



Número 81 2017

Revista semestral

Dossier

Acompañar a las personas con discapacidad durante el proceso de envejecimiento

Separata

La eutanasia a debate desde una perspectiva jurídico-médica


Actualidad

El camino para tomar algunas decisiones es la bioética

Certamen FAE

El reto de detectar el maltrato psicológico infantil a través de la teoría del apego

OFERTA FORMATIVA 2017

El cuidados a la madre  y al neonato por parte del TCE en la Unidad de Ginecología y Obstetricia, las enfermedades nosocomiales, o la atención al paciente psiquiátrico, son sólo algunos de los títulos del **nuevo programa formativo que la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería ha sacado para el año 2017.**

Este nuevo catálogo incluye cursos para Técnicos en Cuidados de Enfermería y Técnicos en Farmacia.

Puedes consultar todos los títulos en la página web de FAE,
www.fundacionfae.org



Editorial

Dedicamos el dossier de este número a una realidad sanitaria que todos debemos empezar a tener presente y que, hasta ahora, era poco habitual: el envejecimiento de las personas con discapacidad.

Si bien es cierto que no hace mucho la esperanza de vida de las personas con discapacidad no superaba los 30 años, y este hecho hace que se trate de un fenómeno relativamente reciente del que la sociedad tiene un vago conocimiento, es una situación que ha empezado a cambiar.

Los avances técnicos y sanitarios, las mejores condiciones sociales y el desarrollo experimentado en los últimos años, aunque es evidente que no en todos los países en la misma medida, han permitido una mejora de la calidad y condiciones, así como un aumento en la esperanza de vida de todos los individuos, con independencia de su capacidad intelectual.

Cada individuo tiene su forma particular de envejecer en función de sus diferentes características personales y sociales. Esto es así, con independencia de que una persona llegue a los 65 años con una determinada discapacidad, aunque conviene matizar que la mayoría de personas con discapacidad entran en la etapa considerada como envejecimiento con una actitud diferente ante estas limitaciones y sus consecuencias, tanto físicas como sociales o psicológicas, porque ya las han experimentado y asumido como normales. La mayor parte de las ocasiones, han tenido que dar respuestas vitales a determinadas limitaciones que se le plantean al resto de la población precisamente en su etapa de envejecimiento.

En cualquier caso, es una realidad a la que tanto la sociedad como los profesionales sanitarios deben dar la respuesta adecuada a las necesidades que se planteen.

Para ello hay que desarrollar y aplicar un plan de formación práctica de las personas mayores con discapacidad y promover planes de formación específicos en el ámbito del envejecimiento activo para los profesionales de la salud, los servicios sociales y de cualquier ámbito orientado a la tercera edad. En definitiva, hay que diseñar políticas y estrategias de acción para esta nueva realidad del envejecimiento de las personas con discapacidad que asegure sus derechos y calidad de vida en cualquier etapa de esta.

Se debe envejecer bien con independencia de las capacidades individuales ●

Noticias del Mundo Médico



Una cuna robot que acaba con las noches de insomnio 5

Huesos de impresora 5

Separata

Atención y cuidados del paciente en el servicio de neurocirugía 6



Separata

La eutanasia a debate desde una perspectiva jurídico-médica 14



Dossier



Acompañar a las personas con discapacidad durante el proceso de envejecimiento 19

Actualidad



El camino para tomar algunas decisiones es la bioética 24

Actividad Acreditada

Comunicación, técnicas y cuidados generales en el paciente anciano ingresado 28

Certamen FAE

El reto de detectar el maltrato psicológico infantil a través de la teoría del apego 34



Ocio 38



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO
DIRECTORA. Dolores Martínez Márquez
REDACCIÓN. Montse García García, Cristina Botello Martín
COMITÉ CIENTÍFICO. Iván Flores García, Jorge Santurio Sánchez
FORMACIÓN. Daniel Torres Rodríguez

EDITA. FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería)
C/ Tomás López, nº 3, 1º izq. 28009-Madrid.
Tfno.: 91 521 52 24/95. Fax: 91 521 53 83. E-mail: administracion@fundacionfae.org
©Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería.



Elsevier España, S.L.U. 2017.
Av. Josep Tarradellas, 20-30, 1er piso. 08029 Barcelona.
Tel. 932 000 711.

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma. ELSEVIER ESPAÑA, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Nosocomio con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES. C/ Tomás López, nº 3- 2º dcha. 28009 Madrid.
Tfno.: 91 309 01 02. Fax: 91 402 23 05. E-mail: sae@sindicatosae.com

DEPÓSITO LEGAL: B-11331-2009
ISSN: 1136-8985

La empresa editora no se hace responsable de las opiniones que los colaboradores de NOSOCOMIO puedan expresar en estas páginas.

Normas de publicación



Los trabajos que se envíen para ser publicados en Nosocomio deberán ajustarse a unas normas de presentación. De esta forma se agilizará el proceso de selección de los mismos y, por tanto, la edición de la revista.

- Los escritos deben ser inéditos y de tema libre, pero siempre relacionados con el trabajo de los Técnicos en Cuidados de Enfermería/AE.
- Deberán presentarse escritos en un procesador de textos (Word), con interlineado a 1,5 espacios y tipo de letra Times en cuerpo 12. No deberán exceder las 10 páginas.
- Se enviarán por correo electrónico a la siguiente dirección: divulgacion@fundacionfae.org especificando en el asunto "Revista Nosocomio".
- Irán precedidos de un resumen, de 15 líneas como máximo, en el que se exponga el planteamiento general del trabajo.
- Los artículos deberán estructurarse en varios apartados, cada uno de los cuales se encabezará con un ladillo (título del apartado), que irá en negrita.
- La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor del libro o del estudio, la editorial, la fecha y el lugar de publicación.
- Se añadirá junto al trabajo todo el material gráfico y fotográfico, a poder ser en formato digital (JPG o TIFF), que se considere complemento al texto.
- Los autores deben adjuntar los siguientes datos: nombre completo del autor o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección postal y electrónica y teléfono de contacto.

Normas para realizar la actividad acreditada

1. Los suscriptores que no tengan Usuario y Clave deben entrar en www.nosocomio.org y registrarse en el sistema a través del apartado "¿Olvidó o no dispone de sus datos de acceso?".
2. Una vez cumplimentado este formulario, el sistema facilitará un Usuario y Clave que permitirá el acceso a la actividad acreditada. Serán siempre los mismos. Guárdelos para las próximas actividades.
3. Para entrar a la prueba de evaluación hay que pinchar en Acreditación y luego en Evaluación.
4. Cada actividad tiene varias convocatorias de evaluación, pero solo se permite la inscripción en una. Por ello es aconsejable que se tengan muy claras las fechas de cada edición y si existen dudas de poder entregar la evaluación en la fecha límite fijada en la convocatoria, es preferible realizar la inscripción en otra edición.
5. Los exámenes pueden ser modificados y guardados tantas veces como se desee hasta el cierre de la convocatoria mediante la opción Guardar.
6. Cuando se haya completado el examen y se considere que las respuestas son definitivas, se debe pinchar la opción Entregar. Una vez entregada la evaluación no se podrá repetir ni modificar. No se admitirán evaluaciones fuera del periodo que marca la edición.
7. Las respuestas correctas del test de evaluación se publicarán una vez finalizado el plazo de evaluación.
8. Es necesario superar correctamente un mínimo del 80% de las preguntas planteadas en cada actividad para la obtención del certificado acreditado.
9. El diploma será entregado por la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE), a partir de la fecha indicada en la unidad correspondiente. Para cualquier duda o problema con la entrega del diploma, póngase en contacto con FAE (divulgacion@fundacionfae.org).

Para registrarse en el sistema

Si no tiene los datos de acceso a nosocomio.org o los ha olvidado, deberá introducir una dirección de mail, su NIF y su número de afiliado y le mandaremos el usuario y las claves a la dirección de mail que nos haya indicado.



Puede disfrutar de los contenidos electrónicos de Nosocomio en www.nosocomio.org

- Correo electrónico: suscripciones@elsevier.com
- Teléfono de atención al cliente: 902 88 87 40 (sólo territorio nacional español)

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN NOSOCOMIO

Revista del Técnico en Cuidados de Enfermería

• Datos Personales

Apellidos _____ Nombre _____
 NIF _____

• Datos Domicilio

Dirección _____ Nº _____ Esc _____ Piso _____ Letra _____
 Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____
 E-Mail _____ Teléfono _____ Móvil _____

• Datos Bancarios

Apellidos _____ Nombre _____
 NIF _____
 Banco _____
 Dirección _____
 Localidad _____ Código Postal _____ Provincia _____
 Código IBAN _____ Entidad _____ Oficina _____ DC _____ Número Cuenta _____

Tarifa de suscripción anual (Incluidos gastos de envío): 100 €
Remitir debidamente cumplimentado a FAE: C/ Tomás López, número 3 1ª Izqda 28009 Madrid
Teléfono: 91 521 52 24 **Fax:** 91 521 53 83 **E-mail:** pedidos@fundacionfae.org

A efectos de lo que dispone la normativa sobre protección de datos personales, le informamos que al cumplimentar este formulario con sus datos personales, usted consiente a su tratamiento e incorporación en un fichero propiedad de Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería. Estos datos los facilita voluntariamente con la finalidad de suscribirse a la revista Nosocomio y recibir información comercial acerca de dicha suscripción. No obstante, podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos en un plazo máximo de treinta días, entendiéndose prestado el consentimiento en caso de no pronunciarse. A tal efecto usted tiene derecho a acceder a la información que le concierne recopilada en este fichero, rectificarla de ser errónea, cancelarla u oponerse a su tratamiento a través del correo electrónico asesoria@sindicatosae.com o comunicación escrita dirigida C/ Tomás López 3, 2ª derecha, 28009 de Madrid.

Una cuna robot que acaba con las noches de insomnio

Snoo es el nombre de una nueva cuna ideada por el doctor Harvey Karp y por el diseñador Yves Béhar para garantizar el sueño del bebé, meciéndole a distintas velocidades y emitiendo sonidos si se despierta, lo que garantiza, según sus creadores, un sueño más seguro y placentero al recién nacido.

La cuna emite datos a través de wifi a una aplicación que permite a los padres monitorizar en sus teléfonos móviles los patrones de sueño de su hijo, que estará completamente protegido durante el envío de estas señales por un “escudo” que le resguarda de la radiación electromagnética.

Además, la cuna incorpora una serie de sensores que captan los movimientos y sonidos del recién nacido, de tal manera que, ante el llanto, se activa un sistema de suave mecido que trata de imitar los movimientos del útero, mientras que los altavoces que incorpora la cuna emiten sonidos similares a los que se escuchan cuando el bebé está en la tripa de

la madre. Estos sonidos y movimientos variarán su intensidad en función de la del llanto.

Para preservar la seguridad del niño, la cuna solo se activa cuando el bebé está sujeto con una especie de saco arnés que lo inmoviliza. Este saco se fija a los laterales del moisés e impide que el bebé pueda girarse, lo que evita que se caiga, pero también le obliga a dormir únicamente mirando hacia arriba.

Y es en este punto donde radica la polémica, pues hay expertos que afirman que la cuna robot puede perjudicar la necesaria cercanía del niño a sus padres en los primeros días de vida. Una reflexión que ha llevado a los creadores a explicar



que, durante las pruebas que han realizado con 200 bebés, han comprobado como “los recién nacidos tardan solo un día en acostumbrarse mientras que los niños de dos o más meses no tardan más de cinco días en aceptar la cuna robot”. ●

Huesos de impresora

El avance de las impresiones en 3D es imparable. De hecho, ya ni siquiera sorprende encontrar objetos cotidianos impresos con esta tecnología. Pero, más allá de la elaboración de elementos más o menos habituales, sin duda uno de los ámbitos donde más investigaciones se están realizando es en el de la salud.

Las universidades de Northwestern e Illinois (Estados Unidos) publicaron recientemente en la revista *Science Translational Medicine* sus avances en la fabricación de huesos artificiales a medida. Estos implantes, que se han bautizado como huesos hiperelásticos son flexibles y resistentes, pero además pueden regenerar el hueso dañado sin ayuda y son fáciles de colocar durante la operación.

Los injertos óseos actuales en ocasiones resultan demasiado frágiles para ser manejados por los cirujanos y tienen un coste más elevado. Según sus creadores, estos huesos artificiales podrían servir para tratar problemas dentales, realizar cirugía plástica o reconstructiva.

El material que están utilizando los investigadores para estos implantes “es muy bioactivo e induce la diferenciación de células

madre en células formadoras de hueso” porque el 75% de su volumen es hidroxiapatita, el principal mineral del hueso natural, por lo que no se producen problemas de rechazo o reacción a cuerpo extraño, uno de los riesgos de los injertos de hueso natural y polímeros biocompatibles y biodegradables que sirve de cemento.

Los primeros pacientes en los que se han probado fueron unas ratas con daños en la columna vertebral y un macaco Rhesus con un defecto en el cráneo.

Para poder crear implantes específicos que se ajusten perfectamente a cada paciente serán necesarias técnicas de imagen computarizada que en este proyecto no se utilizaron, pero que permitiría diseñar implantes personalizados. ●

Atención y cuidados del paciente en el servicio de neurocirugía

El servicio de neurocirugía tiene por objetivo conseguir mantener la función fisiológica y psicológica del paciente, así como estimular su curación y retorno al estado deseado.

Palabras clave:

- Función fisiológica y psicológica
- Ingreso
- Aseo
- Alimentación

Servicio de neurocirugía

■ Actividad asistencial

El equipo del servicio de neurocirugía está formado por: Jefe de Servicio, médicos, residentes, supervisora, Diplomado en Enfermería (DUE), Técnico en Cuidados de Enfermería (TCE), celador, personal administrativo y limpieza.

■ Objetivos

Conseguir que se mantenga la función fisiológica y también psicológica del paciente y de sus familiares, así como estimular la curación y el retorno al estado deseado mediante la educación sanitaria. Cada persona dentro de las funciones propias de la categoría profesional a la que pertenezca deberá ajustarse a las tareas asistenciales propias del servicio y relacionadas con el turno de trabajo en el que se encuentre.

■ Ingreso hospitalario

El paciente ingresa de manera ambulatoria (actividad programada) o de manera asistencial, pasando previamente por otro servicio (UCI, quirófano, reanimación o urgencias). Si viene de un servicio especial, nos facilitan el diagnóstico y las condiciones en las que viene. Se prepara la habitación de manera individualizada según las condiciones y patología propias de ingreso hospitalario.

Se realizará al ingreso: toma de constantes, pulsera identificativa,

entrega de hoja informativa de la unidad con horario e información del servicio y hospital. Alergias, hábitos tóxicos, valoración inicial del paciente (movilidad, observación, para realizar plan de cuidados), antecedentes personales, informes médicos, medicación actual, alimentación, hábitos tóxicos, prótesis.

Verificar y revisar si lleva drenajes (nivel de vacío o llenado, cantidad y aspecto), apósitos (limpios o manchados, capelinas, bigoterías, punción lumbar, arteriografía, abdomen), úlceras, coloración y decoloración de la piel, erupción, vías, sueros, bombas perfusión, bolsas de orina (color y cantidad), establecer prioridad del paciente pendiente de orinar para evitar retención urinaria.

Posición del paciente al ingreso en cama:

- Hernia discal lumbar y dorsal: cama plana.
- Hernia discal cervical: cama incorporada 30° con collarín.
- Cirugías de cabeza: cama incorporada.
- Pacientes con nutrición enteral: cama elevada para evitar broncoaspirado.

■ Aseo e higiene

Aseo del paciente según protocolo estándar, intentando adaptarlo según sus características con especial cuidado de ojos, cabeza, boca, cuello, retirada de collarín rígido tipo Philadelphia, o blando (lavado

del mismo), precaución con drenajes, tubos, aparatos, apósitos, vías, sondas, etc. Vigilar riesgo de caídas. El aseo del paciente encamado lo realiza el TCE junto al celador y la enfermera. El cuerpo y la cabeza deben estar conformes al eje central. Hidratación de la piel y acomodo en talones, occipital y caderas. Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados, crema hidratante, etc. Mantener la piel seca (cambio de pañal/empapador), cambiar la ropa del paciente y de la cama, las veces que sea necesario.

Cualquier incidencia debe comunicarse a la enfermera responsable. Fomentar el autocuidado e implicar a la familia en el mismo.

■ Alimentación e hidratación

Al paciente se le asignará un tipo de dieta según su patología de base y enfermedad actual de ingreso. Se facilitarán los suplementos a pacientes diabéticos que lo precisen.

