

Técnico en Atención
a Personas
en Situación
de Dependencia

Características y necesidades de las personas en situación de dependencia

José Ramón Campos
Dompedro



Sociedad Española de
Geriatria y Gerontología

ARÁN

Autores

Coordinador

José Ramón Campos Dompedro

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid. Doctor en Medicina (calificación: sobresaliente *cum laude*). Máster en Gerontología Social. Universidad Autónoma de Madrid. Máster en Médico Valorador del Daño Corporal. Diplomado en Sanidad. Dirección General de Planificación, Formación e Investigación de la Comunidad de Madrid. Diplomado en Medicina de Residencias. Miembro de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología perteneciente a la Junta de la Sociedad Madrileña de Geriatria y Gerontología. Profesor. Universidad Autónoma de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Leganés. 1992-2010. Profesor del Máster de Gerontología Social de la Universidad Autónoma de Madrid. 1997-2002. Máster Universitario en Dirección y Gestión de Programas y Centros Gerontológicos Socio-sanitarios en la Escuela Nacional de Sanidad. 1998-2002. Profesor docente del Centro Universitario La Salle de Madrid, titulación Terapia Ocupacional, asignatura Geriatria y Neurología. 2003-2006. Director de residencias de personas mayores. 1992-1997. Responsable de la Dirección de Atención Residencial y Dirección de Negocio hasta el año 2010. Jefe de la Dirección de Negocio. Centros médicos MAPFRE Salud. MAPFRE, Majadahonda. Madrid

Autores

José Ramón Campos Dompedro

Médico geriatra. Doctor en Medicina (calificación: sobresaliente *cum laude*). Máster en Gerontología Social. Dirección de Negocio. Centros médicos MAPFRE Salud. Majadahonda, Madrid

Ana M.ª Fernández Rodríguez

Trabajadora Social. Servicio de Geriatria. Hospital Central de La Cruz Roja "San José y Santa Adela". Madrid. Postgrado en Dirección de Servicios Sociales

M.ª Isabel García Matarranz

Coordinación de Centros de Discapacidad Intelectual. Agencia Madrileña de Atención Social. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Madrid

M.ª Elena Mielgo Martínez

Coordinación de Centros de Discapacidad Intelectual. Agencia Madrileña de Atención Social. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Madrid

Primitivo Ramos Cordero

Licenciado en Medicina y Cirugía. Médico Geriatra. Secretario General de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Coordinador Asistencial de Agencia Madrileña de Atención Social, Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid

Julia Cristina Sacedo Gómez

Psicólogo. Técnico de Proyectos. ILUNION Sociosanitario. Madrid

M.ª Antonia Valle Martín

Trabajadora Social. Hospital Central de la Cruz Roja "San José y Santa Adela". Servicio de Geriatria. Madrid

Índice

Capítulo 1

Caracterización del concepto de autonomía personal	15
1. Conceptos básicos de psicología: ciclo vital, procesos cognitivos, emocionales y conductuales	16
2. Autonomía y dependencia.....	25
3. Habilidades de autonomía personal	31
4. Promoción de la autonomía personal. Procesos básicos y factores influyentes.....	32
5. Alteraciones emocionales y conductuales asociadas a la pérdida de autonomía	35
6. Valoración de la prevención y la promoción de la autonomía personal como estrategia de actuación frente a la dependencia	39
7. Sensibilización acerca de la importancia de respetar la capacidad de elección de las personas en situación de dependencia.....	41
8. Papel del entorno familiar en el ámbito de la autonomía personal y la dependencia	43

Capítulo 2

Clasificación de los procesos de envejecimiento	53
1. El proceso de envejecimiento	54
2. Cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento	58
3. Incidencia del envejecimiento en la calidad de vida y la autonomía de la persona mayor	67
4. Evolución del entorno socioafectivo y de la sexualidad de la persona mayor	69
5. Patologías más frecuentes en la persona mayor.....	75
6. Identificación de las necesidades especiales de atención y apoyo integral de las personas mayores	88
7. Indicadores de deterioro personal y social en la persona mayor.....	93
8. Calidad de vida, apoyo y autodeterminación en la persona mayor.....	99
9. Apoyo y orientación a los cuidadores no profesionales de las personas mayores	100
10. El proceso de adaptación de la persona mayor al servicio de atención y a los profesionales que lo atienden. Conductas y comportamientos característicos	104
11. Sensibilización hacia las repercusiones del envejecimiento en la vida cotidiana de las personas mayores y su entorno	107
12. El respeto a la capacidad de autodeterminación en las personas mayores	111

Capítulo 3

Reconocimiento de las características de las personas con discapacidad	125
1. Concepto, clasificación y etiologías frecuentes.....	126
2. Evolución de los modelos de la discapacidad: modelo de la prescindencia, rehabilitador, social, de la diversidad	135
3. Identificación de las características y necesidades de las personas con discapacidad.....	140
4. Discapacidad, autonomía y niveles de dependencia. Influencia de los diversos tipos y niveles de discapacidad en la vida cotidiana de las personas afectadas. Tipos de apoyo	144
5. Influencia de las barreras físicas en la autonomía de las personas con discapacidad.....	151
6. Promoción de la autonomía en las personas con discapacidad	156
7. Vida Independiente: concepto (perspectiva filosófica, sociopolítica, económica) y el marco legal	162
8. Calidad de vida, apoyo y autodeterminación de la persona con discapacidad ..	169
9. Apoyo y orientación a las personas del entorno de la persona con discapacidad	174
10. La perspectiva de género en la discapacidad	177
11. Participación y discapacidad	181
12. Sensibilización acerca de la incidencia de la discapacidad en la vida cotidiana de las personas afectadas y su entorno.....	186

