se le conecta una bolsa de recogida de orina. Su extremo proximal queda fijado a la base del pene mediante un mecanismo específico: normalmente una tira circular o un apósito autoadhesivo. Actualmente también existen en el mercado colectores peneanos autoadhesivos en toda su longitud, por lo que no precisan fijación en la base del pene.

Los colectores peneanos están indicados cuando todavía se tiene vaciamiento vesical completo y espontáneo. También se utilizan para la recogida de orina para muestras en personas con incontinencia. Su uso continuado puede provocar lesiones en la piel de la base del pene, por eso son especialmente recomendables en periodos limitados de tiempo.

DISPOSITIVOS PARA LA ELIMINACIÓN DE ORINA

Colocación de un colector

- Preparar el material:
 - Colector peneano. Antes de proceder a su colocación hay que leer atentamente las instrucciones del fabricante.
 - Bolsa de diuresis con tubo de drenaje.
 - Gasas.
 - Útiles de aseo: jabón, toalla, agua templada.
 - Guantes desechables.
- Colocación: El profesional de apoyo debe:
 - Explicar lo que va a hacer solicitando colaboración.
 - Lavarse las manos y colocarse los guantes.
 - Colocar en decúbito supino a la persona dependiente. Teniendo cuidado de dejarle tapado y dejando expuesta únicamente la zona genital.
 - Para eliminar las secreciones que puedan irritarle la piel y facilitar el deslizamiento del colector, lavar los genitales con agua y jabón, secándolos cuidadosamente.
 - Colocar la bolsa de diuresis en el lateral de la cama, dejando la conexión accesible.
 - Sujetar el pene con la mano no dominante (la izquierda si se es diestro y la derecha si se es zurdo). Realizar una ligera presión (disminuye la posibilidad de erección).
 - Con la mano dominante, colocar la base del colector sobre el glande y la deslizaremos suave y uniformemente hacia el extremo del pene. Es aconsejable dejar unos 2,5 cm entre el tubo de drenaje del colector y el pene.
 - Fijar el colector. Jamás debe usarse esparadrapo para fijar el colector, ya que este material no es expansible y puede causar constricción y reducción del flujo sanguíneo peneano.
 - Terminar conectando la bolsa de diuresis. Si el usuario del colector está encamado, sujetar la bolsa a la cama y si puede andar, a su pierna.

Cuidados posteriores

- Comprobar la integridad de la piel del pene a los 30 minutos de la colocación del colector.
- Cambiar el colector y evaluar el estado del pene mínimo cada 24 horas.

Sondaje vesical

- Consiste en la comunicación de la vejiga con el exterior a través de una sonda para permitir la salida de orina. Siempre ha de ser indicado por el personal médico y es el personal de enfermería quien se encarga de su colocación, mediante una técnica estéril.
- Existen diferentes tipos de sondas según el material, según el tamaño y según los orificios al exterior. La elección del tipo de sonda viene dada por el uso que se le vaya a dar y lo decide el personal sanitario.
- La más común como sistema de recogida permanente o temporal de orina es la de tipo foley de dos o tres vías.

Cuidados del sondaje vesical

- Lavar las manos antes y después de manipular la sonda o cada vez que se cambie el sistema colector de orina.
- Fijar el tubo de drenaje de la bolsa a la pierna de la persona permitiendo una movilidad adecuada. Evitar acodos u obstrucciones en el tubo de drenaje.

DISPOSITIVOS PARA LA ELIMINACIÓN DE ORINA

El sistema colector (las bolsas de recogida de orina)