- En caso de intervención quirúrgica menor, se inicia tolerancia a las 12 horas con agua, y si tolera, se le pide dieta líquida y en días posteriores, dietas de progresión en pacientes intervenidos de espalda, cuello, arteriografías o biopsias.
- En caso de intervención mayor, se deja en dieta absoluta hasta el día siguiente, que se inicia tolerancia con agua o zumo y dieta líquida.

- En arteriografías, el paciente deberá tomar abundante líquido a fin de eliminar el contraste.
- Si existe patología cervical, se levanta al paciente para comer o se incorpora la cama.
- En caso de patología dorsal, se mantiene la cama plana, pero se puede incorporar el cabezal para comer.
- Si existe patología lumbar, se mantiene la cama plana, pero se le puede facilitar la deglución. Si el médico lo aconseja, puede levantarse, pero en silla dura y en pequeños períodos de tiempo.
- Se administrará el soporte nutricional por vía oral o por sonda nasogástrica continua o bolos, gastrostomía o yeyunostomía. Se administrará un aporte extra de preparados (Actimel®, arginina) y líquidos en forma de agua o similar para hidratar al paciente según pauta.
- Debe tenerse un especial cuidado en pacientes con un nivel de conciencia bajo y que pueden atragantarse. Puede ayudarse con sobres de espesante alimentario para sopas y cremas.
- Valorar reflejos de deglución en pacientes con sonda a fin de iniciar alimentación oral. Debe tener precaución e iniciar con agua gelificada.
- Comunicar náuseas, vómitos o hipo que puedan ser signo de patología grave. Control de dietas, progresión y medicación oral. En pacientes con medicación por sonda, se deberán triturar dichos medicamentos e introducirlos diluidos en líquido y posteriormente, lavar la sonda con agua para evitar su obstrucción.
- Cada dos días, realizar valoración nutricional por parte del servicio de dietética en enfermos con patologías graves o déficits nutricionales.

■ Eliminación

Aspiración de secreciones. Control de diuresis y deposiciones en los pacientes que lo precisen. Recogida de muestras para análisis. Comunicar diarreas, estreñimiento, fecalomas, tipos y alteraciones. En los pacientes sin defecar, al segundo día pautar laxante, al tercer día, administrar enema. Valoración de la técnica si procede según alimentación y días de ayuno. Prevención de riesgos de sangrado por sobreesfuerzo. Control de diuresis:

La simple observación puede salvar la vida a un paciente de neurocirugía, al estar permanentemente en contacto con él, por la forma de respirar, nivel de conciencia, tono muscular, etc.

- En hipótesis, control exhaustivo y estricto de diuresis al menos durante 24/48 horas y cada 8 horas según pauta de neurocirujano o endocrino.
- Operados de cabeza durante 24/48 horas.
- Pacientes con nutrición enteral y parenteral.
- Grandes encamados (craneotomía).
- Otros que por su patología lo indiquen los facultativos. Por ejemplo, patología renal.

■ Movilidad del paciente

Evitar úlceras por presión, en paciente con grandes períodos de inmovilidad. Desde el primer día, se intenta (según patología), mover al paciente al sofá para facilitar su movilización y bienestar

Será función del neurocirujano indicar si un paciente se levanta y la forma de llevarlo a cabo. Se deben valorar también las limitaciones del paciente, así como el estado general o alteraciones importantes (fiebre, diarreas, estado comatoso, vómitos, cefaleas o la propia voluntad del paciente a la hora de levantarlo). Según la patología, llevar a cabo rehabilitación física y fisioterapia respiratoria.

Prevención de caídas, protocolo de prevención y formación al paciente que se levanta y deambula. Precaución con tirones, drenajes, vías, sonda, cánulas, oxígeno, apósitos, férulas, tracciones, etc. Precaución con pacientes con craneotomía.

Levantar al paciente con ayuda del celador y grúa si se precisa. En pacientes graves, levantarlo con ayuda de la enfermera responsable del paciente. La simple observación puede salvar la vida a un paciente

de neurocirugía, al estar permanentemente en contacto con él, por la forma de respirar, nivel de conciencia (letárgico, estuporoso o comatoso), tono muscular, etc., utilizar la escala de Glasgow.

En los cambios posturales se debe controlar la buena alineación corporal. Utilizar toallas en forma de rollos, almohadas, cojines anatómicos de látex, zapatos o botas ortopédicas para evitar el pie equino, patucos y vendas para evitar úlceras.

En hernias lumbares y dorsales, lateralizar y colocar almohadas en columna para apoyar y sujetar la misma y que permanezca recta. La cabeza debe estar alineada al eje corporal.

En hernia cervical la cama siempre debe estar a 30°, levantar a silla y no a sillón y siempre con collarín.

En hernia dorsal se puede subir el cabecero de la cama.

Debe tenerse especial precaución al levantar a los pacientes con corsé. Explicar al paciente la técnica y pedir colaboración del mismo para formarle, colocar en silla, nunca en sillón para prevenir el arqueado de la columna.

■ Reposo-sueño-seguridad-confort

El sueño es una necesidad fisiológica a respetar, evitando el insomnio (apagar luces, evitar ruidos, puertas, TV).

Contención física del paciente previo informe del médico correspondiente por escrito y con autorización para evitar caídas, úlceras, etc. Colchones antiescaras, cambios posturales cada 3 horas, respetando en la medida de lo posible el sueño por la noche.

■ Calor-frío

Es muy normal la fiebre en estos pacientes. Es conveniente evitar cambios muy bruscos de temperatura, cambio de ropa de cama y ayudarse de medidas físicas para bajar la temperatura. Control exhaustivo de la temperatura, pues es un primer signo de infección.

Debemos ofrecer al paciente y a sus familiares acompañamiento psicológico y emocional, dar confianza, empatía, apoyo y orientación si precisan.

■ Infección-aislamientos-curas

- En válvulas, precaución de cabeza y abdomen. Curas diarias. Cambio de apósitos.
- En trépanos, indicará el médico la retirada de los drenajes y puntos de sutura. Cambio de apósitos.
- En craneotomía, indicará el médico la retirada del drenaje (si los hubiera), o grapas, normalmente tienen capelina que deberá estar exenta de manchas o exudado, así como de caída, por lo que deberá colocarse. Puede no tener capelina, pero sí apósitos, en cuyo interior habrá grapas que deberán retirarse a la semana de la intervención la mitad de ellas, y luego el resto. Siempre retirar grapas alternas, nunca seguidas.
- En válvulas, se realizan curas en cabeza y en abdomen.
- Hernia discal, lumbar o cervical, consultar con el médico la retirada de drenajes; a la semana, retirada de puntos o grapas, alternas y días sucesivos el res-

to. El collarín cervical, si precisa, lo llevará el paciente hasta que el médico lo ordene.

- Líquido cefalorraquídeo, evitar pérdida, salida excesiva y acodamiento en drenajes lumbares y ventriculares según nivel de depósito con respeto al paciente en la cama. Revisar altura de cilindro.
- Traqueotomía. Cambio de cánulas, cambio de cinta, apósitos. Limpieza de orificio. Limpieza de cánulas en líquido y limpieza con cepillo especial en espiral. Guardar en agua destilada o suero fisiológico.
- Gastrostomía. Cura diaria del apósito. Valoración del color y aspecto del orificio.
- Sonda nasogástrica. Cura diaria de apósito de sujeción a nariz. Colocar cremas hidratantes para evitar enrojecimientos y úlceras. Aspirado de contenido gástrico para cálculo de vaciamiento gástrico. Con fonendoscopia y jeringa de 100ml verificar que la sonda se encuentra en posición correcta.
- Arteriografías. Presión continua durante 24 horas, retirada de apósito, se puede levantar el paciente a las 24 horas para ducharse ir al baño. Antes está prohibido para evitar sangrados.
- Úlceras por presión. Aplicar curas según protocolo de la planta y dependiendo de zona, extensión a tratar. Evitar siempre la formación de úlceras.
- Según protocolo, se llevará a cabo el aislamiento en pacientes con serias carencias inmunológicas u otros cuyas patologías lo requieran por parte de medicina preventiva.

■ Respiración

- Oxigenoterapia (gafas nasales, mascarillas, traqueotomías).
- Preparación del material. Aspiración de secreciones, nebulización, Puritan.
- Control, ordenación y limpieza del material (cánulas), sondas, agua destilada, contenedor de aspiración de secreciones,

guantes, mascarillas, jeringas, empapadores.

● Para la decanulación hay que hacer oclusiones intermitentes, y luego continuas, valorando el nivel de saturación del paciente. Al cabo de 4 días, valoración por el servicio de otorrinolaringología para decanulación completa. Paciente en dieta absoluta antes y después del procedimiento durante 24 horas a fin de evitar la broncoaspiración en caso de pacientes portadores de sonda. Se inicia tolerancia al día siguiente de la decanulación según pauta.

■ Relacion entre paciente-familia y el profesional

Las situaciones más comunes son agresividad, agitación, depresión, ansiedad, miedo, inseguridad. Indicar al paciente y familiares que los timbres y las señales de alarma se atienden por orden y prioridad. En ocasiones no es posible acudir de inmediato, por lo que deberán esperar.

La información al paciente y familiares debe ser la que corresponda con el nivel del profesional. En caso de dudas o incidencias, localizar al médico responsable o de guardia.

En caso de incidente personal o de compañeros, por parte de enfermos y familiares, se debe en primer lugar avisar al superior jerárquico inmediato (supervisor de guardia), y a seguridad si es necesario, y rellenar los formularios que se encuentran a disposición en la planta. Una vez cubiertos, remitir a los órganos superiores según protocolo.

Debemos ofrecer acompañamiento psicológico y emocional, dar confianza, empatía, apoyo y orientación si precisan. En caso de empeoramiento de la enfermedad o fallecimiento, ofrecer consuelo y facilitar las gestiones a los familiares que, en ese momento, por su condición religiosa, puedan requerir si lo estiman conveniente.

Pacientes y familiares de larga estancia hospitalaria que se sienten desprotegidos, proporcionaremos medidas de confort y, en

ocasiones, necesitarán valoración por el servicio de psiquiatría y servicios sociales.

■ Formación/calidad

Se ofrecerá a pacientes y familiares educación sanitaria para favorecer y fomentar la autonomía y autocuidado, así como a nuevos profesionales sanitarios que se incorporen o se encuentren en un período de formación. Es importante la mejora continua de los servicios prestados por parte de los profesionales y siguiendo planes del departamento calidad.

■ Métodos diagnósticos

1. La observación del paciente por parte del médico, enfermera, TCE o celador.
2. Medidas de tensión, glucemias, temperatura. Recogida de muestras biológicas, correctamente identificadas.

Existe una gran cantidad de pruebas y medios: rayos X, TAC, PET, resonancia magnética, arteriografía, electroencefalograma, ecografía, laboratorio, anatomía patológica (biopsias), electromiografía. Análisis de líquido cefalorraquídeo. Consultas especialidades de: vascular, medicina interna, neurología, otorrinolaringología, oftalmología, maxilofacial, plástica, unidad del dolor, psiquiatría, rehabilitación, oncología, radioterapia, neuroradiología, radiología intervencionista, anestesia, neurofisiología, lesionados medulares.

Procedimientos quirúrgicos

■ Drenajes

Vigilar aspecto, cantidad, vacío, conexiones y evitar los tirones.

- a) Redón.
- b) Jackson-Pratt, "pera".
- c) Catéter insertado directamente en uno de los ventrículos laterales del cerebro para permitir el drenaje continuo del líquido cefalorraquídeo (LCR), la administración de fármacos y la monitorización de

la presión intracraneal (PIC). Consiste en un catéter válvula antirreflujo, con llave de tres pasos, bolsa colectorora y filtro antibacteriano.

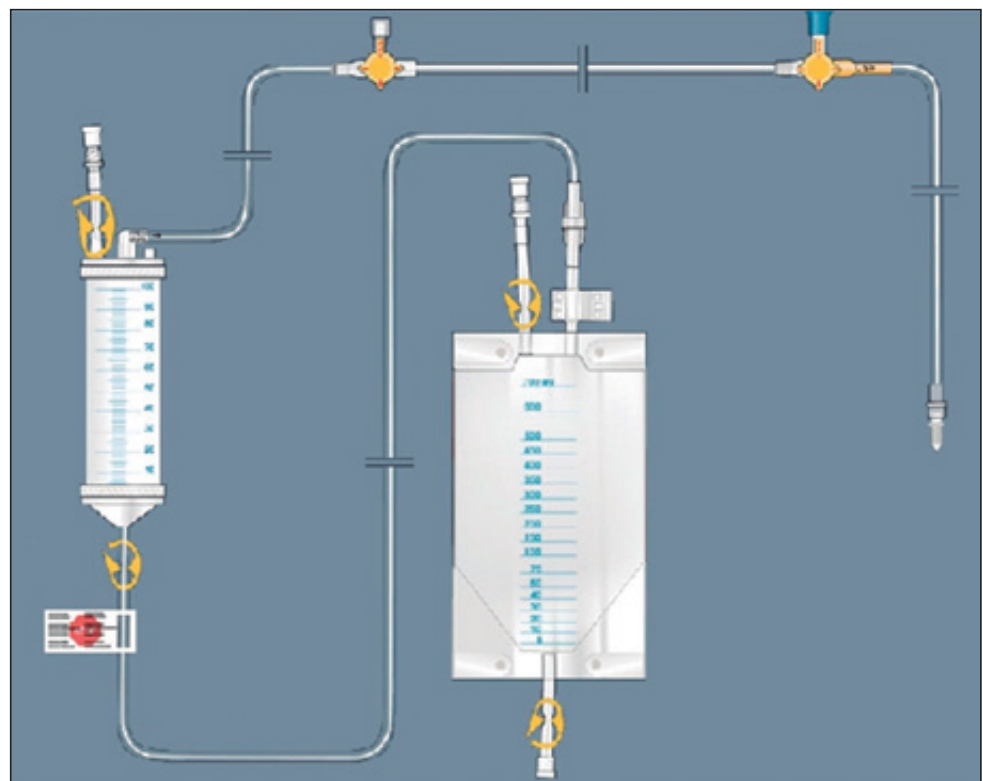
La colocación se realiza en quirófano, se toma como referencia el punto o el conducto auditivo externo, coincidente anatómicamente con el agujero de Monro.

Comprobar la altura del sistema colector, ya que de ello dependerá la mayor o menor recolección de líquido. Fijar bien a la cabecera para evitar acodamiento de las tubuladuras, a menor altura, mayor drenado y viceversa.

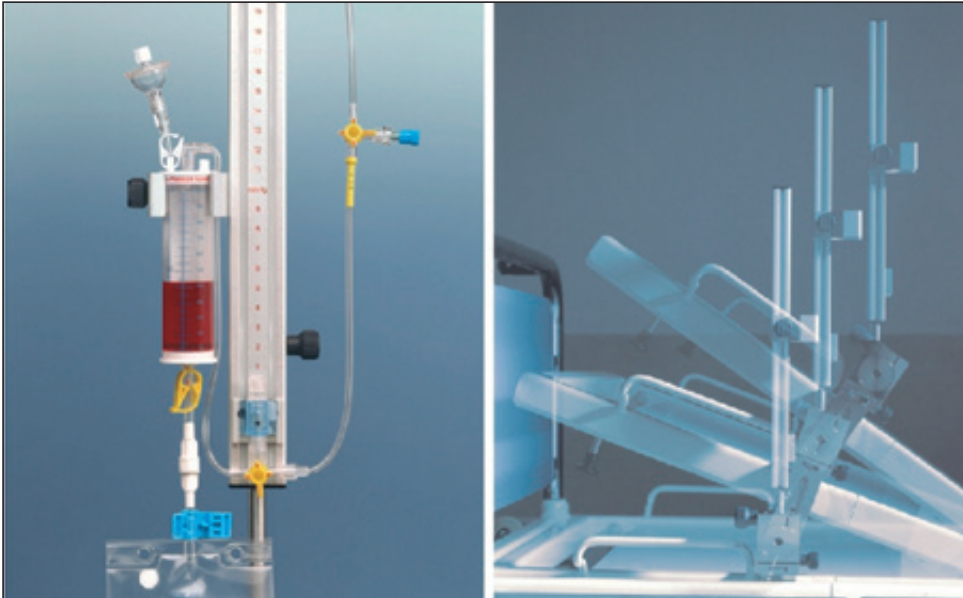
Hay que verificar en cada turno la permeabilidad, cama a 30°, en cada movimiento del paciente



Drenaje de Jackson-Pratt.



Drenaje ventricular externo.



Drenaje ventricular externo.



Drenaje ventricular externo.



Punción lumbar.

como en cambios posturales, traslados, rayos X, quirófano, cerrar sistema para evitar reflujos hacia el cerebro y prevenir la infección o llenado de la bolsa colectora y colapso ventricular.

- Complicaciones: infección, hemorragia o mal funcionamiento.