Capítulo 4

Descripción de las enfermedades generadoras de dependencia	203
1. Conceptos fundamentales: dependencia y enfermedad.....	204
2. Situaciones de dependencia asociadas a enfermedades crónicas o degenerativas	210
3. Identificación de las características y necesidades en situaciones de enfermedad y convalecencia.....	211
4. Las personas con enfermedad mental. Principales trastornos. Influencia de la enfermedad en el estado emocional y la conducta de la persona	235
5. Apoyo y orientación a los cuidadores no profesionales de la persona enferma	240
6. Calidad de vida y necesidades de apoyo de las personas en situación de dependencia por enfermedad	241
7. Sensibilización hacia las repercusiones de la enfermedad en las personas que las padecen y su entorno	243
 Soluciones “Evalúate tú mismo”	 254

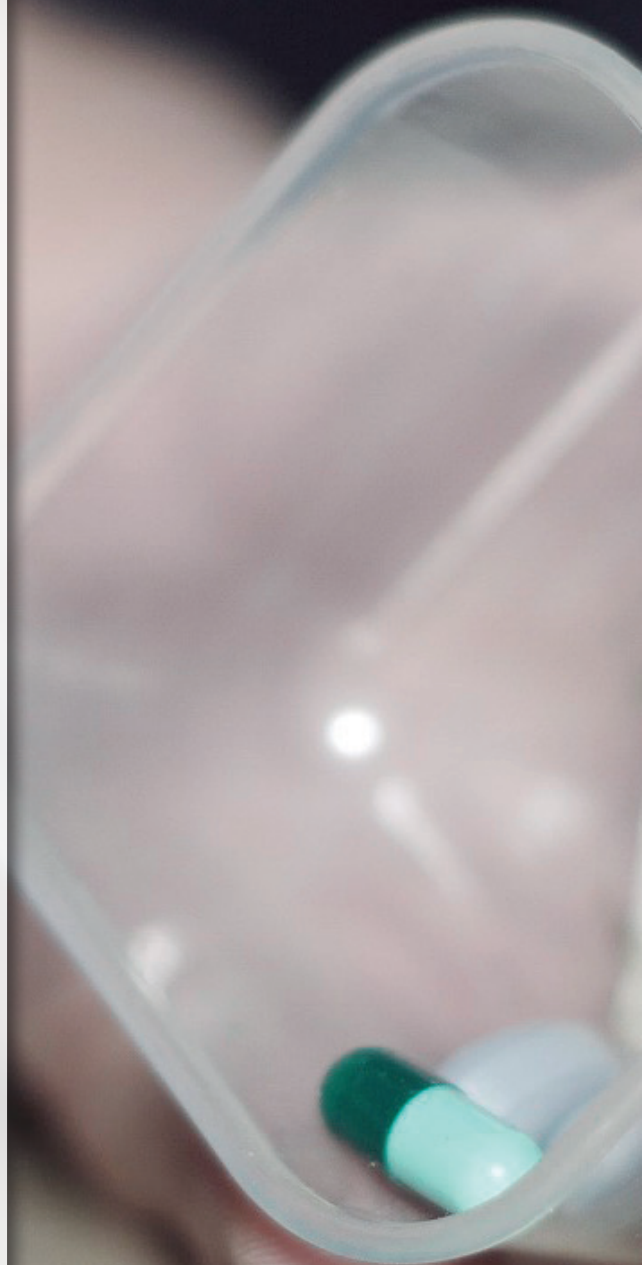


DESCRIPCIÓN DE LAS ENFERMEDADES GENERADORAS DE DEPENDENCIA

Primitivo Ramos Cordero

Sumario

1. Conceptos fundamentales: dependencia y enfermedad
2. Situaciones de dependencia asociadas a enfermedades crónicas o degenerativas
3. Identificación de las características y necesidades en situaciones de enfermedad y convalecencia
4. Las personas con enfermedad mental. Principales trastornos. Influencia de la enfermedad en el estado emocional y la conducta de la persona
5. Apoyo y orientación a los cuidadores no profesionales de la persona enferma
6. Calidad de vida y necesidades de apoyo de las personas en situación de dependencia por enfermedad
7. Sensibilización hacia las repercusiones de la enfermedad en las personas que las padecen y su entorno



La vejez es un periodo de nuestra vida donde se producen numerosos cambios, tanto desde el punto de vista físico como psicológico y social. Comprender estos **cambios** y diferenciar los que pueden tener que ver con un **envejecimiento fisiológico** o ser consecuencia de una **enfermedad** nos va a ayudar a tomar mejores decisiones, a prestar mejores cuidados.