- Explicar que la bolsa debe permanecer siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujo de la orina y el riesgo de infección.
 - Lavar la sonda periódicamente para mantenerla permeable.
 - Limpiar la zona genital cada 12 horas poniendo especial cuidado a la hora de aclarar y secar la zona.
 - Evitar desconexiones innecesarias de la sonda a la bolsa colectora para no aumentar el riesgo de infección. Es preferible utilizar los sistemas colectores que permiten vaciar la sonda sin tener que cambiarla.
 - Estar atentos a cualquier signo de infección urinaria: orina con sedimento, hematuria, dolor suprapúbico, fiebre, escalofríos... En caso de que alguno de estos síntomas aparezcan, se debe comentar al médico.
 - Cuando hay que pinzar la sonda se hará en el tubo de drenaje de la bolsa colectora y nunca sobre la propia sonda.
-
- *Sistema colector para la persona encamada*
Se pueden emplear cualquiera de los dos que se han descrito (abierto y cerrado). La capacidad de la bolsa es variable, aunque suele rondar los dos litros.
 - *Sistema colector para la persona que camina*
Este sistema se coloca en la pierna. Para ello, la bolsa presenta los siguientes elementos:
 - Cuatro ojales, dos en su parte superior y dos en su parte inferior.
 - Dos tiras elásticas de unos 50 cm de largo y 2 de ancho. A lo largo de la tira hay una serie de ojales y dos botones que están colocados en los ojales de uno de los extremos de la tira.Para sujetar la bolsa a la pierna se procede de la siguiente manera:
 - Introducir una de las tiras a través de los ojales de la parte superior de la bolsa y la otra a través de los ojales de la parte inferior.
 - Colocar la bolsa sobre la pierna.
 - Rodear la pierna con la tira colocada en la parte superior de la bolsa y sujetarla con los botones. Hacer lo mismo con la tira de la parte inferior de la bolsa.

ANEXO 4.

MANIOBRA DE CREDÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE ORINA

El presente Anexo recoge, si bien con ligeras adaptaciones, los contenidos referidos a la Maniobra de Credé que se describen en el artículo "*Clinical nursing skills and techniques*" de A.G. Perry y P.A. Perry (véase bibliografía).

MANIOBRA DE CREDÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA ORINA

La Maniobra de Credé (o de compresión manual de la vejiga) es un método por el cual se ejerce una presión suprapúbica durante la micción para facilitar el completo vaciado.

- Se realiza aplicando presión constante y sin fuerza de forma manual desde el ombligo hacia la parte más baja del abdomen, sólo hacia abajo, hacia la vejiga, tantas veces como sea necesario para desocuparla por completo.
- Puede utilizarse en personas que tengan lesiones de la neurona motora inferior, que resultan en una vejiga flácida (no refleja, débil). Una vejiga flácida no se desocupa apropiadamente usando sus músculos, sino que retiene orina y se filtra el exceso de ésta.
- No se recomienda para aquellas personas que tienen una vejiga refleja de la neurona motora superior, la cual se vacía con el uso de los músculos propios de la zona. Si una persona con este tipo de vejiga usa la maniobra de Crede, la orina puede pasar de la vejiga a los riñones a causa de la presión aplicada, lo que aumentará el riesgo de infección y daño a los riñones.
- La ventaja de esta maniobra es que no se necesita ningún equipo ni productos para llevarla a cabo.

ANEXO 5.

DISPOSITIVOS PARA LA ELIMINACION DE HECES EN PERSONAS OSTOMIZADAS

El presente Anexo recoge, si bien con ligeras adaptaciones, los contenidos referidos a los dispositivos para la eliminación de heces en personas ostomizadas que se describen en las recomendaciones de la Clínica Universidad de Navarra (<http://www.cun.es/area-salud/salud/cuidados-casa/cuidados-paciente-estoma-digestivo>) y de la "Guía práctica para personas ostomizadas" de la Fundación Ayúdate (véase bibliografía).

DISPOSITIVOS PARA LA ELIMINACION DE HECES EN PERSONAS OSTOMIZADAS

La **ostomía** es una apertura de una víscera al exterior, normalmente a la pared abdominal, para eliminar los residuos del organismo por un lugar distinto al natural. La nueva apertura o boca al exterior se realiza a través de una intervención quirúrgica y recibe el nombre de estoma. Su aspecto es rosado y su tamaño y forma puede variar después de la intervención. La principal función del estoma es la de permitir la salida de las heces y los gases al exterior. Estos residuos se recogerán en una bolsa recolectora que se sitúa alrededor del estoma.

Dispositivos para la eliminación de las heces a través del estoma

- Bolsas de una pieza: bolsa y disco forman una única unidad. Pueden estar abiertas o cerradas en la parte inferior y pueden tener un filtro o no tenerlo. Las cerradas están termoselladas, es necesaria una bolsa para cada utilización y se cambian cuando están por la mitad. En las abiertas, el extremo inferior está abierto para poder vaciar la bolsa, se cierran mediante una pinza, se cambian cada 24-48 horas y se vacían cuando están por la mitad.
- Bolsas de dos piezas: formadas por una placa que se adhiere a la piel y una bolsa que encaja en la placa. Pueden estar abiertas o cerradas en la parte inferior y pueden tener un filtro o no tenerlo. La abierta se vacía cuando lo precise, se cambia la bolsa cada 24-48 horas y el disco cada 3 ó 4 días. En la cerrada, la bolsa se cambia cuando está por la mitad y el disco cada 3 ó 4 días.