■ Punción lumbar y drenaje lumbar

La punción lumbar consiste en introducir una aguja en el espacio subaracnoideo del canal espinal, generalmente, en la región lumbar.

El espacio subaracnoideo se punciona para extraer el LCR con objeto de aliviar la presión, obtener muestras de líquido con fines diagnósticos, inyectar suero o medicamentos en el tratamiento de enfermedades, inyectar anestésicos espinales (anestesia epidural) o introducir un líquido opaco para obtener placas radiográficas (mielograma).

También se utiliza para introducir oxígeno o aire (neumoencefalograma), medir la presión del LCR en condiciones distintas. También está indicado para extraer el exceso de LCR en casos de hidrocefalia o meningitis.

- Contraindicaciones: cuando exista sospecha de un tumor intracraneal y cuando se compruebe un aumento de la presión intracraneal.

- Material: carro desinfectado, agujas de punción lumbar nº 20 y 22. Paño fenestrado estéril. Bata y guantes estériles, anestésico local, agujas, jeringas, gasas, esparadrapo, apósitos, povidona yodada, tubos para recogida de muestra de líquidos estériles, rasuradora, bolsa de plástico y contenedor de agujas.

- Técnica: a realizar por el médico. Envío inmediato de muestras identificadas al laboratorio. Paciente en reposo sin almohada durante 2 h. Vigilar cefaleas y vómitos.

- Preparación del paciente: informar al paciente de lo que se le va a hacer. Indicarle que debe permanecer inmóvil. También hay que informarle de que el tratamiento produce cierto dolor, pero que no debe moverse porque puede producirle lesiones de los nervios espinales o de la médula.

Rasurar la zona de la punción. Acostar al paciente en decúbito lateral, de tal forma que la cabeza casi toque las rodillas, que deben estar flexionadas. Es decir, la espalda debe estar arqueada para que las vértebras estén separadas. En ocasiones, se realiza sentado al borde de la cama o camilla. Se dejará libre de ropa la zona de la punción. Limpiar y desinfectar la zona de la punción. Colocar el paño fenestrado con ventana.

- Procedimiento: lavado de manos. El médico anestesiará la zona de punción, la realizará y cuando la aguja llegue al espacio subaracnoideo, el líquido empezará a gotear a través de la aguja.

En función de la indicación, se ajusta el manómetro a la aguja para saber la presión del LCR. Se recogerán en pequeños frascos de boca ancha (bajo condiciones asépticas) muestras para analizarlas en el laboratorio y numeradas por orden de extracción

Para introducir un medicamento o suero, se extraerá antes una cantidad igual o mayor de LCR. Se coloca un apósito estéril en la herida.

La enfermera deberá observar el estado del paciente durante toda la operación (color, pulso, respiración, dolor de cabeza, náuseas).

Una vez terminada la punción, se acostará al paciente en una posición cómoda, plana para evitar cefaleas o mareos durante 4 horas.

Anotar el tratamiento, cantidad y carácter del líquido (turbio o sanguinolento), si se ha extraído por gravedad o succión.

■ Tracciones-inmovilizadores

En la práctica neuroquirúrgica se presentan pacientes con lesiones que requieren de una tracción craneocervical. Se trata de lesiones postraumáticas cervicales con luxación vertebral y cuya reducción inicial se realiza por distracción en el sentido axial de la columna para que la vértebra dislocada regrese a su posición normal.

Estas tracciones craneocervicales también se emplean en tratamientos estabilizantes por otras lesiones de la columna cervical: discopatía degenerativas (para separar las vértebras durante la colocación de implantes) y lesiones inflamatorias inestabilizantes: artritis reumatoide, osteomielitis, lesiones tumorales, metabólicas (osteoporosis), congénitas, etc.

Un tractor craneocervical, básicamente, es cualquier instrumento capaz de fijarse firmemente al cráneo para permitir un determinado grado de estiramiento de la columna cervical. Al recibir a su vez tracción en sentido axial con relación al eje normal de la columna vertebral, se colocan pesas como las de traumatología.

■ Halo/arco/casco

Cirugía estereotáctica o estereotáctica: técnica neuroquirúrgica que permite localizar exactamente un punto dentro de la cavidad craneal. Requiere la colocación de una estructura externa (halo de estereotaxia) que se fija a la cabeza del paciente y constituye un marco de referencia para las coordenadas ortogonales. Es útil para la toma de biopsias o para la

resección de lesiones profundas de pequeño tamaño, y constituye la base de la radiocirugía.

Para definir exactamente en qué zona se va a extirpar o evacuar se emplea un casco que tiene marcados unos ejes de coordenadas, se visualizarán los marcadores situados en la guía que permiten calcular las coordenadas del punto en los tres ejes del espacio. El casco se coloca en el quirófano o en la habitación del paciente, mediante cuatro pinchos que se insertan con anestesia local. Posteriormente se realiza una TAC craneal en que se ven, a la vez, los ejes de coordenadas del casco y la lesión cerebral a biopsiar. Así, se pueden obtener las coordenadas de la lesión con respecto al casco.

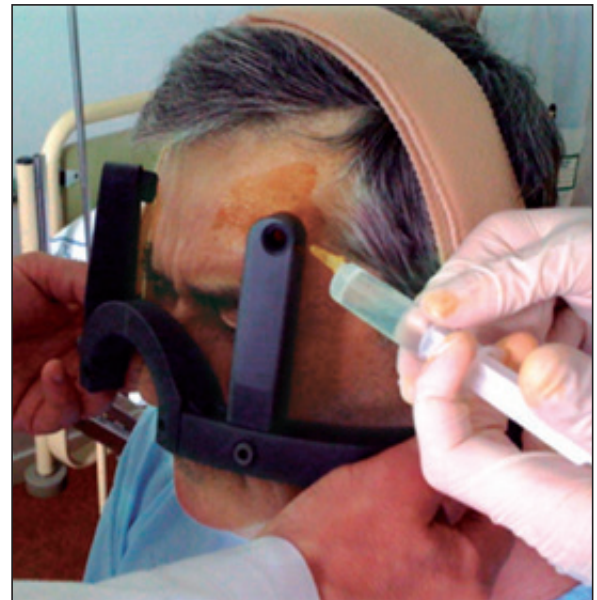
Después de la TAC se acude al quirófano de nuevo para llegar a la zona que marquen las coordenadas. Se lleva a cabo mediante un trépano en el cráneo. Dado que ni el hueso ni el cerebro duelen (por carecer de terminaciones nerviosas), en general, es suficiente la anestesia local de la piel por donde se va a efectuar el procedimiento. En algunos casos puede requerirse sedación o incluso anestesia general.

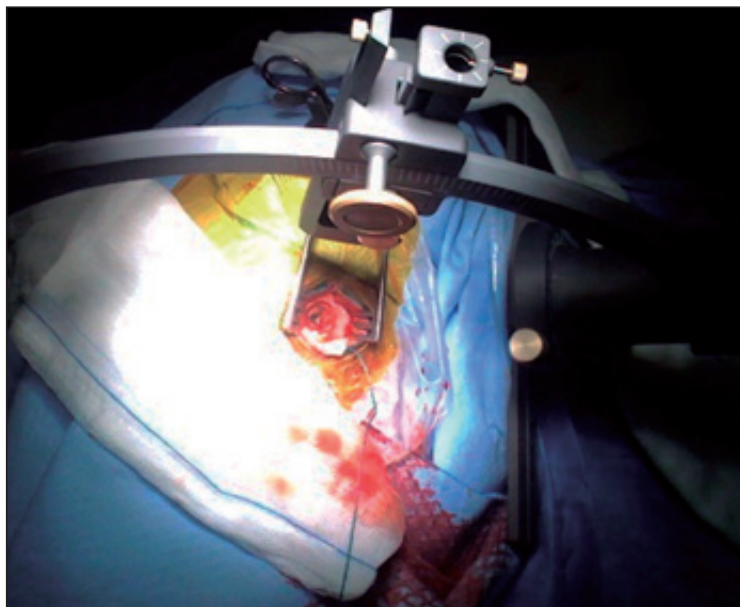
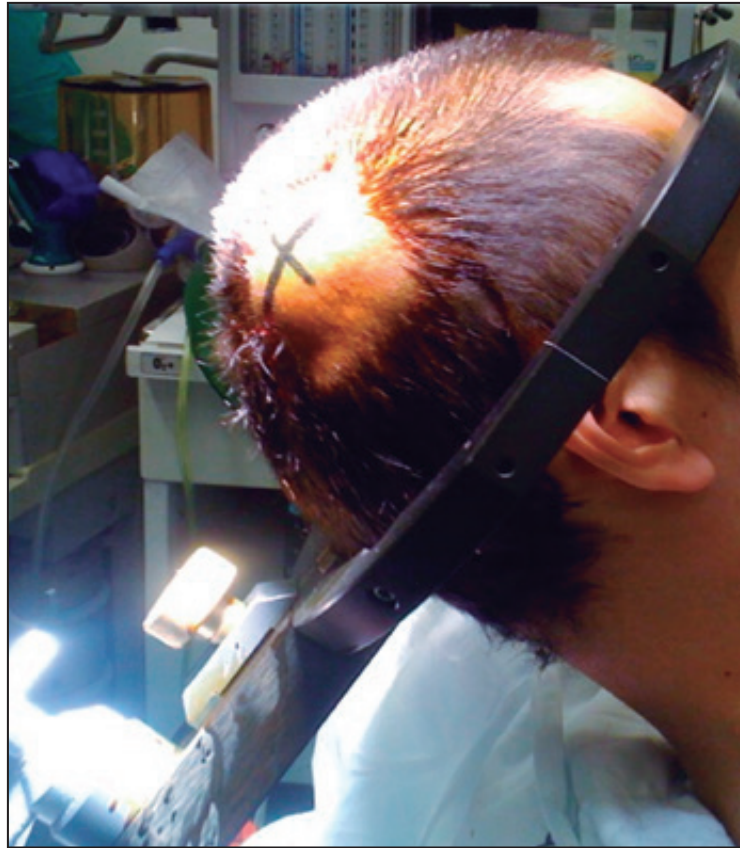
La evacuación o extirpación se realiza con un instrumento especial. La herida se cierra con varios puntos o alguna grapa. Se envían las muestras para estudio a anatomía patológica o microbiología y, aproximadamente, en una semana se obtiene el diagnóstico.

■ Preparación de campos. Técnicas especiales.

Craneotomía. Válvulas, abordaje transnasal en hipófisis. Laminectomías cervical, dorsal, lumbar antero y posterior. Abordaje de nervios periféricos-túnel metacarpiano. Arteriografías.

- Para todas las patologías, el día anterior: cena ligera. Ayunas desde 12h de la noche. Explicación de la técnica prequirúrgica y enema de limpieza tipo Casen, salvo en cirugía abdominal, peritonitis o traumatismo ab-





dominal. Colocación del cartel de ayunas e identificación de paciente y la unidad.

- Día de la intervención: control de la historia clínica. Rasurado si procede (lo más cerca posible del inicio de la cirugía), el neurocirujano deberá aportar hoja de rasurado si procede con los campos quirúrgicos a rasurar.

- En el caso de arteriografías, rasurar ambas ingles. Limpieza con acetona de uñas pintadas. Retirada de joyas, prótesis, piercing, según protocolo. Aseo corporal prestando especial atención a la zona a intervenir. Utilización de jabón antiséptico especial.

En ocasiones se necesitará una pequeña preparación en la ha-

bitación del paciente. Ver colocación de halo/arco. Para cirugía esterotáxica y biopsias.

Urgencias-complicaciones

■ Parada cardiorespiratoria

Seguir el procedimiento habitual en estas situaciones urgentes.

■ Convulsiones/epilepsia estatus

Avisar al médico, retirar material peligroso o duro que pueda afectar y rodear al paciente. Colocar en posición decúbito lateral, retirar prótesis, gafas y material e intentar colocarle un tubo de Guedel entre los dientes y sujetando la parte posterior de la lengua. Aspirar secreciones, saliva o material de vómito, controlar constantes, registrar en la historia clínica la hora de comienzo, incontinencia de esfínteres, duración, número, pupilas y otros aspectos.

Tener dispuesto para canalizar una vía venosa y medicación antimicrobiana.

Crisis parciales simples, complejas y parciales secundariamente generalizadas.

Crisis generalizadas (convulsivas o no convulsivas):

- a) Crisis de ausencia.
- b) Crisis convulsivas tónicas, clónicas.
- c) Tónicas.
- d) Clónicas.
- e) Mioclónicas.
- f) Crisis atónicas.

Estatus: crisis que persisten por 20 a 30 minutos o dos o más crisis repetidas sin recuperación de la conciencia entre ellas ya que este es el tiempo necesario para causar daño neuronal.

El estatus epiléptico es la crisis que persiste un tiempo prolongado o aquellas crisis recurrentes en las que no existe recuperación entre las mismas. Es una de las emergencias neurológicas más importantes, causa daño cerebral irreversible e incluso la muerte.

Origen:

Convulsiones febriles (algo más del 25%).

- Sintomáticos agudos: tumores, meningitis, encefalitis y traumatismos.
- Idiopáticos o criptogénicos (25%).
- No provocados sintomáticos: trastornos neurológicos crónicos, congénitos o adquiridos.

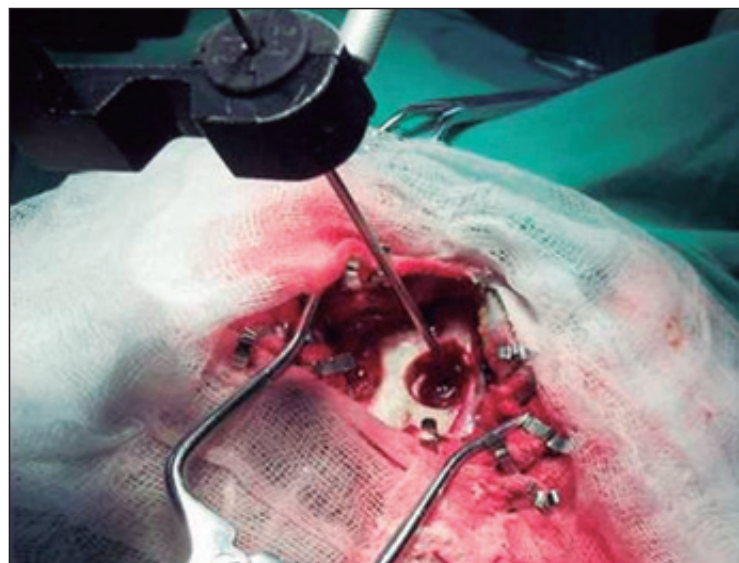
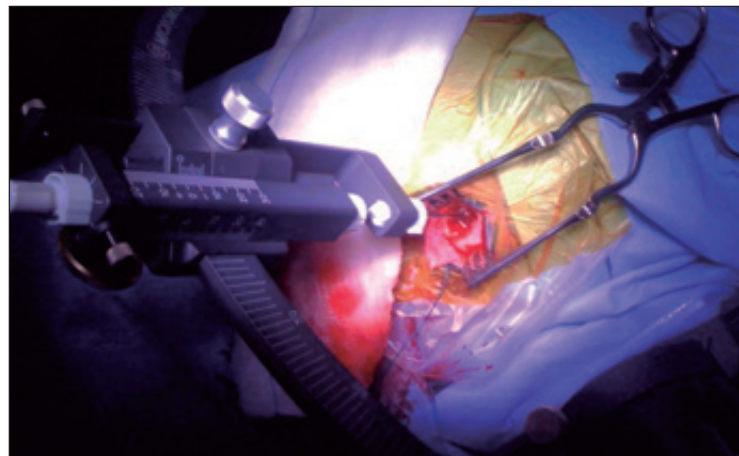
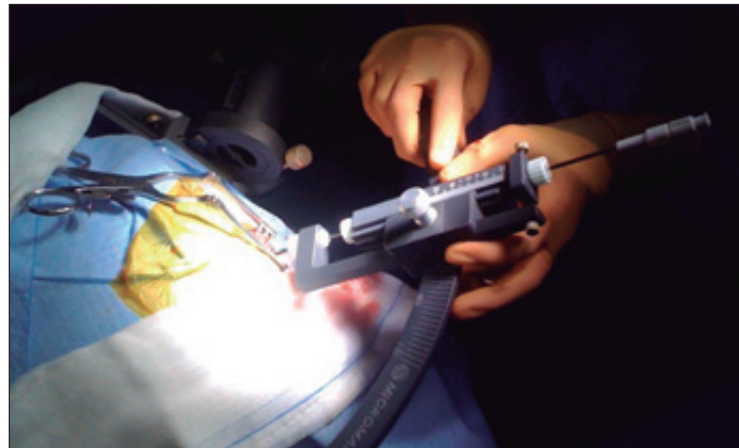
■ **Cefaleas severas**

La cefalea es el síntoma inicial en la mitad de los pacientes con tumores cerebrales. Por eso merece toda la atención, en particular cuando se acompaña o aparecen síntomas de hipertensión intracraneal.