Cada órgano o sistema del cuerpo humano cuando envejece presenta unas características diferentes a las que tiene en edad adulta. Las enfermedades de las personas mayores son producto de este envejecimiento, y su presentación y gravedad dependerán del impacto que sobre nuestro organismo provoquen **diversas variables relacionadas** entre sí (genéticas, ambientales, económicas, biológicas, etc.).

Conocer las enfermedades de las personas mayores nos va a ayudar a prevenirlas, a detectar precozmente su aparición, a evitar complicaciones y a saber tratarlas mejor. Por ello el **conocimiento de las enfermedades** de las personas mayores cobra una especial importancia en el **cuidado profesional** del personal auxiliar.

I. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

I.1. El concepto de envejecimiento

La vejez se ha relacionado durante mucho tiempo con involución, deterioro y enfermedad. Sin negar la evidencia de que cuando envejecemos somos más vulnerables a padecer ciertas enfermedades y, por la propia evolución, nuestros tejidos y órganos sufren un deterioro asociado a la edad, es importante destacar los matices y conceptos relacionados con el **envejecimiento** y que no tienen que estar relacionados directamente con **dependencia**. Últimamente han aparecido conceptos como **envejecimiento saludable o envejecimiento activo** que refuerzan el aspecto positivo de la vejez.

Existen numerosas definiciones del **proceso de envejecimiento**, quizás la más extendida sea la de “**el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los órganos vivos**”.

Esta definición contempla un **fenómeno genérico** que no indica en qué momento se inicia. En general, se considera que se inicia al finalizar la fase de crecimiento y madurez de los individuos. Al principio sus efectos son imperceptibles y van siendo más visibles con el paso del tiempo. Otros autores señalan que el envejecimiento comienza cuando nacemos.



RECUERDA QUE

Vejez no es igual a enfermedad.



Figura 2. Esperanza de vida saludable a los 65 años. Fuente: Boletín En Red Número 15, enero 2017. "Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos".

tener un fuerte impacto emocional en las personas. Las **situaciones de dependencia** impactan en nuestro proyecto de vida y generan **consecuencias** de distinto tipo tanto en la propia persona dependiente como en su entorno familiar-cuidador.

Los avances científicos y técnicos en el conocimiento de la dependencia y de las situaciones de discapacidad, el reconocimiento de los derechos de las personas que se encuentran en esta situación y la propia reflexión sobre los modelos de atención profesional han hecho que se reconsideren los conceptos de discapacidad y dependencia en términos ligados a objetivos de la **mejora de la calidad de vida** de las personas. Como profesionales que vamos a vernos implicados en la atención a estas personas en situación de dependencia,

necesitamos conocer cómo influyen estas situaciones en el **ciclo vital**, siendo necesario para ello profundizar en la definición de conceptos fundamentales referidos al bienestar personal y el ciclo vital.

1.1. Psicología del desarrollo y ciclo vital

En el desarrollo de nuestra vida, las personas atravesamos diferentes fases, con características y necesidades comunes, que van cambiando a lo largo de nuestra trayectoria vital. Aunque cada persona es única y destaca por su individualidad, podemos distinguir distintos **momentos comunes** para todos en el ciclo vital de las personas.

El **ciclo vital** se puede definir como las etapas por las que pasa una persona desde que nace hasta que muere. Un modo de explicar qué se entiende por ciclo vital es a partir de la noción de **tarea evolutiva** propuesta por Havinghurst (1972), que define las tareas evolutivas como un **reto, objetivo o meta** que la sociedad espera que la persona cumpla en determinados intervalos de edad.

Existen distintas **teorías o corrientes** que buscan describir el ciclo vital y que tienen en común que todas ellas muestran interés por lograr un



marco integrador de todas las etapas del desarrollo. Podemos hablar de psicología del ciclo vital como aquella que se refiere a toda la familia de perspectivas evolutivas que describen y explican el desarrollo a lo largo de toda la vida desde un punto de vista contextual y sociocultural.

Podríamos señalar que estas teorías tienen en común tres características o condiciones fundamentales:

- › **Énfasis en el contexto y la cultura.**
- › **Énfasis en el papel de cada persona como productor de su desarrollo.**
- › **Énfasis en la plasticidad y adaptación, incluso en la etapa del envejecimiento,** alejándose de un enfoque que la entiende como una etapa donde únicamente está presente el declive, y apostando por destacar el desarrollo de las ganancias y el aprendizaje acumulado que permite compensar pérdidas en los últimos años de la vida (Figura 3).



Figura 3. Ciclo vital.

Prestar atención al ciclo vital o ciclo de vida atendiendo a estas tres características permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir o cambiar estas en las distintas etapas del desarrollo humano. Estudiar y diseñar atenciones desde un modelo de ciclo vital que asume las tres condiciones anteriores nos permite afirmar que **las experiencias se acumulan a lo largo de la vida**, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad menor, entre otros.

En la actualidad, el **envejecimiento** es entendido como una etapa vital más, con características propias y necesidades particulares.



El ciclo vital puede entenderse como la evolución de diferentes etapas del desarrollo.