Elementos para la elección del tipo y sistema de bolsa

La elección del tipo de bolsa que conviene utilizar dependerá de los siguientes elementos:

- la consistencia de las heces;
- la frecuencia de los cambios que se precisen;
- lo resistente que sea la piel;
- la forma del abdomen, la situación del estoma y la zona que lo rodea;
- la habilidad y destreza para poder manejar el dispositivo.

Es fundamental que la bolsa elegida se ajuste perfectamente al estoma, no se despegue, que resulte cómoda, discreta y segura y no produzca lesión en la piel al retirarse.

**DISPOSITIVOS PARA LA ELIMINACION DE HECES
EN PERSONAS OSTOMIZADAS**

**Higiene y cambio
de dispositivos**

**Material
necesario para
la higiene del
estoma y el
cambio de bolsa**

- Dispositivo o bolsa de recambio.
- Bolsa de plástico para material sucio.
- Papel higiénico o pañuelos de papel.
- Toalla suave.
- Jabón neutro.
- Agua del grifo templada.
- Esponja suave.
- Tijeras curvas (si la bolsa no viene precortada).
- Espejo, si fuera necesario para verse el estoma.

**Pasos para
realizar el
cambio de bolsa**

1. Despegar el adhesivo de arriba a abajo con suavidad, sin dar tirones y sujetando la piel de alrededor del estoma con la otra mano.
2. Introducir el dispositivo ya usado en una bolsa o papelería para su deshecho y retirar los restos con papel higiénico.
3. Lavar el estoma sin frotar con agua y jabón. Se puede utilizar el mismo jabón que para el resto del cuerpo siempre que tenga un pH neutro.
4. Si se necesita cambiar la bolsa y no se dispone de agua y jabón, pueden emplearse toallitas limpiadoras y secarse con un pañuelo de papel.
5. No asustarse si el estoma sangra un poco. En este caso, lavar suavemente. Si persiste el sangrado, presionar ligeramente con la esponja humedecida en agua fría.
6. Aclarar y secar muy bien con una toalla limpia, dando suaves toques pero sin apretar ni frotar.
7. Comprobar la buena coloración de la piel y el estoma y que no se ha producido ningún cambio importante.
8. Si existe vello alrededor del estoma, recortarlo o eliminarlo con unas pinzas, pero nunca rasurarlo.
9. Recortar el diámetro (circunferencia) del disco adhesivo exactamente a la medida y según la forma del estoma.
10. Cuando el estoma no sea redondo, para ajustar el dispositivo se puede realizar una plantilla dibujando el estoma sobre un papel transparente y copiarlo en el dispositivo antes de recortarlo.

**Higiene
personal**

- La persona usuaria puede elegir entre ducharse con o sin bolsa, puesto que todos los dispositivos están preparados para mantenerse pegados a la piel aunque esta se moje:
- Si se ducha sin bolsa hay que evitar que el agua esté demasiado caliente y procurar que la presión del agua no sea muy fuerte.
 - Si se ducha con la bolsa hay que tener en cuenta que el agua puede estropear el filtro por lo que debemos taparlo con las pegatinas que se incluyen para tal fin.

DISPOSITIVOS PARA LA ELIMINACION DE HECES EN PERSONAS OSTOMIZADAS

Pautas para evitar problemas en la piel

- Intentar que las heces no entren en contacto con la piel.
- No raspar.
- No frotar.
- Despegar los adhesivos con delicadeza.
- Cortar el vello con tijera o pinzas, no rasurar.
- No usar alcohol, ni desinfectantes sobre el estoma.

ANEXO 6.

PAUTAS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS CAMBIOS POSTURALES MÁS FRECUENTES

El presente Anexo recoge, si bien con ligeras adaptaciones, los contenidos referidos a la realización de cambios posturales descritos en la "Guía para Familias Cuidadoras" de la Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica, de "Buenas Prácticas. La tarea de cuidar: Higiene postural, movilización y transferencias. Manual para el cuidador", de M.E. Ripol Muñoz (véase bibliografía).