Tipos:

- Cefalea de instalación súbita. Hemorragia subaracnoidea, apoplejía pituitaria, sangrado en un tumor o malformación arteriovenosa (especialmente de fosa posterior).
- Cefalea de instalación reciente después de los 50 años de edad. Arteria temporal superficial. Tumor cerebral.
- Cefalea con fiebre, rigidez de nuca, enfermedad sistémica. Meningitis, encefalopatía.
- Patrón de cefalea “acelerado”. Tumor, hematoma subdural, abuso de medicamentos.
- Cefalea reciente en pacientes con cáncer o SIDA. Metástasis, meningitis (crónica o carcinomatosa). Absceso cerebral.
- Sintomatología o signos neurológicos focales de enfermedad (diferente al aura). Tumor, accidente isquémico de la arteria vertebral, accidente vascular cerebral.

Si el dolor se manifiesta de forma brusca, súbita, en cabeza o columna, en pacientes con patología de columna, acompañada de una pérdida de sensibilidad en miembros inferiores o superiores, avisar urgentemente al neurocirujano para valoración. Realizar TAC urgente o RMN, des-



Evacuación de hematomas intracraneales. Posteriormente se le coloca drenaje.

cartar patología por compresión medular o nervios. Intervención quirúrgica urgente.

■ **Sangrados**

Pueden ser por varios factores, salida de sistemas colectores (redón, válvulas), puntos de sutura o grapas, pacientes mal anticoagu-

lados, hemorragias internas post-cirugía, rotura de aneurismas, etc. El sangrado interno se puede manifestar con una bajada de nivel de conciencia o con la exteriorización de la misma (sangrado urinario, boca, oído, nariz, drenaje o por suturas). Urgencia vital. Se confirma con TAC urgente o RMN. ●

La eutanasia a debate desde una perspectiva jurídico-médica

El desarrollo de modelos despenalizadores en territorio europeo ha abierto una brecha que reactiva el debate sobre la actuación y la responsabilidad jurídico-médica en la práctica de la eutanasia activa en el caso de enfermedades con pronóstico terminal.

“El mundo no se puede cambiar si no cambiamos nuestra forma de pensar”

Einstein

Palabras clave:

- Eutanasia
- Dignidad humana
- Suicidio asistido
- Situación terminal
- Autonomía
- Cuidados paliativos
- Atención integral
- Limitación esfuerzo terapéutico (LET)
- Control de síntomas
- Triángulo asistencial

España está sumergida en un conflicto ético-jurídico que plantea sobre el derecho fundamental a la vida y la decisión de ponerle fin en situaciones terminales. La gran demanda de cuidados paliativos y su desbordamiento en el ámbito sanitario debería hacernos plantear el uso de la eutanasia activa en nuestra legislación y dotarla de un marco objetivo desde una perspectiva de convivencia con la práctica ya existente de los cuidados paliativos.

Introducción

A finales del siglo xx el término eutanasia amplió su significado para dar cabida al uso hospitalario de sus prácticas. La utilización de analgesia y el rechazo social al encarnizamiento terapéutico dotan de un valor añadido a su semántica, que comprende aliviar, eliminar y prevenir el dolor antes del fallecimiento del paciente, renunciando en alguna medida a procesos que conlleven un alargamiento de la vida del paciente.

Desde tiempos atávicos, la palabra eutanasia, desde su ambigua expresión, se fundamenta en un rasgo común ligado estrechamente a su desarrollo evolutivo

en términos jurídico-médicos. El término proviene del griego antiguo, y su traducción connota su ilustre concepto: “buena muerte”. Se ha definido como el arte de ayudar al agonizante a salir del mundo con mayor dulzura y serenidad, acelerando el proceso normal de muerte.

Se ha buscado una compañía ideal para suavizar la expresión, encontrando varios adjetivos que le suman un contexto de índole distinta, acuñándolo en las distintas legislaciones con formas distintas como son: activa/pasiva o indirecta/directa, aunque ninguna de ellas ha sido aceptada en nuestro país por la Organización Médica Colegial Española, que prefiere la clasificación: por acción u omisión, que se convierten en sus sinónimos. En cualquier caso, ambas tienen como finalidad evitar el sufrimiento a pacientes portadores de enfermedades incurables.

Diversos autores indican que el problema de la semántica intrínseca de la palabra surge por un desacuerdo en la unilateralidad y universalidad del vocablo, creando así vacíos legales difíciles de definir en la actuación facultativa-médica, reportando en la práctica, la llamada “pendiente resba-

ladiza”. El concepto “eutanasia” no debería producir confusión ni divergencia, porque en su interior radica la voluntad del paciente a decidir sobre su propia vida.

La prioridad de una buena vida está supeditada a conseguir una muerte digna y libre de sufrimiento. Los avances tecnológicos surgidos en los últimos años modifican el ciclo natural asociado a la muerte, posponiendo la naturaleza de la enfermedad y prolongando una vida deseada o no deseada, con una vital importancia en los procesos de donación de órganos.

En sociedades primitivas, la eutanasia era una conducta aceptada para la supervivencia de la tribu, ya que las personas enfermas constituían un impedimento para el grupo, pero progresivamente la sociedad ha dejado de ver al hombre como un valor práctico, a observar en él un valor intrínseco, abogando por preservar la vida y dándole un sentido más humanista.

En los últimos 50 años se han producido cambios de los principios éticos que han dado cierto protagonismo a la tecnología en el entorno vital, alargando la vida con la mejora de cuidados y el control sobre pacientes en situación terminal.

Legislación despenalizante (debate abierto)

Al mismo concepto de dignidad humana invocan partidarios y detractores con argumentos opuestos. Los partidarios manifiestan que el ser humano es digno de morir dignamente independientemente de sus condiciones físicas y psíquicas, radicando en él la decisión de poner fin a su vida. Por el contrario, los detractores objetan y niegan estos argumentos y aceptan su situación hasta la llegada de la muerte, dando valor a un control férreo en situaciones de dolor con medidas neutralizadoras.

Los recientes cambios legislativos aplicados en distintos países europeos son de suma importancia para la despenalización de la eutanasia en nuestro país, lo que se une al cambio ético-deontológico de los profesionales sanitarios, que buscan un clima de adecuación para solventar el sufrimiento agónico de ciertos pacientes. La mayor parte de teóricos europeos coinciden en que la despenalización daría lugar a una práctica automática descontrolada que causaría situaciones no contempladas por la ley, lo que supondría un gran riesgo de desbordamiento legislativo que podría atentar contra los derechos fundamentales del ser humano, que aseguran un ámbito de libertad personal que permite decidir sobre la propia vida. Las estadísticas demuestran en la práctica que esta suposición es errónea.

Algunos ordenamientos europeos comienzan a reconocer como lícitas ciertas conductas de colaboración dirigidas a una mejor y placentera muerte, pero siempre de un modo limitado y bajo supervisión estatal y con la contribución de los cuidados paliativos.



La prioridad de una buena vida está supeditada a conseguir una muerte digna y libre de sufrimiento

Pioneros en estas medidas despenalizadoras son países como Holanda, Bélgica y el último en agregarse al grupo, Luxemburgo. Estos países no forman dentro del panorama internacional un modelo, sino la excepción a una obsoleta situación que cuenta con una gran aceptación social.

En el año 2005 se presentó en el Parlamento Europeo un borrador con medidas legislativas a nivel comunitario que despenalizaba la práctica de la eutanasia, pero obtuvo una contundente negativa por el voto de la mayoría de representantes asistentes en la cámara, que rechazaron así la propuesta. Se mantuvo, por tanto, la recomendación en vigor articulada en la página 1.418, párrafo 9º del Estatuto Europeo, que reconoce “el deseo del paciente terminal a morir con colaboración facultativa o en manos de otro tipo de personal no sanitario, aplicándolo inversamente a su propia persona, con efecto de crear una justificación legal de amparo saltándose acciones penales deriva-

das de la causa de la muerte, será castigado, con pena de prisión por homicidio voluntario a quienes lo practiquen”.

Modelos europeos

■ Holanda

El día 1 de abril de 2002 entraba en vigor en Holanda la ley que aplicaba un modelo parcial de despenalización de la eutanasia activa y directa.

El proceso por el que se llegó a la aprobación de la ley fue dilatado en el tiempo, ya que empezó durante los años setenta, tras varios casos de muerte asistida que fueron llevados a los tribunales. Años más tarde, en la década de los ochenta, se establecieron ciertos criterios que consolidaban el uso práctico de la eutanasia en pacientes terminales. Durante el proceso, el acogimiento social y la favorable opinión pública aceleraron el proceso de implantación. Desde ese momento sigue en vigor la ley de verificación terminal de la vida a petición propia y auxi-

lio al suicidio asistido, que modifica el art. 293 y el art. 294 del Código Penal holandés, dando así cobertura jurídico-legal al conjunto de sus prácticas. Estas medidas se aceptan exclusivamente cuando existe una convicción facultativa y la posterior verificación por testamento vital de la voluntariedad y siempre que la enfermedad no presente signos de recuperación viables a corto o largo plazo, exista un final anunciado, y se haya entrado en una fase agónica de sufrimiento condicionado por dolor insoportable.

Para llevar a cabo el procedimiento médico de la eutanasia activa se requieren multitud de trámites burocráticos y filtros que frenan y desactivan ciertos casos. Estos filtros están controlados por un comité evaluador de situaciones no adecuadas, ya que, tanto el paciente como el profesional que le atiende, pueden estar condicionados por sus facultades físicas o psíquicas.

Esta primera experiencia ha dado resultados más que satisfactorios respecto al control. Los datos se reflejan en un registro de fallecimientos por este proceso. Cada dos años se publican las estadísticas de muertes en el país que muestran los casos que fueron comunicados a la comisión evaluadora y después se trasladan al Ministerio de Justicia y de Sanidad que elabora el registro.

■ **Bélgica**

En Bélgica, la ley despenalizada de la eutanasia entró en vigor el 28 de mayo de 2002 y su primera medida se fundamentaba en eximir de responsabilidad penal al médico que lleva a cabo la práctica (art. 2), dejando así la decisión de no obligatoriedad de realización al facultativo. Simultáneamente, se aprobaron en el parlamento belga varias leyes que daban un peso máximo y prioritario a los cuidados paliativos.

Estas leyes son más detalladas que sus homólogas holandesas. En el modelo belga solo se autoriza al personal sanitario facultati-

vo a realizar la acción, a diferencia del modelo holandés, en el que también se aprueban leyes para despenalizar el suicidio asistido sin especificar el personal que procede a su realización.

Colateralmente, como ya citamos con anterioridad, el derecho de objeción por parte del profesional sanitario es primordial para evitar debates éticos internos. La ley también recoge que, si existe una negativa del médico, el paciente terminal puede acudir a otro facultativo que lo acoja en su amparo asesorado por el primer profesional, mientras que en el modelo holandés la colaboración en la búsqueda de otro facultativo que aplique la eutanasia no es obligatoria.

La petición del paciente terminal se canaliza a través de una petición directa al equipo médico que le da asistencia o por voluntad anticipada, declarando y notificando de forma escrita la decisión de acabar con su vida.

Para evitar la clandestinidad y aumentar la transparencia de estas prácticas, evitando posibles abusos e irregularidades, los casos se notifican con anterioridad a una comisión evaluadora que tiene que dar la conformidad al caso planteado.

La gran diferencia entre los dos modelos presentados es la minimización de filtros para llevar a cabo la práctica de la eutanasia activa.

■ **Luxemburgo**

El tercer país europeo en aplicar las medidas y modificar su Código Penal fue Luxemburgo, donde la ley que regula la eutanasia entró en vigor en el año 2009.

Previamente, el año 2002, se aprobaron leyes que promulgaban los cuidados paliativos.

Esta experiencia muestra que la participación activa y la implantación de un comité bioético de carácter plural para modular el debate de la eutanasia, cuando se plantea un cambio en la legislación vigente, crea fuertes garantías jurídicas que evitan usos inadecuados y es de máxima efectividad.

En nuestro país, tras varios estudios realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) ya en el año 1995, el 62% de la población encuestada se manifestaba a favor de que “los facultativos médicos proporcionasen al enfermo terminal productos que dieran fin a su vida sin dolor”. En 2008, 7 de cada 10 españoles estaba de acuerdo con la aplicación de la eutanasia y más del 70% estaba a favor de regular el suicidio asistido en enfermedades terminales. Por tanto, existe una controversia entre la sociedad y el poder jurídico que penaliza estas prácticas en el art. 143 del Código Penal, basando su rechazo sobre dos argumentos cuestionables, como hemos comprobado en las estadísticas de países donde ya ha sido despenalizada. Estos argumentos que anteponen los poderes públicos son la citada pendiente resbaladiza y la tenue diferencia entre dejar morir y causar la muerte.

Introducción de los cuidados paliativos

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) agrupa un gran número de profesionales sanitarios que enfocan toda su experiencia en los cuidados de pacientes terminales.

Como comentamos al inicio del artículo, en la actualidad disponemos de medidas tecnológico-médicas capaces de dar soporte vital de forma prolongada, lo que genera cuestiones éticas contradictorias en el intervencionismo médico, diagnóstico y terapéutico, que pone en entredicho el impacto de estas prácticas. El desarrollo científico de los cuidados paliativos proporciona recursos de alivio a enfermos agonizantes al final de su vida. Los cuidados paliativos marcan como objetivo primario el alivio del dolor.

Dos conceptos interrelacionados son la dignidad de las personas y la aceptación de la finitud de la vida, actitudes fundamentales para la orientación de la medicina paliativa.

La filosofía de los cuidados paliativos es definitoria en el concepto de dignidad del ser humano en su relación con la calidad de vida del enfermo, defendiendo así la dignidad del paciente en situación terminal como un valor independiente del deterioro humano. Se trata de dar atención técnica y humana necesaria, con la mejor calidad posible y buscando la excelencia profesional.

Para el desarrollo de los cuidados paliativos es necesaria una buena formación clínica unida a una adecuada comunicación con el paciente y la familia, sumado todo ello al cumplimiento de la normativa legal. La Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 regula el derecho a información veraz y adecuada a las necesidades culturales y sociales del paciente en situación terminal para una toma de decisión libre y propia.

Los cuidados paliativos responden a una concepción del derecho a morir con dignidad, no como un derecho a morir, sino como una forma de morir. Para los teóricos es una forma de eutanasia pasiva equivalente a la limitación del esfuerzo terapéutico con la aplicación de medidas paliativas que pudieran acortar la vida de un modo legalmente aceptado en nuestro país.

Llegados a este punto, podemos indicar que los cuidados paliativos son un derecho de todos los ciudadanos de acercarse al ideal de buena muerte, humanizando el proceso de morir. Los sistemas sanitarios nacionales cuentan con medios para erradicar o, en cierto modo, disminuir el dolor de la persona agonizante, y el enfermo tiene la capacidad de autonomía y puede elegir libremente cómo morir, respetando su decisión los profesionales sanitarios que deben salvaguardar la libertad de elección del paciente.

En el año 2001 se creó un Plan Nacional de Cuidados Paliativos que recalca en su primer punto: "el derecho a una asistencia total, activa y continuada de los

pacientes y sus familiares por un equipo multiprofesional cuando su expectativa médica no es la curación, dando calidad de vida al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia", apoyándola en unos ítems para su realización, como son la limitación de esfuerzo terapéutico (LET), el derecho a rechazo al tratamiento, la administración de sedación paliativa y la suspensión de atención médica por fallecimiento, esta última bastante controvertida en el ámbito sanitario.

Los cuidados paliativos son un derecho de todos los ciudadanos de acercarse al ideal de buena muerte, humanizando el proceso de morir

Los cuidados paliativos se aplican progresivamente en mayor proporción cuando la enfermedad está en fases avanzadas y el sujeto no responde a tratamientos específicos. Los objetivos terapéuticos se dirigen a proporcionar el máximo confort al paciente y a su familia, obteniendo como base terapéutica una atención integral que engloba el aspecto físico, emocional, social y espiritual de forma individualizada y continuada.

Funciones del equipo multidisciplinar (TCAE como parte de él)

El equipo médico debe prestar asistencia y educar a la familia, núcleo esencial del entorno de un paciente en situación terminal. Es de vital importancia la creación de un ambiente favorable que depende, en gran parte, de las actitudes que adopten los profesionales sanitarios que se suman a los cuidados, así como de las medidas organizativas que proporcionen seguridad y comodidad al paciente terminal.