Entre las personas existen diferencias individuales por su historia de vida, cultura y/o contexto social donde se desarrollan, lo que dificulta determinar claras diferencias entre las “barreras de edad”.

con mayor frecuencia enfermedades como la diabetes (por mayor resistencia de la insulina a nivel de tejidos periféricos), enfermedades del tiroides (por alteraciones en la glándula y la secreción de hormonas).

2.1.9. Sistema inmune

La **inmunidad** del anciano presenta cambios que se traducirán en efectos clínicos mediados por su respuesta frente a los agentes infecciosos. Estos cambios se traducen en un aumento de la tasa de infecciones y alteraciones autoinmunes.

2.1.10. Sangre y coagulación

Aunque la **anemia** se asocia al envejecimiento, una adecuada nutrición y la ausencia de patologías que conlleven a esta condición deberían evitar la aparición de esta enfermedad.

2.1.11. Sistema cardiovascular

A nivel del **sistema cardiovascular** es sumamente difícil discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas patologías que se manifiestan a través de los años (Figura 8).

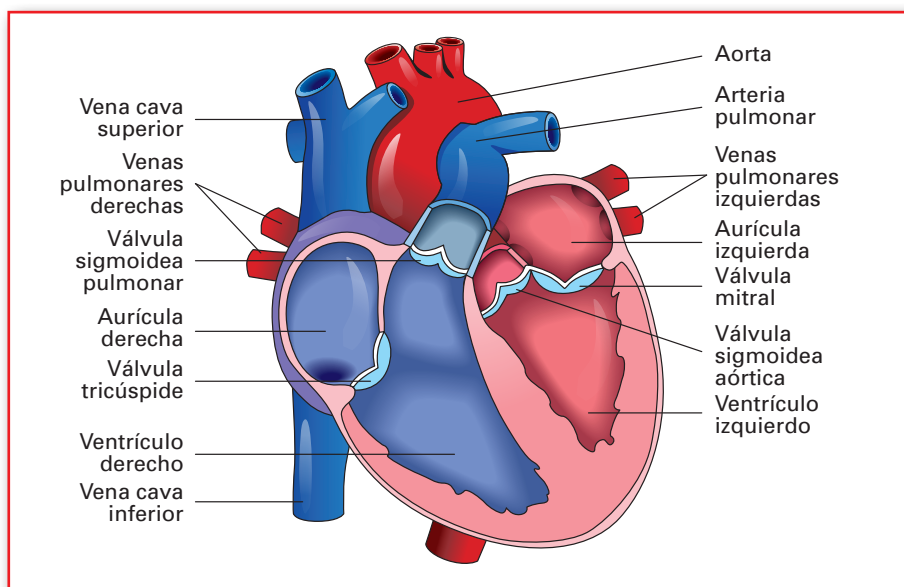


Figura 8. Partes del corazón.

El **corazón** aumenta su tamaño y peso, presentando aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica aumentada del adulto mayor.



RECUERDA QUE

En las personas mayores existe una alteración en el reflejo de la sed, disminuyendo la sensación de sed y, por tanto, de la demanda de agua. Por esta razón debemos insistir a la persona mayor para que beba líquidos aunque no tenga sed.



RECUERDA QUE

La anemia, si bien puede ser más frecuente en las personas mayores, no está condicionada por el envejecimiento.