PAUTAS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS CAMBIOS POSTURALES MÁS FRECUENTES

Pautas generales

Las pautas generales a tener en cuenta a la hora de poner en práctica los cambios posturales son las siguientes:

- Los cambios posturales deben realizarse a intervalos de tiempo concretos para que resulten eficaces.
- En personas encamadas, son necesarios cambios posturales cada 2-3 horas.
- En personas sentadas, se deben hacer movilizaciones cada 1-2 horas. Si las puede realizar por sí misma, se le enseñará cómo hacerlas para que las lleve a cabo cada 15 minutos.
- Es necesario conocer si existen limitaciones en la movilidad de la persona atendida.
- Al cambiar de posición, las articulaciones deberán moverse en toda su extensión.
- Las articulaciones se colocarán en ligera flexión.
- El momento de la realización de los cambios posturales es el mejor para valorar el estado de la piel y ver si existe enrojecimiento o no en alguna de las prominencias óseas. También es un momento adecuado para hacer masajes mediante movimientos circulares y siempre en dirección al corazón para favorecer la circulación.

Movilización hacia arriba de la silla o sillón

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

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

**PAUTAS PARA LA REALIZACIÓN DE
LOS CAMBIOS POSTURALES MÁS FRECUENTES**

**Movilización
hacia arriba de la
cama**

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

- Si la persona puede colaborar se necesita solamente la presencia de una persona de apoyo:
 - Colocarse a un lado de la cama.
 - Retirar las almohadas, sujetando la cabeza.
 - Pedir a la persona atendida que se sujete a la cabecera de la cama y que flexione las rodillas hasta apoyar los pies sobre el colchón. Indicar que apoye toda la planta de los pies, no sólo los talones.
 - Pasar el brazo más cercano a la cabecera de la cama por debajo del cuello de la persona atendida, llevándolo hasta el omóplato, para asegurar la estabilidad de su cabeza.
 - Colocar el otro brazo debajo de los muslos.
 - Posteriormente, llevar a la persona atendida hacia arriba de la cama, al tiempo que ésta empujará en el mismo sentido apoyándose en los pies. Se recomienda utilizar alguna expresión tipo “un, dos, tres...ahora”.
- Si la persona no puede colaborar en la movilización, pueden utilizarse procedimientos distintos, para los que se recomienda la ayuda de una segunda persona de apoyo.
 - Procedimiento en el que las dos personas de apoyo se sitúan al mismo lado de la cama:
 - Asegurarse de que el cuerpo de la persona tenga una correcta alineación; es decir, brazos extendidos y pegados al cuerpo y piernas juntas y extendidas.
 - La persona que esté más próxima a la cabecera de la cama, situará su brazo más cercano a la cabeza de la persona por debajo de su cuello, hasta llevarlo al hombro, y su otro brazo, por debajo de la zona lumbar.
 - La otra persona coloca uno de los brazos por debajo de los glúteos, y el otro brazo, por debajo de los muslos.
 - Una vez posicionadas, realizarán un movimiento al unísono hacia arriba de la cama.
 - Procedimiento en el que cada persona está a un lado de la cama
 - En este caso, las dos personas se colocan una frente a la otra.
 - Cada una coloca su brazo más cercano a la cabecera de la cama debajo del omóplato de la persona, y el otro brazo por debajo de los glúteos. Una vez posicionadas, realizarán un movimiento al unísono hacia arriba de la cama.

**PAUTAS PARA LA REALIZACIÓN DE
LOS CAMBIOS POSTURALES MÁS FRECUENTES**

- Procedimiento con uso de la entremetida (sábana doblada en su largo a la mitad y colocada bajo el cuerpo)
 - En este procedimiento, cada una de las dos personas de apoyo se coloca a un lado de la cama.
 - Cada una toma la esquina superior e inferior de la entremetida, por la parte situada en su lado de la cama.
 - A continuación, tiran suavemente de la sábana hacia arriba, desplazando a la persona hasta la posición deseada.

**Colocación en
decúbito lateral**

Para realizar esta movilización sólo es necesaria la presencia de una persona de apoyo, que se colocará en el lado de la cama hacia el que se va a volver a la persona. Para esta maniobra, se parte de la persona atendida tumbada boca arriba en la cama, que permanece en posición horizontal.

- Tomar el brazo de la persona atendida que queda más próximo y separar del cuerpo hasta formar un ángulo de unos 45º-, para evitar que, al finalizar la movilización, dicho brazo quede atrapado bajo el cuerpo.
- Flexionar el otro brazo de la persona sobre el abdomen y cruzar la pierna más alejada sobre la más cercana.
- Sujetar el hombro más alejado de la persona con una mano y la rodilla flexionada con la otra.
- La persona de apoyo tira del cuerpo de la persona hacia sí, quedando en posición lateral.