Disponemos para esta función de instrumentos básicos como el control de síntomas y debemos buscar la flexibilidad a los estados que presente el paciente adaptando así los recursos re-

queridos para una buena calidad asistencial.

El equipo multidisciplinar debe disponer de conocimientos y habilidades específicas de esta disciplina concreta adoptando actitudes adecuadas y sobreponiéndose a las emociones que puedan surgir por apego. Por tanto, de modo riguroso, es necesario conjuntar la experiencia clínica en el manejo de casos terminales con un sentido común a la hora de no alterar estrategias de abordaje que den como consecuencia un aplazamiento del tratamiento.

Los pacientes en situación terminal muestran un trastorno de la alimentación manifestado con frecuencia por un estado de anorexia acentuada, sequedad de boca, náuseas, obstrucción digestiva, etc., por lo que deberemos dotar al paciente de una adaptación de la dieta habitual.

La nutrición y la hidratación son objetivos a cubrir entre los cuidados al paciente, sin olvidar el objetivo marcado de los cuidados paliativos y resguardar el confort.

Debemos tener en cuenta que estos pacientes en situaciones avanzadas entran en estados vegetativos con una pronunciada disnea, lo que dificulta la comunicación paciente-sanitario, dando lugar a una comunicación más regular y fluida con los familiares y delegando en ellos la toma de decisiones.

Una de las dificultades que solemos encontrarnos los Técnicos en Cuidados de Enfermería (TCE) es la higiene bucal. Prevenir y controlar su cuidado, manteniendo la mucosa y los labios limpios evitando la producción de placas bacterianas es de suma importancia para la integridad del paciente terminal.

La educación es un pilar fundamental a la hora de comunicarse con el paciente y con su entorno. Nos sirve de ayuda en situacio-

nes en las que nosotros no estamos presentes, por lo que debemos ofrecer métodos y utensilios adecuados para el autocuidado, estimulando así la colaboración. La comunicación es nuestra herramienta esencial, ya que nos permite una mayor coordinación entre el equipo sanitario, la familia y el paciente, formando un triángulo asistencial.

El proceso que conlleva la muerte produce reacciones psicológicas a todos aquellos que están en contacto permanente. Esta carga emocional perjudica la comunicación por el principio de piedad. Por tanto, las emociones tienen que quedar fuera del cuidado propiamente dicho del paciente.

El impacto emocional que produce la proximidad de la muerte es de vital importancia para la atención sanitaria, ya que es el momento clave en la atención familiar, y debemos valorar la forma más adecuada de intervenir, comunicando la situación.

Retos pendientes en los cuidados paliativos

Aun en nuestro país, deben mejorarse las actitudes, la formación específica, la adecuación del espacio y tiempo prestados a la atención de los enfermos en situación terminal. Se debe priorizar la atención domiciliaria elaborando protocolos y apostando por el autocuidado de estos pacientes en un entorno conocido por ellos, dando la oportunidad de pasar el mayor tiempo posible cerca de sus seres queridos.

Aumentar las interconexiones de los recursos existentes para favorecer la calidad de vida en la etapa avanzada de la enfermedad es un gran reto pendiente que debe plantearse la mejora de las relaciones y la comunicación interdisciplinar, un asunto preocupante en la mejora de la atención integral de enfermos, familiares y profesionales sanitarios.

Conclusiones

La ética debe fundamentar el derecho, enjuiciando la conducta moral; las leyes deberán garantizar los derechos de la sociedad en un clima de convivencia, armonizando el punto de vista ético de nuestra conciencia y con perspectiva legal de la autoridad competente jurídica.

Desde la perspectiva médico-sanitaria, los cuidados paliativos y la eutanasia deberían ser dos términos interconectados, y no deberían producirse actos de eutanasia fuera del entorno de los cuidados paliativos, utilizando estos últimos como filtro detector de irregularidades y abusos por encima de las leyes establecidas.

En los últimos 15 años, España está inmersa en un intenso debate social y moral respecto a la utilización de la práctica de la eutanasia en el medio hospitalario. Mientras que algunos países europeos de nuestro entorno ven viable la implementación de esta práctica sanitaria, nuestro país se muestra reticente a su implantación, de modo que aspectos jurídicos y morales relacionados con el ámbito religioso imperante retrasan el cambio legal al derecho de una muerte digna.

Debido al incremento de la demanda de cuidados paliativos, las necesidades de atención integral y su complejidad en pacientes terminales, los profesionales sanitarios buscan recursos específicos que supongan una solución que dé cobertura desde la atención hospitalaria, hoy en día desbordada, hasta la atención domiciliaria, aún en pañales.

El proceso de construcción y adaptación de un equipo multidisciplinar específico en los cuidados paliativos es una tarea ardua, muy compleja a largo plazo y de laboriosa consolidación.

Agradecimiento

Nuestro mayor agradecimiento a Miguel Sastre Riera, jurista de las

Illes Balears, por su colaboración en la composición de este artículo. ●

Bibliografía:

1. Aguiar González F. Eutanasia y suicidio asistido: un debate necesario. *Policy Papers*. 2009.
2. Barón MG, Raposo CG, Aguirre YV. Última etapa de la enfermedad neoplásica progresiva: cuidados en la agonía, síntomas refractarios y sedación. *Med Clin*. 2006;127(11):421-8.
3. Byk C. Chapitre 7. Death with dignity and eutanasia: comparative european approaches. *Journal International de Bioéthique*. 2007;18(3):85-102.
4. EFE P. Holanda y Bélgica, únicos países que permiten la eutanasia activa. 2006.
5. Elizari FJ. ¿La hora de la eutanasia? Reflexiones para el debate social. *Moralia*. 2008;31(120):383-421.
6. García MA. Problemas éticos en cuidados paliativos. *Aten Primaria*. 2006;38(Supl 2):79-84.
7. Lizarraga-Mansoa S, Ayarra-Elia M, Cabodevilla-Eraso I. Atención a la familia del paciente al final de la vida. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2005;12(10):692-701.
8. Martínez FR. El debate de la eutanasia y el suicidio asistido en perspectiva comparada: garantías de procedimiento a tener en cuenta ante su eventual despenalización en España. *Revista de Derecho Político*. 2008(71-72).
9. Martínez NS, Riera EJC, Bugeda EA, Morro SS, Cánaves JL, Oliver EB. Programa de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares. *Medicina Balear*:49.
10. Ozcelik H, Tekir O, Samancioglu S, Fadiloglu C, Ozkara E. Nursing Students' Approaches Toward Eutanasia. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2014;69(1):93-103.
11. Padovani Cantón AM, Clemente Rodríguez ME. Eutanasia y legislación. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2008;12(2):139-49.
12. Paliativos C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008;46(5):485-94.
13. Reflexión U. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Medicina paliativa*. 2002;9(1):37-40.
14. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. Eutanasia in Belgium. *Revista Española de Salud Pública*. 2012;86(1):5-19.
15. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Guía de Cuidados Paliativos*. 2000. [último acceso: 16/05/16]. Disponible en: <http://www.secpal.com/Documentos/Paginas/guiacp.pdf>
16. Tapiero AA. Las diferentes formas de morir: reflexiones éticas. *An Med Interna*. 2004;21(7):355-8.
17. White BP, Willmott L, Savulescu J. Voluntary palliated starvation: A lawful and ethical way to die? *Journal of Law and Medicine*. 2014;22 (2):376-86.



© Charlotte Moreau/Elsevier Masson SAS



Revista para el
Técnico en Cuidados de Enfermería

Dossier

Acompañar a las personas con discapacidad durante el proceso de envejecimiento

Prólogo

El envejecimiento en las **personas con discapacidad**

Sumario:

- El envejecimiento en las personas con discapacidad
- Problemas planteados por el envejecimiento de las personas con discapacidad
- El proceso de envejecimiento de las personas discapacitadas

Las personas con discapacidad también envejecen. Mientras que al nacer la esperanza de vida de una persona con síndrome de Down era de 9 años en 1929, en la actualidad se sitúa en más de 60 años¹. Este fenómeno se ha ido acen- tuando durante los últimos 20 años.

■ **Los avances en la medicina**, la mejora en la calidad del acompañamiento y una mejor consi- deración de las necesidades específicas de este tipo de paciente son factores que favorecen la prolongación de su esperanza de vida.

■ **Hasta hace muy poco tiempo**, el envejecimiento de una persona con discapacidad era un fenómeno excepcional para el que nadie estaba preparado.

■ **Las soluciones adoptadas con urgencia y sin preparación, la mayor parte de las veces** no son las más adecuadas para garantizar la mejor calidad de vida. Los riesgos de interrupción de los cuidados o del acompañamiento son impor- tantes. Finalmente, el acceso a los derechos en función de la edad (la barrera fatídica de los 60 años) implica también el desarrollo de estrate- gias o recurrir a asistencia o establecimientos en los que el cuidado de la persona puede no estar adaptado a su discapacidad.

■ **El envejecimiento de la población con dis- capacidad** es una realidad que impone a todos

los actores llevar a cabo una reflexión sobre las prácticas profesionales, ya se trate de los servi- cios de salud, de la vida cotidiana en el domicilio o en un establecimiento, del mantenimiento del vínculo y del papel social, de la vida profesional, o de la adaptación del trabajo hasta la prepara- ción para la jubilación.

El envejecimiento de las personas con dis- capacidad puede hacer que resulte necesario cambiar el lugar de residencia, las actividades, el acompañamiento, los cuidados que origi- nan fracasos más o menos anticipados. Para cada una de estas adaptaciones, la persona en cuestión debe estar vinculada al proyecto en el máximo grado posible. ●

¹ *Lettre de cadrage. L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes. Anesm. 2014, www.anesm.sante.gouv.fr*

Brigitte Retailleau

Directora de Ehpad
Ehpad Françoise-d'Andigné,
La Pommeraye, Francia

Dossier publicado por primera vez en
SAS número 71

Enfoque

Problemas planteados por el envejecimiento a **las personas con discapacidad**

- La esperanza de vida de las personas con discapacidad aumenta.
- El proceso de envejecimiento varía en función del tipo de discapacidad y puede resultar complejo.
- Los profesionales deben determinar los puntos clave para conseguir un acompañamiento individualizado

Palabras clave

- Competencia
- Discapacidad
- Práctica profesional
- Proceso de envejecimiento
- Vigilancia

Definición

■ **El proceso de envejecimiento**, aunque natural, es complejo cuando afecta a personas con discapacidad. Por tanto, optamos por una terminología significativa, como es “proceso de envejecimiento”. Por este motivo, desde hace poco tiempo las instituciones em-

plean la expresión “personas con discapacidad en proceso de envejecimiento” en lugar de “ancianos discapacitados”.

■ **Esta distinción se debe a que no se trata del mismo concepto.** Por tanto, hay que identificar las características específicas relacionadas con la edad avanzada y propias de cada uno en estas

diferentes trayectorias, para centrarse más específicamente en la problemática de la edad avanzada en las personas con discapacidad.

■ **Al aportar una atención completamente particular**, será posible responder de la forma más adecuada a la aparición de nuevas exigencias y ajustar nuestra misión de acompañamiento de estas personas teniendo en cuenta parámetros específicos.

La longevidad depende del tipo de discapacidad

En estructuras profesionales, podemos observar que el proceso de envejecimiento se acelera si la persona presenta una discapacidad, incluso aunque se haya producido una prolongación de la esperanza de vida de estas personas.

■ **No obstante, esta longevidad varía en función del tipo de discapacidad.** De hecho, el informe Blanc concluye que, “en lo que respecta a la dinámica del envejecimiento de las personas con discapacidad, se observa un envejecimiento precoz especialmente en algunas patologías genéticas, situándose en primer lugar el síndrome de Down, así

© François Soutif/Elsevier Masson SAS



FLORENCE DUPONT
Educatrice especializada
con función de
coordinadora
de proyectos de
acompañamiento
personalizado,
formadora.
Instituts de formation
santé de l'Ouest (Ifso),
Angers, Francia

Una situación problemática

Jocelyn, de 60 años, vive en un centro de día para personas discapacitadas. Su estado de salud empeora de año en año, tanto física como biológicamente y a nivel cognitivo. Aunque sus necesidades básicas están satisfechas, el cuadro clínico que presenta no permite que los profesionales le ofrezcan los cuidados, la atención y el acompañamiento a los que tendría derecho de forma legítima.

Ante esta situación, los profesionales se formulan una serie de preguntas: ¿Qué deben priorizar? ¿Los cuidados enfermeros, el bienestar de la anciana, el entorno que sufre las consecuencias relacionadas con el estado de Jocelyn? Ante este dilema, los profesionales improvisan, hacen lo que pueden, buscan vínculos.

Desafortunadamente, a día de hoy, ni las unidades para personas discapacitadas en proceso de envejecimiento, ni los hospitales ni la familia tienen la capacidad y/o la posibilidad de acoger a Jocelyn, que permanece en el centro de día ya que no puede obtener un alojamiento adaptado.

BIBLIOGRAFÍA

^[1] Blanc P. Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge. Rapport remis à Philippe Bas, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, juillet 2006. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Paul_Blanc_sur_les_personnes_handicapees_vieillissantes_-_rapportpaulblanc.pdf

como algunos síndromes de retraso mental profundo en las afecciones añadidas. Asimismo, se constata un desgaste precoz específico de la discapacidad motora. Pero, más allá de estos grupos, la variabilidad individual en las ‘maneras de envejecer’ es algo predominante”^[1].

■ **Además, la cuestión de la precocidad de este proceso aparece en el día a día.** Se aborda a través de la observación de diferentes variables, entre las que se encuentran alteraciones prematuras a nivel físico, patológico y comportamental que imponen puntos de vigilancia a los que hay que estar atentos para permitir un acompañamiento que se adapte a la situación.

Profesionales en busca de puntos de apoyo

■ **Estos nuevos parámetros** implican cierto número de preguntas por parte de los profesionales de los centros:

- **¿Cómo hacer frente a esta nueva situación** y revisar las prácticas profesionales para adaptar las respuestas a las necesidades de los usuarios?
- **¿Cómo comprender la evolución del ritmo de vida** respetando un enfoque individualizado del envejecimiento, a la vez que se responde a una iniciativa de

acompañamiento personalizado que fomente la autonomía y la singularidad del usuario y se respeten sus elecciones y sus deseos en el marco del proyecto?

- **¿Cómo escuchar, traducir, responder y entender** la palabra y la expresión de los usuarios según van apareciendo preguntas, angustias o nuevas demandas relacionadas con la evolución de la situación?
- **¿Qué signos y síntomas** se deben observar y tener en cuenta para adaptar el acompañamiento de la persona a la vida cotidiana?
- **¿Qué nuevas competencias necesitarían** los profesionales para satisfacer la particularidad del acompañamiento de este tipo de usuarios?
- **¿Cómo conciliar la vida** en un colectivo y la adaptación individual a las particularidades del proceso de envejecimiento?
- **¿Cómo conseguir una cohabitación en armonía** en un lugar que acoge a usuarios con edades, discapacidades y ritmos diferentes?
- **¿Cómo abordar la cuestión con los familiares y los cuidadores** para prever, organizar y anticipar el futuro de estos usuarios y las modalidades de acompañamiento que de él se derivarán?
- **¿Qué soluciones de acogida existen** para cambiar los lugares de residencia?

■ **A estas mismas cuestiones habría que responder** para proteger a los profesionales fragilizados y que han perdido puntos de referencia ante esta nueva situación. Se trataría de prevenir así el agotamiento frente a una situación que, a día de hoy, no deja entrever una solución permanente.

Conclusión

A pesar de todo lo anterior, estamos convencidos de que se puede ser discapacitado y envejecer bien. El aumento de la esperanza de vida de las personas con discapacidad y la precocidad del envejecimiento de este colectivo no es incompatible. Este fenómeno, muy presente en todos los centros de atención y residencias lleva a los profesionales y a los responsables de la financiación a considerar esta evolución para permitir el reajuste de las prácticas profesionales en lo que respecta al acompañamiento.

Asimismo, confiamos en el futuro que estamos construyendo para mejorar estas prácticas y participar colectivamente en la transformación progresiva de estas últimas respecto a cambios en la sociedad tales como el envejecimiento en personas con discapacidad. ●

Psicología

El proceso de envejecimiento de las personas discapacitadas

- Como el resto de personas, los discapacitados en proceso de envejecimiento se vuelven lentos, intolerantes al ruido y se cansan con facilidad.
- A ello se le añaden las características específicas relacionadas con la discapacidad.
- Sin embargo, el paso de los años no es la razón de todo: vivir durante mucho tiempo en una institución puede provocar un hastío difícil de expresar.