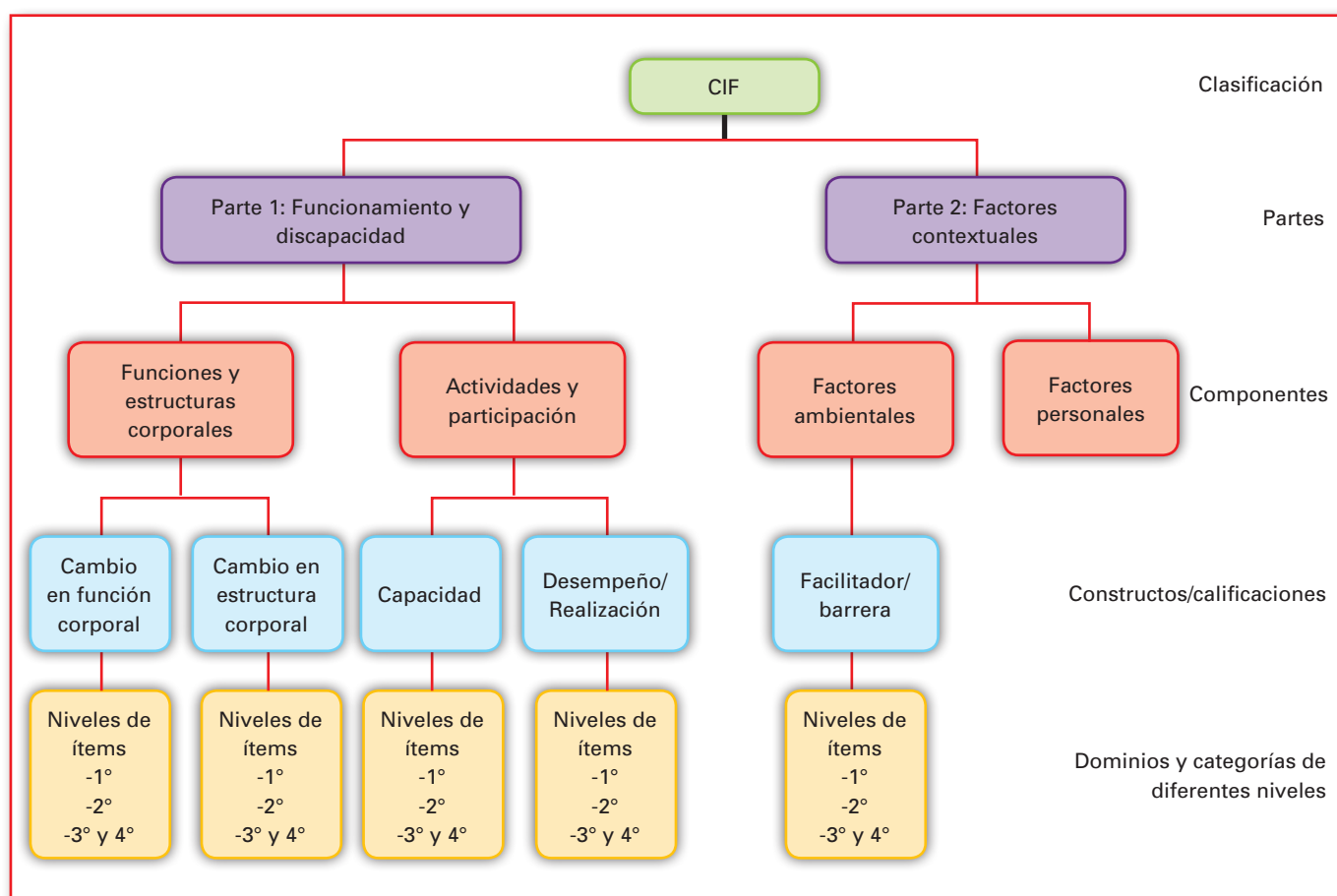


Figura 2. Estructura de la CIF. Fuente: Imagen procedente de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Organización Mundial de la Salud (2001). Ed. Española Instituto de Migraciones y Servicios sociales (IMSERSO).

**RECUERDA QUE**

Según el modelo médico-rehabilitador, las personas deben ser curadas por la ciencia y rehabilitadas para ser incluidas en la sociedad.

Los modelos anteriores situaban las causas de la discapacidad en características del individuo, sean de origen religioso, o después científico, pero surge un nuevo modelo, el **modelo social**, que sin negar que existe un aspecto de posibles limitaciones en el individuo, incluidos aspectos médicos, entiende que estas suponen discapacidad en función del **contexto social**, que el problema es que la sociedad no presta los servicios adecuados para que estas personas sean tenidas en cuenta convenientemente. Se considera que todas las personas pueden aportar algo a la sociedad y que ello depende de la **inclusión social** y la aceptación de la diferencia. En consecuencia, la forma de abordar el problema no consiste en buscar soluciones dirigidas al individuo, sino a la sociedad, proponiendo la **normalización** de manera que el contexto social pueda atender las necesidades de todos los individuos. Si se eliminan barreras sociales y se solucionan las dificultades de accesibilidad, muchas de las discapacidades no serían tales, las personas serían **capaces** de alcanzar objetivos que en caso contrario no podrían. El modelo entiende que la atención sanitaria y la ciencia pueden ayudar y aportar soluciones en el ámbito médico, pero también la **sociedad** debe promover la igualdad de oportunidades en la participación de todos los ciudadanos, evitar las desventajas, la discriminación y, por supuesto, la marginación.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Según el modelo de Vida Independiente o social, la discapacidad depende de las demandas de la sociedad, por tanto si las personas con discapacidad cuentan con las herramientas necesarias pueden participar plenamente de ella.



El **modelo de la diversidad** parte de la base de que la diversidad es un valor inherente a la humanidad y, como tal, se debe valorar, aunque la diferencia en algunas personas sea a causa de que su cuerpo u órganos de su cuerpo funcionen de manera diferente a la habitual.

En este sentido, el modelo propone abandonar el concepto de capacidad/discapacidad como manera de percibir y describir una realidad humana y sustituirlo por el de **diversidad funcional**. Asimismo plantea que el término deficiencia sea sustituido por el de **diferencia orgánica** o **diferencia funcional**, con el fin de eliminar así la carga negativa que encierran estos conceptos.



En los modelos anteriores la discapacidad supone una desventaja social; en este no es una desventaja sino una **diferencia**.

Porcentaje de personas con discapacidad reconocida en el año 2014

TABLA 1

Personas con grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.