**Movilización
de posición
acostada a
posición
sentada**

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

- La persona de apoyo, con la espalda recta y las piernas flexionadas, se sitúa en el lado de la cama donde va a sentarse la persona.
- La persona de apoyo sitúa uno de sus brazos, el que esté más cerca de la cabeza de la persona, bajo su omóplato –hueso plano de la parte superior de la espalda, cerca del hombro–, y el otro, junto a la rodilla más alejada.
- Se realiza un suave tirón desde el omóplato –hueso plano de la espalda, cerca del hombro–, a la vez que se gira la mano que sujeta la rodilla hacia fuera, con lo cual, la persona queda ahora sentada sobre la cama.

PAUTAS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS CAMBIOS POSTURALES MÁS FRECUENTES

Movilización de posición sentada a posición de pie

Si la persona está sentada en la cama

- La persona de apoyo se sitúa frente a la persona atendida, para proporcionarle seguridad y protección, y coloca sus pies delante de los pies de la persona para que hagan de barrera en caso de que pudiera resbalar.
- Colocar los brazos en los omóplatos – huesos planos de la parte superior de la espalda, cerca de los hombros de la persona atendida, pasándolos por debajo de las axilas.
- Si puede colaborar, se le pide que se agarre a nuestros hombros.
- Se tira suavemente para elevar a la persona atendida.

Si la persona está sentada en un sillón o en una silla de ruedas

- La técnica a seguir es la misma que en el caso anterior, pero la persona de apoyo deberá flexionar más las rodillas; y la persona atendida deberá pasar sus brazos alrededor de la cintura del asistente agarrándose a éste.
- Si se trata de una silla de ruedas deberá tenerse la precaución de mantener activados los frenos de esta mientras se realiza la movilización.

Movilización de la cama a la silla de ruedas

- Primero, se coloca a la persona atendida sentada al borde de la cama siguiendo las técnicas indicadas. Es conveniente dejarla unos minutos en esta posición para evitar que se maree y se le mantendrá sujeto para prevenir que se caiga.
- Se coloca el sillón pegado a la cama y con el asiento mirando hacia la persona de apoyo. Si se trata de una silla de ruedas, esta se colocará en esa misma posición, tomando la precaución de activar el sistema de frenado de esta.
- Se levanta a la persona como se explicó en la técnica “de sentado a pie” y se gira el cuerpo de la misma hacia la silla, cuidando de que la rodilla de la persona que atiende apoye sobre las de la persona para evitar que se flexionen y caiga al suelo.
- Una vez situada sobre la silla, se le deja caer suavemente procurando que la espalda quede recta y apoyada sobre el respaldo de la silla.
- Es fundamental frenar la silla y retirar todo lo que estorbe (incluso, a veces los reposabrazos o los reposapiés cuando se va a levantar..).
- Las ruedas motrices de la silla (las pequeñas), deben estar alineadas con las otras, hacia delante. Así aumenta la estabilidad.
- Es fundamental comprobar que la persona queda en una posición segura y cómoda.

BUENAS PRÁCTICAS

En la atención a personas con discapacidad

Esta Guía sobre Cuidados Íntimos y cuidados personales se enmarca en el Proyecto Vivir Mejor, promovido por la Diputación Foral de Álava con la finalidad principal de contribuir a orientar a los servicios hacia un modelo de atención centrado en mejorar la calidad de vida de las personas a las que atienden.

Este modelo de atención se articula en torno a la paulatina incorporación, en los diferentes servicios, de los enfoques, conceptos y pautas de atención más avanzadas:

- Paradigma y Modelo de Apoyos.
- Planificación Centrada en la Persona.
- Concepto y dimensiones de Calidad de Vida.
- Apoyo Conductual Positivo.

Esta nueva visión conlleva el reto de adaptar las pautas de trabajo de quienes, como profesionales, intervienen en la atención a las personas con discapacidad, tanto cuando su función se centra en la planificación y en la intervención técnica, como cuando consiste en la organización, el funcionamiento y la atención cotidiana en los servicios. Implica así mismo, necesariamente, un cambio en las actitudes de todas las personas involucradas: sin duda, las de las y los profesionales, pero también las de las propias personas usuarias y sus familiares. Implica, en definitiva, un esfuerzo conjunto por vencer una natural resistencia al cambio.

Confiamos en que esta Guía de Buenas Prácticas, como el conjunto de los materiales formativos elaborados y consensuados en el marco del Proyecto Vivir Mejor, contribuya a ello.