Palabras clave

- Acompañamiento
- Hastío
- Entorno
- Personas discapacitadas
- Envejecimiento

El envejecimiento de las personas discapacitadas suscita numerosos interrogantes entre los profesionales de la salud y del sector médico-social. Para ayudar a los usuarios con competencias, es fundamental contar con los conocimientos adecuados sobre el envejecimiento. Existen diferencias entre el envejecimiento de una persona con discapacidad y una persona sin discapacidad, pero estos procesos presentan más similitudes que diferencias.

Puntos en común

■ **En todas las personas que envejecen**, tengan o no alguna discapacidad, se observa una ralentización general. La persona se vuelve más lenta, necesita más tiempo para realizar una tarea. Se cansa con más facilidad y necesita más reposo para recuperarse.

■ **Las personas que envejecen tienen miedo** con más frecuencia que cuando eran jóvenes y también les incomoda más el ruido. Con frecuencia, los aspectos relacionados con el ruido y el miedo van a suponer un problema si existe una mezcla intergeneracional demasiado numerosa en el servicio que acoge a la persona, tenga o no alguna discapacidad.

■ **Así, la noción de grupo de edad resulta**, a menudo, pertinente pa-

ra respetar el ritmo de cada uno: ruidoso y rápido en los jóvenes; calmado y silencioso en las personas en proceso de envejecimiento, presenten o no una discapacidad.

El envejecimiento específico

En general, para describir por tipo de discapacidad el envejecimiento de las personas, hablamos de envejecimiento específico.

■ **El envejecimiento específico de una persona con síndrome de Down** es distinto del envejecimiento específico de una perso-

na psicótica (por tanto, con una discapacidad psíquica) y también será diferente del de una persona con múltiples discapacidades. Estos matices deben ser conocidos por las personas que componen los equipos para evitar errores de acompañamiento evitables.

Por ejemplo, las personas con síndrome de Down en proceso de envejecimiento presentan con frecuencia infecciones de orina; por tanto, en caso de alteración del comportamiento, la enfermera o el médico deberá realizar una prueba con una tira reactiva de orina. Este signo específico no se observa en otro tipo de pacien-



tes, motivo por el cual se habla de “envejecimiento específico”.

■ **Los aspectos relacionados con el envejecimiento acelerado son raros** y, de hecho, están relacionados con el envejecimiento específico, como los problemas articulares o el dolor en personas con enfermedad motriz cerebral o con múltiples discapacidades. Conviene ser prudente respecto al envejecimiento precoz y acelerado, ya que estos términos se utilizan con frecuencia por parte de profesionales que no consiguen adaptarse a la persona y distorsionan su propia incompreensión.

No atribuirlo todo al envejecimiento

Con las personas con discapacidad, los equipos deben evitar dos errores: el primero consiste en no tener en cuenta la realidad del envejecimiento, el segundo en explicar todas las dificultades únicamente por el factor de envejecimiento.

■ **El primer error** puede ilustrarse con el hecho de solicitar cualquier cosa a cualquier persona, ya que antes podía hacerlo por sí mismo (asearse o realizar algunas actividades, por ejemplo). Pero esta persona ha envejecido, y ya no es capaz ni está en posición de hacerlo. Este hecho se observa con frecuencia en los pacientes con deficiencias mentales.

■ **Otro error** se debe con frecuencia a las dificultades de adaptación de los profesionales o del establecimiento de acogida. Nadie se da cuenta de que la persona con discapacidad en proceso de envejecimiento está cansada de alguna actividad o de su entorno. Algunos se encuentran en el mismo establecimiento desde hace más de 40 años... y poco ha cambiado: el mismo compañero de habitación, el mismo colega en el establecimiento y servicio de ayuda por medio del trabajo. Estas personas con discapacidad se encuentran en una situación

de desgaste institucional. Las cosas están mal y las explicaciones de los profesionales son, con frecuencia, “está envejeciendo mal” o bien “ya se sabe que las personas con discapacidad envejecen de manera acelerada...”. A veces todo esto es falso.

El hastío y la incapacidad para explicarlo

■ **Es posible que una persona con discapacidad no tenga los medios intelectuales para expresar su hastío o su malestar.** Quizá no encuentra las palabras, no dispone de elementos de comparación con una vida fuera del establecimiento o estos elementos son escasos. Se observan alteraciones del comportamiento que pueden llevar a pensar que se trata de signos de envejecimiento. ¿Cómo saber si se trata de otra cosa?

■ **El profesional puede aportar,** con buena voluntad, cambios en el entorno de la persona. Si esta persona ya no quiere hacer nada, es agresiva en el establecimiento, pero parece calmada y serena cuando sale, la causa no es el envejecimiento, sino el hastío.

■ **Numerosos términos describen estas situaciones:** síndrome de desadaptación, *bore-out*, desgaste institucional...

Pensar en una reorientación sin crear una ruptura

■ **Los establecimientos deben hacer grandes progresos.** Con frecuencia son exigentes con los empleados, pero quizá tienen dificultades para pasar el relevo institucional en situaciones en las que los residentes han hecho un recorrido por la institución.

■ **Deberían desarrollarse mejoras en torno al trabajo** en red o asociación entre residencias. Sin embargo, un cambio rápido y brusco en el entorno que una persona discapacitada podría no compren-

der resultaría contraproducente. Las rupturas son nocivas y la ausencia de cambio también lo es. Por tanto, es necesario encontrar el equilibrio.

Prestar más atención al confort y al bienestar

■ **Los profesionales que trabajan con personas discapacitadas en proceso de envejecimiento deberán,** cada vez más, integrar en el proyecto personalizado del usuario una serie de aspectos relacionados con el bienestar. Salvo si la persona así lo solicita de forma explícita, lo más importante no es que una persona se lave de la cabeza a los pies todos los días, sino la forma en la que le hablamos, la miramos...

■ **Algunos profesionales se encuentran incómodos ante el envejecimiento.** Por ejemplo, algunos educadores deben hacer lo que se denomina “duelo del educador”. La persona acogida ya no puede evolucionar, ya no puede mantener lo que tan laboriosamente había adquirido. Con la edad, todos involucionamos, lo que significa que dejamos de evolucionar.

■ **Los profesionales deben trabajar otros registros,** como el acompañamiento a través de las actividades de bienestar. Desafortunadamente, algunos profesionales son incapaces de darse por vencidos, quieren llevar a cabo actividades, cuidados. Este hecho tiene como objetivo repararse a la vez que se repara al otro, lo que no es un objetivo de acompañamiento aceptable.

Conclusión

La persona que envejece necesita un acompañamiento diligente, a un ritmo más lento que antes y en torno a actividades con las que pueda disfrutar, actividades o momentos orientados con frecuencia hacia el bienestar. ¿Quién querría envejecer sin disfrutar? ●

El camino para tomar algunas decisiones es la bioética

Los avances que ha experimentado la humanidad en ciencia, tecnología, tratamientos médicos o genéticos, sobre todo, desde las últimas dos décadas del siglo pasado y el presente siglo, han abierto grietas en los principios y valores éticos, legales y humanos. Trasplantes, intervenciones durante el desarrollo embrionario, transfusiones de sangre para algunas religiones, vacunas, etc. Hay un sinfín de situaciones que se plantean en el ámbito de la ciencia y la salud y que necesitan un completo análisis desde distintos enfoques. Todos ellos se engloban en el concepto de bioética.

Palabras clave:

- Autonomía
- Beneficencia
- No maleficencia
- Justicia

En la actualidad se considera la bioética como la parte de la ética que estudia la corrección o incorrección de las acciones que se llevan a cabo en el campo de la biomedicina, de tal modo que se interpreta como el 'arte' de conseguir un consenso social acerca

de lo que se puede y no se puede hacer en la atención médica.

La bioética establece indicaciones para obrar de una determinada manera, no es un código de preceptos. Estudia los problemas éticos que tienen alguna relación con la salud. No es una disciplina empírica porque la evidencia de que algo ocurra no determina que esto sea lo éticamente correcto.

El análisis bioético se realiza a la luz de valores fundamentales como el respeto a los seres humanos y su capacidad de decidir por sí mismos en base a sus valores y creencias (principio de autonomía), el bienestar de las personas y las poblaciones (principio de beneficencia), y la justicia.

Este detallado estudio debe tomar en cuenta los contextos específicos y las situaciones concretas, identificando todos los elementos moralmente relevantes. Debe basarse en un diálogo plural, inclusivo, respetuoso de la diversidad y considerando las distintas perspectivas involucradas y, como todo proceso de deliberación en el que se tienen en cuenta todos estos factores, un análisis ético no siempre lleva a una respuesta unívoca y, por tan-



to, es probable que haya más de una manera de proceder que sea éticamente correcta.

El origen de la bioética

El primer autor en utilizar este término fue Fritz Jahr, quien en 1927 usó la combinación *Bio-Ethik* (unión de los vocablos griegos *bios*, “vida”, y *ethos*, “comportamiento”) en un artículo sobre la relación entre el ser humano y las plantas y los animales.

Las primeras declaraciones de bioética surgen tras la celebración del Juicio de Nuremberg, cuando el mundo se escandalizó al descubrir los experimentos médicos llevados a cabo por los facultativos del régimen de Hitler sobre los prisioneros en los campos de concentración y se redacta el Código de ética médica de Nuremberg (1948) en el que se recogen una serie de principios que deben regir la experimentación con seres humanos.

Muchos autores sitúan el nacimiento de la bioética (aunque hasta 1971 no se le llama así) en 1962, cuando en Seattle (estado de Washington, Estados Unidos) se decidió crear un comité para decidir qué pacientes tenían preferencia para beneficiarse de la entonces reciente máquina de hemodiálisis, con la particularidad de que este comité no estaba formado por médicos. Se plantearon interrogantes como ¿por qué un avance médico debería crear una nueva discriminación médica? ¿quién y cómo elige a los candidatos? La novedad estribaba precisamente en que la respuesta a estas preguntas no recaía sobre los médicos, sino sobre una representación de la comunidad.

En los años 60, este y otros experimentos y planteamientos, como los primeros trasplantes o la definición de muerte clínica, hacen tomar conciencia de que la investigación con sujetos humanos planteaba una gran cantidad de problemas que había que afrontar debidamente y se va configurando un panorama que hace

necesaria la regulación o, al menos, la declaración de principios a favor de las víctimas implicadas.

En 1971 Van Rensselaer Potter, considerado por muchos el padre de la bioética, publicó su libro *Bioethics: Bridge to the Future (La bioética: Un puente hacia el futuro)* donde propone crear una disciplina que integre la biología, la ecología, la medicina y los valores humanos. Usó una sugerente imagen para unir ambos campos (la ética y la biología), hablando de la creación de puentes que permitan al hombre sobrevivir ante las amenazas -sobre todo, ambientales- que implica el progreso técnico y en 1978 el Instituto Kennedy, en la Universidad Georgetown (Washington DC, Estados Unidos), publica la Enciclopedia de Bioética, siendo esta la primera vez que una institución académica recurre al término.

Las primeras declaraciones de bioética surgen tras la celebración del Juicio de Nuremberg, cuando se descubrieron los experimentos médicos realizados dentro del régimen de Hitler

Desde entonces hay varias declaraciones y códigos en los que se establecen unos parámetros básicos, éticos y legales, respetados por la humanidad, que permitan el diálogo sobre la dignidad humana, especialmente en lo que respecta a la investigación científica y experimentación clínica con seres humanos.

Principios de bioética

En 1979 los bioeticistas Tom L. Beauchamp y James F. Childress definieron los cuatro principios de la bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Principio de autonomía

Se puede definir como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente. Supone el derecho incluso a

equivocarse en las propias decisiones. De aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual.

La autonomía expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones. El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan no ser autónomas o presenten una autonomía disminuida (personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etc.), en cuyo caso será necesario justificar por qué no existe autonomía o por qué esta se encuentra disminuida.

En el ámbito médico, el consentimiento informado es la máxima expresión de este principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber

del médico, pues las preferencias y los valores del enfermo son primordiales desde el punto de vista ético y suponen que el objetivo del médico es respetar esta autonomía porque se trata de la salud del paciente.

Principio de no maleficencia

Este principio ya se formuló en la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, ante todo, no hacer daño al paciente. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana y abstenerse de realizar intencionalmente actos que puedan causar daño o perjudicar a otros.

Es un imperativo ético válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida humana. En medicina, sin embargo, este principio debe encontrar una interpretación adecuada pues, a veces, las



Dentro de los aspectos que regula la bioética encontramos la clonación, el aborto, la eugenesia y la eutanasia, los trasplantes de órganos, el acceso a los sistemas de salud o la fertilización in vitro, entre otros.

actuaciones médicas dañan para obtener un bien. Entonces, de lo que se trata es de no perjudicar innecesariamente a otros.

El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio y se ha hecho relevante ante el avance de la ciencia y la tecnología actuales, pues pueden acarrear daños o riesgos. En la evaluación del equilibrio entre los daños ocasionados y los beneficios obtenidos se puede caer en la trampa de pensar que ambas cualidades son equivalentes.

Principio de beneficencia

La obligación de hacer el bien es otro de los principios clásicos hipocráticos. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de ha-

cer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. Por lo tanto, actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores, modo de vivir y deseos. No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.

Este principio positivo de beneficencia no es tan fuerte como el negativo de evitar hacer daño. No se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños: por ejemplo, el “bien” de la experimentación en humanos (para hacer avanzar la medicina) no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos desmedidos o infligiéndoles daños. Aunque la humanidad tiene un interés en el avance de la ciencia, nadie puede imponer a otros que se sacrifiquen para tal fin.

Matizado de esta manera, el principio de beneficencia apoya el concepto de innovar y experimentar para lograr beneficios futuros para la humanidad, y el de ayudar a otros (especialmente a los más desprotegidos) a alcanzar mayores cuotas de bienestar, salud, cultura, etc., según sus propios intereses y valores.

Principio de justicia

Su objetivo es el de tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad con un reparto equitativo de los recursos sanitarios atendiendo a parámetros como las necesidades personales o la capacidad económica.

No implica tratar a todos los pacientes de la misma forma, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos. Y por supuesto, sin anteponer en el trato con el paciente juicios de valor ni hacer distinciones por origen racial, social, cultural o económico; el paciente es un ser humano que busca atención.

En nuestra sociedad, aunque en el ámbito sanitario la igualdad entre todos los hombres es solo una aspiración, se pretende que todos sean menos desiguales, por lo que se impone el principio aristotélico de tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales para disminuir las situaciones de desigualdad. Para excluir cualquier tipo de arbitrariedad, es necesario determinar qué igualdades o desigualdades se van a tener en cuenta para determinar el tratamiento que se va a dar a cada uno.

La relación médico-paciente se basa fundamentalmente en los principios de beneficencia y de autonomía, pero cuando estos principios entran en conflicto, a menudo por la escasez de recursos, es el principio de justicia el que entra en juego para mediar entre ellos.

En cambio, la política sanitaria se basa en el principio de justicia

y será tanto más justa en cuanto que consiga una mayor igualdad de oportunidades para compensar las desigualdades.

La cultura occidental ha sido más sensible al principio de autonomía, a costa del principio de justicia, pero es posible que la misma crisis ecológica nos obligue a cambiar este enfoque. Algunos autores apuntan que la justicia e igualdad de los derechos de los seres humanos actuales y la preservación de condiciones viables y sostenibles para las generaciones futuras pueden hacer aconsejable, e incluso obligatoria, una cierta limitación del principio de autonomía, sobre todo en una sociedad de mercado que se abre al deseo desmedido de nuevos servicios y bienes, y en la que el individuo reclama ilimitadamente sus “derechos”.

¿Cuáles son las áreas de la bioética?

Los problemas éticos permean todas las áreas del trabajo en salud. Las actividades relacionadas con la salud pueden ser de carácter terapéutico, orientado al beneficio directo del individuo (atención de salud) o de la sociedad (salud pública) o no terapéutico que se orienta a la generación de conocimiento. Por tanto, los problemas éticos que surgen en cada una de estas áreas son objeto de la ética clínica, ética de la salud pública, ética de la investigación, según cada actividad.

Campos asociados a la bioética y percepción de la misma

Dentro de los aspectos que regula la bioética se citan ejemplos como: la clonación, ya sea de individuos o de órganos, o bien de plantas y animales; el aborto, la eugenesia y la eutanasia, los trasplantes de órganos, el acceso a los sistemas de salud, uso de la energía nuclear, la fertilización *in vitro*, experimentación genética y con nuevos tratamientos o medicamentos. ●

Comités de bioética, según la UNESCO

La UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) no establece una definición oficial de Comité Nacional de Bioética porque considera que cada Estado miembro elige un modelo y enfoque distinto “dado que la manera en la que un gobierno educa sobre las cuestiones de bioética varía de un país al otro”.