Distribución por sexo según tipos de primera deficiencia (*) que concurre

Sexo		Osteoarticular	Neuromuscular	Enfermedad crónica	Intelectual	Mental	Visual	Auditiva	Expresiva	Mixta	Otras	Total
Hombres	Absol.	352.666	157.644	276.199	147.353	225.999	93.247	81.233	10.830	30.751	27.360	1.403.282
	%	25,13 %	11,23 %	19,68 %	10,50 %	16,11 %	6,64 %	5,79 %	0,77 %	2,19 %	1,95 %	100,0 %
Mujeres	Absol.	444.607	134.994	238.833	109.073	228.501	108.487	82.394	3.626	41.337	18.458	1.410.310
	%	31,53 %	9,57 %	16,93 %	7,73 %	16,20 %	7,69 %	5,84 %	0,26 %	2,93 %	1,31 %	100,0 %
Total	Absol.	797.273	292.638	515.032	256.426	454.500	201.734	163.627	14.456	72.088	45.818	2.813.592
	%	28,34 %	10,40 %	18,31 %	9,11 %	16,15 %	7,17 %	5,82 %	0,51 %	2,56 %	1,63 %	100,0 %

(*) En la discapacidad de una misma persona puede concurrir más de una deficiencia.

GRÁFICO 1: MUJERES

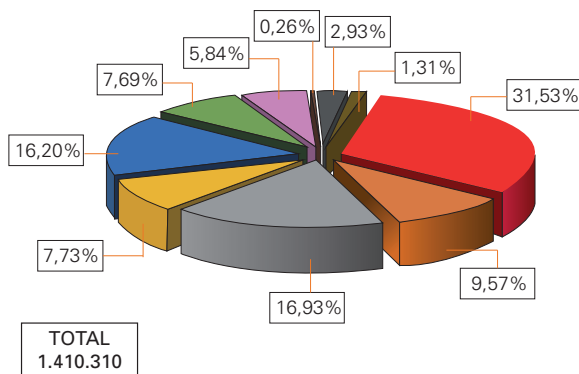
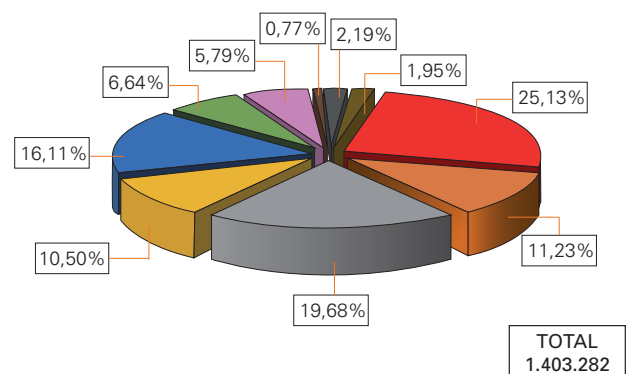


GRÁFICO 2: HOMBRES



■ OSTEOARTICULAR
 ■ NEUROMUSCULAR
 ■ ENF. CRÓNICA
 ■ INTELECTUAL
 ■ MENTAL
 ■ VISUAL
 ■ AUDITIVA
 ■ EXPRESIVA
 ■ MIXTA
 ■ OTRAS

Estas prácticamente se distribuyen al 50 % entre hombres y mujeres, si bien hasta los 45 años es más predominante en hombres y, a partir de los 45 años, se invierte hacia las mujeres, tanto más cuanto más avanza la edad, debido a la sobremortalidad masculina y a la mayor expectativa de vida femenina. El 42,50 % de las personas discapacitadas son mayores de 65 años (Tabla 1).

Los principales problemas de salud generadores de dicha discapacidad corresponden a la esfera osteoarticular (28,34 %), enfermedades crónicas cardíacas, respiratorias, renales, etc. (18,31 %), mental (16,15 %), nervioso y muscular (10,40 %), intelectual (9,11 %), visual (7,17 %), auditiva (5,82 %) y otras (Figura 3).

Si nos centramos en el nivel de enfermedad como origen de la discapacidad, encontraremos que las más frecuentemente son las



*Previo a la
discapacidad y
dependencia hay
una enfermedad
o enfermedades
generalmente
crónicas responsables
de las mismas.*

**RECUERDA QUE**

En España hay 2.813.592 personas con una discapacidad ≥ 33 %.

El 42,5 % de las personas discapacitadas son mayores de 65 años.

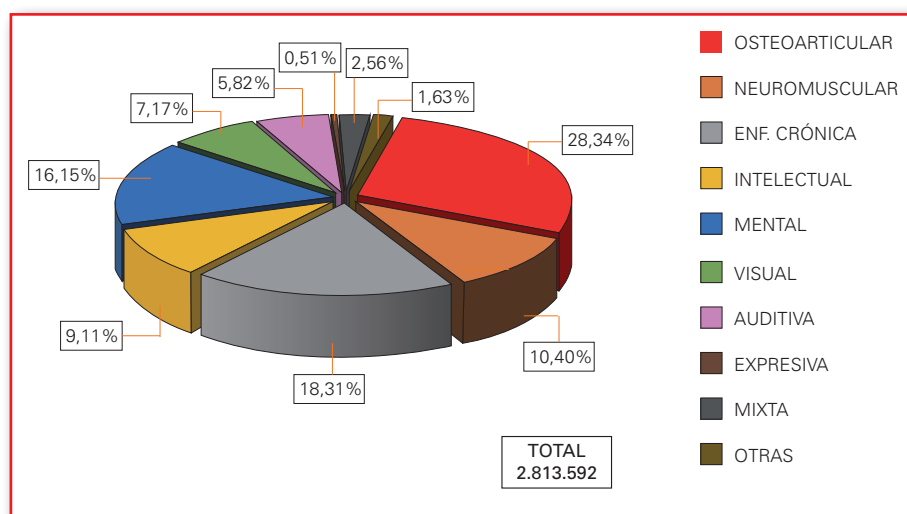


Figura 3. Principales problemas de salud generadores de discapacidad.

osteoaarticulares (artrosis, artritis y osteoporosis), **neurológicas** (demencias, enfermedad de Parkinson, ictus, etc.), **neurosensoriales** (cataratas, glaucoma, degeneración macular, sordera, etc.), las **enfermedades de órgano** (cardíaca, respiratoria, renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.), **mentales** (depresión, psicosis, etc.), **accidentes, caídas y fracturas**.



Las

enfermedades más discapacitantes son: osteoaarticulares, como artrosis, osteoporosis, etc. (28,34 %); de órgano, como cardíacas, respiratorias, renales, etc. (18,31 %); mentales (16,15 %); neuromusculares (10,40 %); e intelectuales (9,60 %).

1.1. Desde la discapacidad a la dependencia

La **dependencia** es un estado en el que se encuentran las personas que, debido a la edad, enfermedad o discapacidad, presentan una **pérdida o ausencia de autonomía física**, psíquica, intelectual o sensorial, y como consecuencia de las cuales precisan **atención o apoyos** de otras personas para la realización de las **actividades de la vida diaria**.

Es cierto que algunas personas que presentan estos **criterios** son capaces de sobreponerse y adquirir un grado de autonomía más o menos completo a través de los apoyos (instrumentos, ayudas técnicas, etc.) y **formación pertinente** (por ejemplo, una persona en silla de ruedas en un entorno sin barreras arquitectónicas puede llegar a adquirir un alto grado de autonomía; una persona ciega bien entrenada en el manejo del bastón, braille, ayudas técnicas visuales, etc., puede alcanzar un alto grado de autonomía, etc.).

Desde la **autonomía** hasta la **dependencia** existe un amplio camino que recorrer, que mayoritariamente se produce durante un tiempo dilatado. No obstante, en ocasiones, ante procesos agudos (ictus con

masturbaciones, etc.), buscando más la comunicación humana que el puro placer. Por ello, habría que aceptar como normales en las personas mayores ciertos cambios en el patrón sexual, tales como una reducción en el número de coitos y un aumento proporcional de otras actividades sexuales como los tocamientos, las caricias, los ratos de intimidad emocional, las relaciones de compañía o las masturbaciones.

► **Estreñimiento.** Se denomina como tal a la **disminución en número y en volumen de las deposiciones**. Generalmente es la emisión de heces, con un intervalo mayor de 72 horas, con heces duras y habitualmente con dificultad para su expulsión.

Esta o cualquier otra definición que utilicemos hay que aplicarla a cada persona de forma independiente, de acuerdo con sus hábitos intestinales previos, los cambios en la frecuencia y ritmo de sus deposiciones y el esfuerzo que tiene que realizar para su expulsión aunque defeque con regularidad.

Lo más determinante para prevenir el estreñimiento es la **movilidad**, estar adecuadamente hidratado y llevar una dieta rica en fibra, además de evitar determinados medicamentos que inducen al estreñimiento como los sedantes, analgésicos, etc. Por ello, podemos dar los siguientes consejos:

- **Tomar alimentos ricos en fibra** (fruta, verdura y legumbres) que pueden suplementarse con fibra dietética, pan integral o cereales integrales. Insístale para que beba de 1,5 a 2 litros de agua al día.
- **Evitar medicamentos y alimentos que estreñen:** chocolates, arroz, zanahoria, plátano, membrillo, compota de manzana, etc. (Figura 8).
- **Realizar ejercicio físico** adaptado a su edad y condición física.
- **Ir al baño regularmente** (10 minutos después del desayuno o de la cena), dedicando el tiempo que precise.
- **Consultar a su médico si no cede el estreñimiento**, quizás sea preciso prescribir un laxante.



Figura 8. Alimentos ricos en fibra.



Las personas mayores conservan su sexualidad. La sexualidad va más allá de lo biológico. Existen otras formas de expresión de la sexualidad en los mayores.



El estreñimiento disminuye el número y volumen de las heces, con emisión de heces duras y dificultad en la expulsión. Movilidad, líquidos, dieta rica en fibra y control de medicamentos son los consejos más determinantes para un buen ritmo intestinal.