Sin embargo, se establece que cualquiera que sea la denominación, un «comité de bioética» sea un comité que trate “sistemáticamente y de manera continua sobre las dimensiones éticas (a) de las ciencias de la salud, (b) de las ciencias de la vida, y (c) de las políticas innovadoras en materia de salud”.

Según este organismo, la expresión ‘comités de bioética’ indica que “un grupo (presidente y miembros) se reúne regularmente para tratar cuestiones que no son simplemente factibles, sino además ampliamente normativas”. Es decir, el objetivo del comité no es solamente determinar cuál es la situación en un área de interés en concreto, sino también responder a la pregunta: ‘¿cómo debemos decidir y actuar?’

Respecto al ámbito de actuación, la UNESCO establece que “únicamente, los comités que operan en el conjunto del Estado miembro son considerados como comités nacionales, aunque en muchos países existen comités que operan en el ámbito regional, estatal, provincial e institucional. Asimismo, se observa la existencia de comités internacionales o globales”.

Según cómo se hayan instituido, distingue tres tipos de comités:

Tipo 1. Establecido por un órgano gubernamental, principalmente, el parlamento o el ministro competente. En otros casos, los comités pueden ser instituidos por el presidente o por el gobierno de un estado.

Tipo 2. Establecido por una organización no gubernamental, como, por ejemplo, una organización profesional (academia de ciencias o asociación médica), un órgano consultivo (consejo de la salud) o una ONG.

Tipo 3. Establecido por una Comisión Nacional ante la UNESCO.

Asimismo, los comités de bioética pueden tener cuatro formas con diferentes funciones cada uno:

- Comité encargado de la formulación de políticas y/o consultivo.
- Comité de asociaciones médicas profesionales.
- Comités de ética médica y hospitalaria.
- Comités de ética en investigación.



Comunicación, técnicas y cuidados generales en el paciente anciano ingresado

Debemos cuidar con atención a nuestros mayores, una etapa a la que todos esperamos llegar. La comunicación con ellos es básica y como profesionales debemos estar a la altura.

SUMARIO

Actitud básica comunicativa en los cuidados del Técnico

Tipos de comunicación y sus matices

Higiene diaria

Comunicarse significa intercambiar, expresarse, notificar algo, enviar mensajes y señales, pero al mismo tiempo, recibir y decodificar mensajes y señales de otros, así como reaccionar a ellos. Hay cuatro aspectos en un mensaje que se pueden resaltar de manera diferente:

- La información objetiva.
- La información referente.
- La apelación.
- La autorrevelación.

Actitud básica comunicativa en los cuidados del Técnico

Ser comunicativo, relacionarse de forma consciente y entablar una conversación verbal y no verbal no significa, como suele suponerse de forma errónea, dedicar más tiempo al paciente. Buena parte de la comunicación surge de manera sencilla con y durante los cuidados y la asistencia.

Precisamente toda la gama de señales no verbales positivas, como la dedicación física, el contacto visual, sonreír, tocar, mantener una conversación o hacer una pregunta, no supone tiempo, pero contribuye a construir una relación y una confianza que be-

nefician en definitiva a todos los que intervienen. Otros aspectos a tener en cuenta son:

- **Claridad.** Para crear una comunicación positiva y evitar interpretaciones erróneas es importante que los mensajes sean claros, comprensibles y unívocos.
- **Autenticidad.** La insinceridad en la comunicación, como la dedicación simulada, pone en peligro la relación. La otra parte percibe las contradicciones entre lenguaje corporal y lenguaje verbal. En lugar de mentir, es mejor reconocer la propia falta de tiempo.
- **Congruencia.** El esfuerzo por la claridad y sinceridad se manifiesta en una conducta congruente de comunicación: el lenguaje corporal y los mensajes verbales coinciden, formando un todo.
- **Empatía.** Un elemento esencial de la comunicación comprometida. Escuchar activamente significa prestar atención con la vista y el oído a todas las señales verbales y no verbales de la otra persona.
- **Distancia y proximidad.** El funcionamiento de la comunicación dependerá de la relación correcta entre distancia y proximidad de los comunicantes en los nive-

les verbales y no verbales. Una proximidad excesiva puede abrumar, incluso acosar, en tanto que un exceso de distancia señala desde indiferencia hasta rechazo. Una distancia agradable se inicia verbalmente con un saludo respetuoso y termina en el lenguaje corporal, con un trato cuidadoso, no insistente, acompañado de contacto.

Tipos de comunicación y sus matices

Los interlocutores pueden actuar desde posiciones paternalistas, infantiles o adultas. Quien hable con su interlocutor como un progenitor estricto, lo desplazará automáticamente a la posición del niño, ya sea adaptado, bueno o caprichoso. Por supuesto que también hay ancianos dominantes que ven al personal cuidador como sirvientes y le llevan a maltraer.

Ninguna de las dos variantes es conveniente, ya que no se trata en absoluto de padres e hijos (ni de jefes y subordinados), sino de adultos. Para la comunicación dentro de los cuidados, esto significa, por principio, ver, dirigirse o tratar al interlocutor necesitado de cuidados o ayuda como un



adulto y que los cuidadores no se erijan en “padres”. Son personas mayores, no son tontos.

• **Construir la comunicación.** Una comunicación consciente se produce siempre en tres etapas:

Primera etapa

– Percibirse a sí mismo, también en la disposición emocional momentánea y la expresión corporal; desarrollar un sentido de sí mismo.

– Desear expresarse conscientemente, de manera congruente con lo percibido.

Segunda etapa

– Percibir y tomar en serio las señales verbales y no verbales del interlocutor.

– Intentar entenderlo.

Tercera etapa

– Establecer una relación para mantener una comunicación útil.

– Expresar lo que se percibe en el interlocutor e intentar entender.

– Expresarse de manera sincera y congruente, pero que también sea comprensible y útil para el interlocutor.

Los Técnicos en Cuidados de Enfermería (TCE) tienen que informar al paciente o a sus familiares. El TCE asume el papel de emisor de mensajes, en tanto que la otra parte es sobre todo receptora, de ahí que la claridad en el mensaje sea tan importante. Pero siempre habrá que verificar si la información se ha recibido correctamente y si el interlocutor puede hacer algo con ella.

Hay que tener en cuenta que la comunicación no puede ser tan eficaz en diversos aspectos y que se debe adaptar en determinados casos:



Ser comunicativo, relacionarse de forma consciente y entablar una conversación verbal y no verbal no significa, como suele suponerse de forma errónea, dedicar más tiempo al paciente.

• **Situaciones de carga física y psíquica.** En caso de enfermedad o dolor, pero también en situaciones de miedo o duelo, la comunicación se transforma. El estado de la persona enferma pasa a primer plano.

• **Agresión.** Las expresiones de enojo y cólera en el nivel verbal y no verbal, pero también las manifestaciones injuriosas y ofensivas. Una persona podrá expresar enojo sin por ello perder el respeto y la dedicación de su entorno. Pero también hay que imponer límites a la agresión de manera clara y congruente, sobre todo cuando se dirige a otros. Esto incluye manifestar el propio enojo y la consternación en forma objetiva y breve para poder seguir siendo sinceros.

• **Enfermedad psíquica, demencia.** En el caso de personas que padecen alteraciones psíquicas, una relación bondadosa puede ayudar como base para hallar nuevas vías de contacto.

Higiene diaria

Hay que concienciar al paciente de la necesidad de la higiene diaria. Teniendo en cuenta las técnicas de comunicación reseñadas en párrafos anteriores, vamos a hacer un repaso a las técnicas y cuidados generales durante la higiene. Recuerde que su hospital puede tener protocolos que difieran de estos.

Baño del anciano capacitado

• **Concepto:** además de lavar la piel, el baño estimula la circulación y reduce el olor corporal al eliminar secreciones, sudación y bacterias de la piel. De esta manera se restablece la autoimagen.

• **Preparación/preejecución:**

– Presentarnos por nuestro nombre.
– Comprobar la indicación del tipo de higiene.



- Comprobar la identificación del paciente.
- Preparar el material necesario:
 - Esponjas jabonosas.
 - Dos toallas de baño.
 - Jabón.
 - Artículos de higiene personal (desodorante, talco, lociones, colonia)
 - Camisón/pijama limpio.
 - Guantes desechables
- Preparación del paciente:
 - Explique e instruya al paciente en la importancia de la higiene corporal. Recuerde las técnicas de comunicación.
 - Valorar con el paciente la autonomía del lavado en aquello que él pueda realizar solo o con ayuda.
- Preparación del personal:
 - Lavarse las manos.
 - Colocarse guantes limpios.
- **Técnica:**
 - Compruebe la limpieza de la ducha. Coloque, si es necesario, una banqueta en la ducha. Coloque una toalla o una esterilla de un solo uso en el suelo, delante de la ducha.
 - Recoja todo el material de higiene, los artículos para arreglarse y la ropa que requiere el paciente. Póngalo cerca de la ducha.
 - Ayude al usuario a ducharse si es necesario.
 - Instruya al paciente acerca del uso de los agarradores cuando entre y salga del baño o ducha.
 - Para los pacientes con cierta inestabilidad, coloque una toalla de baño sobre sus hombros. Ayúdelo a salir de la ducha y a secarse.
 - Ayude al paciente, si lo requiere, a vestirse; ropa interior, camisón, pijama, bata, etc.
- **Postejecución:**
 - Recoja y ordene el material.
 - Lávese las manos.
- **Registro.**
 - Registre la realización de la higiene en la hoja de Enfermería. Anote el grado de ayuda requerido.
 - Describa el estado de la piel y cualquier hallazgo significativo (áreas enrojecidas, hematomas...).

- **Consideraciones en el anciano:**
 - Hay que tener en cuenta el estado de la piel de la persona de edad cuando se planifique la higiene rutinaria. Debido al proceso de envejecimiento, se requiere mayor hidratación, ya que la piel puede rehidratarse con crema hidratante.
 - Los usuarios de edad con incontinencia urinaria requieren un cuidado meticuloso de la piel para reducir la irritación producida por la orina y las heces.

Baño del anciano encamado

- **Concepto:** baño realizado en ancianos totalmente dependientes.
- **Preparación/preejecución:**
 - Presentarnos por nuestro nombre
 - Comprobar indicación.
 - Comprobar identificación del paciente.
 - Preparar el material necesario:
 - Dos manoplas.
 - Dos toallas de baño.
 - Artículos de higiene personal (desodorante, talco, lociones, colonia).
 - Agua caliente.
 - Camisón, pijama o ropa.
 - Bolsa para lavandería.
 - Jabón.
 - Guantes desechables.
- **Preparación del paciente:**
 - Explique al paciente la atención que se le va a prestar y requiera sugerencias sobre cómo preparar lo necesario.
 - Ajuste la ventilación y temperatura de la habitación, cierre puertas y ventanas y corra las cortinas si las hay.
- Preparación del personal:
 - Lávese las manos.
 - Colóquese guantes limpios.
- **Técnica:**
 - Baje la barandilla de la cama y ayude al paciente a adoptar una posición cómoda, manteniendo el alineamiento corporal.

- Afloje la colcha de los pies de la cama.
- Quite el camisón o pijama del paciente. Si una extremidad está lesionada o su movilidad está reducida, empiece a quitar la ropa por el lado no afectado. Si el anciano tiene una vía intravenosa, quite primero la manga del brazo sin la vía; ponga en posición baja la solución intravenosa y deslice la bata o el pijama que cubre el brazo afecto a lo largo de la vía y el suero. Vuelva a coger el suero y compruebe que el flujo es correcto.
- Llene dos terceras partes de la palangana con agua caliente. Haga que el paciente toque el agua para probar su tolerancia a la temperatura.
- Quite la almohada, si está permitido, y levante la cabecera de la cama unos 30 o 45°. Coloque una toalla bajo la cabeza del paciente. Coloque una segunda toalla de baño sobre su pecho.
- Sumerja la esponja en el agua y escúrrala. Lave primero los ojos del paciente sin jabón. Mueva la manopla desde el ángulo interno al externo del ojo. Empape las legañas o costras de los párpados durante 2 o 3 minutos con el paño húmedo antes de intentar quitarlas. Seque completamente el ojo, con suavidad.
- Lave, aclare y seque bien la frente, las mejillas, la nariz, el cuello y las orejas.
- Lave los brazos con agua y jabón mediante pasadas largas desde el área más distal a la proximal (desde los dedos a las axilas). Levante y mantenga el brazo elevado por encima de la cabeza (si es posible), mientras se lavan del todo las axilas. Aclare y seque el brazo y la axila completamente. Si el usuario utiliza desodorante o polvos de talco, aplíquelos.
- Coloque la palangana sobre la cama, al lado del usuario. Sumerja la mano del paciente en el agua. Déje-



la en remojo de 3 a 5 minutos antes de lavar la mano y las uñas. Retire la palangana y seque bien la mano.

– Con la mano revestida por la manopla, lave el pecho utilizando movimientos amplios y firmes. En la mujer, tenga especial cuidado al lavar los pliegues cutáneos bajo las mamas. Puede ser necesario levantar el pecho mientras se lava la superficie que tiene por debajo. Seque completamente.

– Lave el abdomen, prestando especial atención al ombligo y a los pliegues abdominales. Lave de lado a lado. Mantenga el abdomen tapado entre el lavado y el aclarado. Seque completamente.

– Cubra el tórax y el abdomen con una toalla seca. Exponga la parte proximal de la pierna. Asegúrese de que el periné está cubierto. Doble la pierna y deslice la rodilla del paciente. Sujete el talón del paciente, eleve un poco la pierna y deslice la toalla de baño a lo largo, bajo la pierna. Pida al paciente que mantenga el pie quieto. Coloque la palangana sobre la toalla, encima de la cama, y asegure su posición cerca del pie que va a lavar.

– Sostenga la pierna por debajo con una mano, levántela y deslice la palangana bajo el pie levantado. Asegúrese de que el pie está firmemente colocado en el fondo de la palangana. Deje el pie en remojo mientras se lava la pierna. Si el paciente es incapaz de sostener la pierna, no la sumerja, simplemente lávela con un paño.

– Si no está contraindicado, efectúe largas y firmes pasadas lavando del tobillo a la rodilla y de la rodilla al muslo. Seque bien.

– Lave el pie, asegurándose de lavar entre los dedos. Seque bien. Si la piel es seca, aplique una loción hidratante.

– Ayude al paciente a colocarse en posición boca abajo o en decúbito lateral (si es posible), mantenga al paciente cubierto colocando una

sábana de baño sobre hombros y muslos. Lave, aclare y seque la espalda desde el cuello a las nalgas, y el ano. Frote la espalda.

– Ayude al paciente a colocarse de lado o en posición supina. Cubra el tórax y las extremidades superiores con una toalla y las inferiores con una sábana de baño. Exponga solamente los genitales. Aplique una loción repelente del agua en las áreas expuestas a la humedad.

– Aplique loción corporal adicional o aceite, si se desea.

– Ayude al paciente a vestirse. Pénelo.

• Postejecución:

– Retire la ropa sucia y colóquela en una bolsa específica.

– Lave o reemplace los utensilios de baño. Vuelva a colocar en su sitio las pertenencias personales.

– Lávese las manos.

• Registro:

– Registre la realización del baño en la hoja de Enfermería. Anote el grado de ayuda requerido.

– Describa el estado de la piel y cualquier hallazgo significativo.

Higiene bucal

• Concepto: a menudo es difícil mantener una higiene dental rutinaria en el anciano, por lo que la/el técnico debe ofrecer ayuda para la higiene dental siempre que sea preciso. La responsabilidad del equipo de enfermería también incluye determinar la frecuencia con la que el anciano debe cepillarse los dientes. Algunas alteraciones, resultado de la enfermedad o el tratamiento, hacen que la cavidad oral esté excesivamente seca o irritada.

• Preparación/preejecución:

– Comprobar indicación.

– Comprobar la identificación del paciente.

– Preparar el material necesario:

- Cepillo dental de cerdas blandas.
- Dentífrico fluorado no abrasivo.



Siempre habrá que verificar si la información se ha recibido correctamente y si el interlocutor puede hacer algo con ella.

- Seda dental.
- Solución antiséptica.
- Depresor lingual envuelto en una almohadilla.
- Lubricante hidrosoluble para los labios.
- Vaso para la dentadura.
- Palangana.
- Toalla para la cara.
- Guantes de un solo uso.

• Preparación del paciente:

– Explique el procedimiento al paciente y discuta sus preferencias acerca del empleo de material higiénico.

– Preparación del personal:

- Lávese las manos.
- Colóquese guantes limpios.