RESUMEN

- ✓ En este capítulo, el alumno va a comprender las **características más importantes del envejecimiento** y cómo repercute en la persona mayor. Su comprensión servirá para entender el proceso de envejecimiento, conocer los cambios y actuar en consecuencia ante una situación que debe ser vista desde la normalidad.
- ✓ El alumno conocerá los **principales cambios que se producen en los diferentes sistemas y órganos**, entendiendo la aparición de enfermedades o complicaciones producidas por este envejecimiento. Por otra parte, relacionará lo que significa el envejecimiento para la persona y su relación con la situación de enfermar, su **entorno psicoafectivo y la esfera de la sexualidad**. Conocerá también las **enfermedades más frecuentes en la persona mayor**, las **consecuencias relacionadas con la dependencia** y el **papel que como profesionales** debemos tener para actuar de una manera correcta. La **identificación de signos de alarma** relacionados con las enfermedades, la búsqueda de estas señales y su información y transmisión a cuidadores no profesionales permiten adelantarnos a la aparición de complicaciones, agravamiento de enfermedades y, en consecuencia, garantizar una mejor calidad de vida.
- ✓ Como profesionales debemos conocer los **indicadores de deterioro personal y social**, y cómo influyen todas las áreas en el contexto de la persona mayor para que el envejecimiento sea más saludable. La situación de la persona mayor y su envejecimiento conllevan una adaptación a su entorno y a necesidades de cuidado que el alumno identificará, además de entender su papel en la formación de los cuidadores no profesionales y familiares en el cuidado de la persona dependiente.
- ✓ El alumno aprenderá también el **concepto de autodeterminación y autonomía**, y cómo deben tenerse en cuenta ante cualquier actividad que realicemos con las personas mayores. Basado en el **principio anterior**, se insistirá en el **principio de respeto a las decisiones de las personas dependientes** en la relación profesional que tengamos con ellas. Entender los conceptos anteriores nos permite comprender las **necesidades y demandas** de la población mayor y



EJERCICIOS

- » E1. Intenta describir tres características comunes de un bebé menor de 1 año, de un adolescente y de una persona mayor de 80 años.
- » E2. Piensa en dos personas mayores de 65 años que conozcas. Intenta identificar tres diferencias con respecto a su estado de salud o características físicas, diferencias con respecto a su personalidad y/o estado de ánimo y/o gustos o aficiones.
- » E3. Imagina una persona de 45 años que ha sufrido un accidente cerebrovascular sobrevenido. Hasta ese momento esta persona no presentaba ningún problema físico ni funcional, encontrando a partir del ACV parálisis de miembro superior e inferior derecho, así como dificultad para producir habla, siendo necesario el apoyo y ayuda de terceras personas para el desarrollo de actividades tan básicas como alimentarse, asearse y desplazarse en silla de ruedas, que tiene que utilizar ahora como consecuencia del ACV. Lista las emociones que puede sentir a raíz de este cambio en su vida.



[http://www.madrid.org/cs/Satellite?
c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142623330893&pagename=PortalSalud%2F
PTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142623330893&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro)

- » E4. La ansiedad y la depresión son síntomas emocionales que se presentan en las personas mayores fruto del declive y cambios asociados al proceso de envejecimiento. Consulta bases de datos que permitan concluir sobre cifras aproximadas de estas consecuencias en esta población.



<http://www.who.int/topics/ageing/es/>



EVALÚATE TÚ MISMO

1. ¿Cuál de las siguientes características no es típica en la forma de enfermar de las personas mayores dependientes?:

- ☐ a) Pluripatología o coexistencia de varias enfermedades.
- ☐ b) Cronicidad o prolongación en el tiempo de las enfermedades.
- ☐ c) No influyen en la capacidad funcional.
- ☐ d) Presentación atípica o inespecífica.

2. Entre los síntomas inespecíficos en la presentación de las enfermedades de los mayores y personas dependientes, se encuentran todos menos:

- ☐ a) Confusión y mareo.
- ☐ b) Dificultad para la deambulaci3n y caídas.
- ☐ c) Dependencia funcional.
- ☐ d) Todos son síntomas inespecíficos.

3. Abordar el cuidado de una persona mayor dependiente en domicilio implica cambios en:

- ☐ a) El cuidador y la persona mayor.
- ☐ b) La comunicaci3n.
- ☐ c) La familia, núcleo de convivencia, relaciones sociales y vivienda.
- ☐ d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

4. Entre las se1ales físicas de sobrecarga en el cuidador principal no se encuentra:

- ☐ a) Cansancio y falta de apetito.
- ☐ b) Alteraciones de sue1o.
- ☐ c) Soledad y sentimiento de aislamiento.
- ☐ d) Dolores musculares.

5. Señale lo verdadero respecto al cuidador principal:

- ☐ a) No suelen presentar problemas de salud cuando el cuidado es prolongado.
- ☐ b) Es la persona que asume la responsabilidad de cuidar y la supervisi3n de los cuidados.
- ☐ c) No es necesario informarse y formarse ni planificar el cuidado.
- ☐ d) Cuidar no supone un cambio en la vida diaria del cuidador.

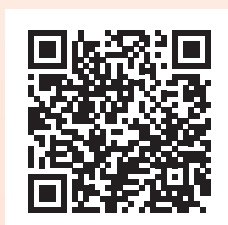
6. Señale lo verdadero respecto al rol del cuidador:

- ☐ a) Permanece invariable a lo largo del tiempo.
- ☐ b) La intensidad y duraci3n de los cuidados no son factores determinantes.
- ☐ c) La institucionalizaci3n supone el final de la dedicaci3n al cuidado de la persona mayor.
- ☐ d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.



SOLUCIONES

EVALÚATE TÚ MISMO



http://www.aranformacion.es/_soluciones/index.asp?ID=25