• Técnica:

- Levante la cama para tener una posición de trabajo confortable. Levante la cabecera de la cama (si se puede) y baje la barandilla. Mueva al paciente o ayúdelo a que se incorpore.
- Coloque una toalla sobre el tórax del paciente.
- Ponga dentífrico en el cepillo y vierta un poco de agua sobre él. El paciente puede ayudar cepillándose él. Mantenga las cerdas del cepillo en un ángulo de 45° en relación con la línea de las encías. Cepille la cara interna y la externa de los dientes superiores e inferiores, cepillando desde la encía hasta la corona de cada diente. Cepille los lados de los dientes moviendo las cerdas desde atrás hacia delante.
- Permita que el paciente se aclare completamente la boca tomando varios sorbos de agua, distribuyéndola por toda la superficie de los dientes y eliminándola en la palangana.
- Permita que el paciente se aclare la boca con alguna solución adecuada.
- Ayude a secar la boca del paciente.
- Permita que el paciente utilice la seda dental.

• Higiene de la cavidad bucal:

- En el caso de que el paciente esté inconsciente o debilitado:
 - Ponga al paciente de costado (posición de Sims) con la cabeza flexionada hacia abajo y la cabecera de la cama bajada.
 - Coloque una toalla bajo la cabeza y la palangana debajo de su barbilla.
 - Separe con cuidado los dientes superiores de los inferiores con el depresor almohadillado, introduciéndolo suavemente entre los molares. Si es posible, introdúzcalo cuando el paciente esté relajado. No utilice la fuerza.
 - Lave la boca utilizando una esponja o cepillo blando hume-

decido con agua oxigenada y agua. Limpie las superficies de masticación, la cara anterior de los dientes en primer lugar. Lave la cara externa de los dientes. Cepille la base de la boca, las encías y el interior de las mejillas. Cepille suavemente la lengua, pero evitando la estimulación de reflejo faríngeo, si existe. Humedezca una torunda limpia con agua para aclarar.

- Aplique una fina capa de crema hidrosoluble en los labios.
- Informe al paciente de que ya se ha acabado.

• Posejecución:

- Ayude al paciente a adoptar una posición cómoda.
- Quítese los guantes sucios y devuelva el equipo a su lugar.
- Lávese las manos.

• Registro:

- Anote que se ha realizado este procedimiento en la hoja de Enfermería y también describa el estado de la cavidad oral.

• Consideraciones en el anciano:

Con el envejecimiento se producen ciertos cambios en la cavidad oral. El adelgazamiento de la mucosa oral y la disminución de la vascularización gingival predisponen a los adultos de edad a la lesión y a la enfermedad periodontal. La pérdida de elasticidad tisular y el descenso de la masa y la fuerza de los músculos hace que la masticación sea más difícil. Incluso con estos cambios, la mayoría de los problemas de la boca pueden prevenirse con una buena práctica de higiene oral y con revisiones regulares de los dientes.

Higiene del cabello

- **Concepto:** la frecuencia con que debe lavarse el cabello depende de su estado y de los hábitos del paciente. El cabello seco, normalmente resultado del envejecimiento y del déficit proteínico re-

quiere un lavado menos frecuente que el cabello graso o el cabello de las personas más jóvenes. La/ el Técnico debe recordar que, en el caso de pacientes encamados, debido al exceso de sudoración o de tratamientos que dejen sangre o algún tipo de solución en el cabello, es conveniente lavar la cabeza con más frecuencia.

• Preparación/preejecución:

- Comprobar indicación.
- Comprobar identificación del paciente.
- Preparar el material necesario:
 - Dos toallas de baño.
 - Toalla para la cara.
 - Champú.
 - Guantes desechables.
- Preparación del paciente:
 - Explique el procedimiento al paciente.
 - Ponga al paciente en decúbito supino con la cabeza y los hombros en el borde superior de la cama. Coloque una bandeja de plástico bajo la cabeza del usuario y una palangana al lado.
- Preparación del personal:
 - Lávese las manos.

• Técnica:

- Coloque una toalla enrollada bajo el cuello del paciente y una toalla sobre sus hombros.
- Cepille y peine el cabello del paciente.
- Pida al paciente que mantenga una toalla pequeña sobre los ojos.
- Derrame lentamente sobre el cabello el agua hasta que se haya humedecido completamente el pelo. Si el cabello tiene sangre fijada, póngase guantes y aplique agua oxigenada para disolver los coágulos, luego aclare el cabello. Ponga una pequeña cantidad de champú.
- Enjabone con ambas manos. Comience por la frente y continúe hacia la parte posterior del cuello. Levante ligeramente la cabeza con una mano para lavar



la parte posterior. Lave los lados de la cabeza. Realice un masaje en el cuero cabelludo aplicando cierta presión con la punta de los dedos.

– Aclare el cabello con agua. Repita el aclarado hasta que el cabello quede libre de jabón.

– Aplique crema suavizante y aclare completamente el cabello.

– Envuelva la cabeza en una toalla. Seque la cara del paciente. Seque la humedad que pudiera haber quedado sobre el cuello o los hombros.

– Peine el cabello para desenredarlo y séquelo con un secador, si lo desea.

• Posejecución:

– Ayude al paciente a adoptar una posición cómoda y complete el peinado.

– Devuelva el material a su lugar adecuado. Ponga la ropa sucia en una cesta.

– Lávese las manos.

• **Registro:** anote cualquier hallazgo pertinente relacionado con el estado del cabello o del cuero cabelludo.

• Consideraciones en el anciano:

– El crecimiento del cabello disminuye considerablemente entre los 50 y los 60 años.

– La edad se acompaña de adelgazamiento del cabello y calvicie. Es frecuente cierto grado de pérdida de cabello, tanto en hombres como en mujeres, tras los 60 años.

Higiene de las uñas y los pies

• **Concepto:** las uñas y los pies requieren a menudo un cuidado especial para evitar infecciones, mal olor y lesión de los tejidos blandos. En muchas ocasiones, las personas no son conscientes de sus problemas con los pies o las uñas hasta que parece dolor o incomodidad.

• Preparación/preejecución:

– Comprobar indicación.

– Comprobar identificación del paciente.

– Preparar el material necesario:

- Palangana.

- Batea.

- Manopla.

- Toalla.

- Cortaúñas.

- Palito de madera de naranjo.

- Lima para uñas.

- Loción corporal.

- Guantes desechables.

• Preparación del paciente:

– Explique el procedimiento al paciente, incluido el hecho de que deberá tener las uñas en remojo durante algunos minutos.

– Corra la cortina alrededor de la cama o cierre la puerta de la habitación.

– Ayude al paciente que puede caminar a sentarse en una silla al lado de la cama.

– Ayude al paciente que no puede levantarse a ponerse en posición supina, con la cabecera de la cama elevada. Ponga un empapador desechable en el suelo, bajo los pies del paciente, o una toalla sobre el colchón.

• Preparación del personal:

– Lávese las manos.

• Técnica:

– Llene una palangana con agua caliente. Compruebe la temperatura del agua.

– Coloque la palangana sobre el empapador o la toalla y ayude al paciente a colocar los pies dentro.

– De igual modo, coloque una palangana pequeña con agua caliente cerca del regazo del paciente para que éste introduzca los dedos en ella.

– Mantenga en remojo los pies y los dedos de las manos de 10 a 20 minutos.

– Lave con suavidad la zona de debajo de las uñas con el palito de madera mientras los dedos están sumergidos en el agua. Retire la palangana pequeña y seque completamente los dedos.

– Con el cortaúñas, corte las uñas de forma recta y paralela a la punta de los dedos*. Moldee las uñas con la lima.

– Póngase los guantes y frote las áreas callosas de los pies con la manopla.

– Limpie suavemente la zona de debajo de las uñas con el palito de madera. Saque los pies de la palangana y séquelos completamente.

– Lave y recorte las uñas de los pies utilizando el mismo procedimiento que el descrito anteriormente para las uñas de las manos.

– Aplique una loción en los pies y las manos y ayude al paciente a volver a la cama, adoptando una posición confortable.

• Posejecución:

– Quítese los guantes y lávese las manos.

– Limpie y devuelva el material al lugar correspondiente.

– Ponga la ropa sucia en la cesta adecuada.

• Registro:

– Anote el procedimiento y las observaciones pertinentes en la hoja de Enfermería.

• Consideraciones en el anciano.

– Los cambios que se producen en la piel que envejece pueden verse en el pie del anciano. Por su parte, las uñas se vuelven opacas, duras, mate o hipertróficas.

– Los problemas más frecuentes que sufren los pies de los ancianos son los siguientes: dolor en los talones por desgarros de la fascia plantar y de la musculatura del pie, metatarsalgia (dolor entre las cabezas de los metatarsianos), dedos en martillo o en garra, ojos de gallo y callosidades, enfermedades de la uña (infecciones fúngicas), artritis y neuropatías que producen una disminución de la sensibilidad del pie.

– Las personas ancianas también son más vulnerables a los juanetes. ●

*Si el paciente tiene problemas circulatorios, no corte la uña, sólo limela.

El reto de detectar el maltrato psicológico infantil a través de la teoría del apego

El apego seguro en la infancia proporciona una luz verde a los adolescentes y, más adelante, en la adultez; pero, por desgracia, la sociedad actual da más importancia a lo material que a la afectividad humana, especialmente en estos momentos de crisis económica en que se dispone de menos recursos.

Palabras clave:

- Protección
- Bienestar
- Necesidades

La palabra “maltrato” procede del latín y está formada por dos partes: la primera es *male* (mal) y la segunda *tratare* (tratar) más el sufijo *-to* que es equivalente a recibir la acción.

“Infancia” por su parte, es el período de vida de una persona que empieza a los cero años y acaba a los 10 años, cuando empieza el camino a la pubertad.

El momento clave de la vida empieza a los cero años, cuando se empiezan a formar los soportes afectivos, intelectuales y la personalidad del niño, y estos soportes serán importantes para su futuro. Esta etapa puede provocar un fracaso o un éxito futuros, ya que este primer período marca a la persona para su desarrollo, así como el funcionamiento normal de su comportamiento. Así se puede reflejar en las metas de su vida, con una especial relevancia en situaciones límite.

Estimulación temprana, juegos didácticos y pedagogía

La estimulación temprana del niño permite prepararlo para su inicio de la etapa escolar, a partir de los 3 o 4 años. La situación en la infancia es la más débil por su inocencia y su indefinición. En este momento el niño no tiene

armas para defenderse ni para protegerse si no es bajo el cuidado de un adulto.

Los derechos del niño

Todos los niños menores de 18 años están protegidos, sin distinción de raza ni de sexo, religión o procedencia, por la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)¹. Los derechos de la infancia se basan en cuatro principios fundamentales:

1. La no discriminación.
2. El interés superior del niño.
3. El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo.
4. La participación.

Hoy día, transcurridos 27 años desde que se aprobó la CDN en 1989, quedan muchos retos pendientes en lo que a cumplimiento de derechos se refiere. Desde entonces se han alcanzado bastantes logros en distintos ámbitos, tales como la familia, el colegio y otras instituciones.

La CDN recoge en sus 54 artículos los derechos de los niños y de las niñas; en el artículo 19 señala que es obligación del estado proteger a los niños de todas las formas de malos tratos, tanto físicos como psíquicos, perpetrados por padres, madres, u otra persona.

En la sociedad, en el caso de las familias

Las familias que no sean capaces de cuidar y de proteger a sus hijos o que no dispongan de los medios para hacerlo serán atendidas por los gobiernos. Estos organismos tienen la responsabilidad de ayudarlas o de ocuparse de los niños, prestando las ayudas más adecuadas a la situación y siempre teniendo en cuenta lo mejor para el niño.

El informe de la infancia en España

Los datos reflejan que en la actualidad encontramos luces y sombras respecto a la protección a la infancia. Por ejemplo, los estudios realizados por UNICEF revelan que en nuestro país se produce un alto índice de violencia^a que ha ido en aumento en los últimos años.

^aAltos índices de violencia intrafamiliar hacia los niños, niñas y adolescentes revelan el 4º Estudio de Maltrato Infantil realizado por UNICEF en Chile, el cual señala que el 71% recibe algún tipo de violencia de parte de su padre o madre y solo un 29% no es víctima de maltrato en su hogar. Según el estudio, un 25,9% de los niños, niñas y adolescentes recibe violencia física grave, un 25,6% violencia física leve y un 19,5% violencia psicológica. Entre 1994 y 2012 el porcentaje de niños y niñas que viven sin violencia ha aumentado de 22,5% a 29%; y el de aquellos que sufren maltrato físico grave ha bajado de 34,2% en 1994 a 25,9% en 2012.

La crisis, además, es un agravante, ya que dificulta el bienestar de la infancia y su desarrollo físico y psíquico, tal como podemos comprobar en alguno de sus informes².

Necesidades afectivas y biológicas del ser humano

Durante décadas se han priorizado las necesidades biológicas, olvidando el carácter también primario de las necesidades afectivas y sociales. El interés afectivo por los demás es aprendido, y no existe una necesidad original o simplemente biológica que impulse a los individuos a vincularse afectivamente a los demás.

Desde la perspectiva inicial, los niños desarrollan una relación de afecto con sus cuidadores porque estos les suministran comida, es decir porque actúan como mediadores de su satisfacción y de sus necesidades biológicas.

A partir de los años cincuenta empezaron a surgir numerosas críticas al planteamiento anterior que defendían la importancia de los cuidados afectivos del individuo en su desarrollo general.

Los propios psicoanalistas lo observaron en los niños que mostraban un interés por la madre, independientemente de la situación de alimentación, aspecto que fue confirmado a partir del estudio de las consecuencias experimentadas por los niños institucionalizados. Estos estudios señalaban la presencia de numerosos trastornos en el desarrollo afectivo, físico, social y cognitivo. A pesar de haber sido bien atendidos en sus necesidades biológicas, los niños presentaban carencias afectivas.

Los niños que permanecían durante un tiempo prolongado separados de sus padres presentaban, a corto plazo, retraso en aquellas conductas que se aprenden en el contexto relacional: lenguaje, juegos, etc. Más a largo plazo,

también trastornos graves de tipo intelectual, afectivo y social. La conclusión a la que llegan estos estudios es que la causa fundamental de estos trastornos es el hecho de que estas instituciones, a causa de la escasez de personal junto, en ocasiones, a la escasa cualificación de los cuidadores, no facilitan la posibilidad de establecer una relación especial, lo que les impide el fortalecimiento de vínculos afectivos y, en consecuencia, los niños no disponen de la figura del apego que podrían utilizar como base de seguridad.

El momento clave de la vida empieza a los cero años, cuando se empiezan a formar los soportes afectivos, intelectuales y la personalidad del niño, y estos soportes serán importantes para su futuro.

Paralelamente, etólogos ilustres, como Konrad Lorenz y Harry Harlow, mostraron que el interés por los miembros de la misma especie es algo no aprendido y plantearon que las crías de las mismas especies están programadas biológicamente para formar un vínculo emocional con sus primogénitos, con independencia del factor alimentario. Este proceso, denominado “importa o troquelado”, ilustra el carácter primario de los lazos emocionales. Harlow llegó a demostrar en sus investigaciones con monos Rhesus lactantes que el factor más importante en el desarrollo de respuestas afectivas no era la alimentación sino la posibilidad de abrazarse y tener un contacto cálido y reconfortante. Existe un video en Youtube donde podemos apreciar la necesidad de un contacto afectivo tal como desarrolla este último etólogo: <https://www.youtube.com/watch?v=smkEsiUsoc>.

John Bowlby formuló la teoría del apego, que le permitió conceptualizar, de forma clara y novedosa, la tendencia de los seres humanos a establecer vínculos

afectivos intensos con otras personas de la misma especie. Según este autor, existe una preferencia innata de los bebés hacia estímulos sociales con el rostro y la voz de su madre. En el análisis del proceso de formación del apego distingue tres componentes:

1. La conducta del apego.
2. El modelo mental de relación.
3. Los sentimientos.

Estos tres componentes identifican lo que Bowlby denominará, en 1969, el sistema de apego,

que funciona como un sistema de seguridad que apoya la exploración y el aprendizaje del entorno mientras garantiza la protección del niño.

Tipología del apego infantil y su evaluación

Para evaluar y detectar la calidad del apego que el niño desarrolla con su cuidador, Ainsworth y Wilting desarrollaron, en 1964, una situación experimental a la que se denomina “situación del extraño”.

Este procedimiento ha sido ampliamente utilizado y se considera uno de los instrumentos más válidos y fiables en el diagnóstico de la calidad del apego infantil. Consiste en una situación estructurada de laboratorio, con más de 21 minutos de duración, diseñada para producir en el niño el nivel de estrés suficiente para activar sus conductas de apego. Estas relaciones están mediadas por procesos mentales de interacción que dan lugar a un apego seguro y por lo tanto una calidad de apego positivo (fig. 1).

Por otro lado, el apego inseguro consiste en la carencia de

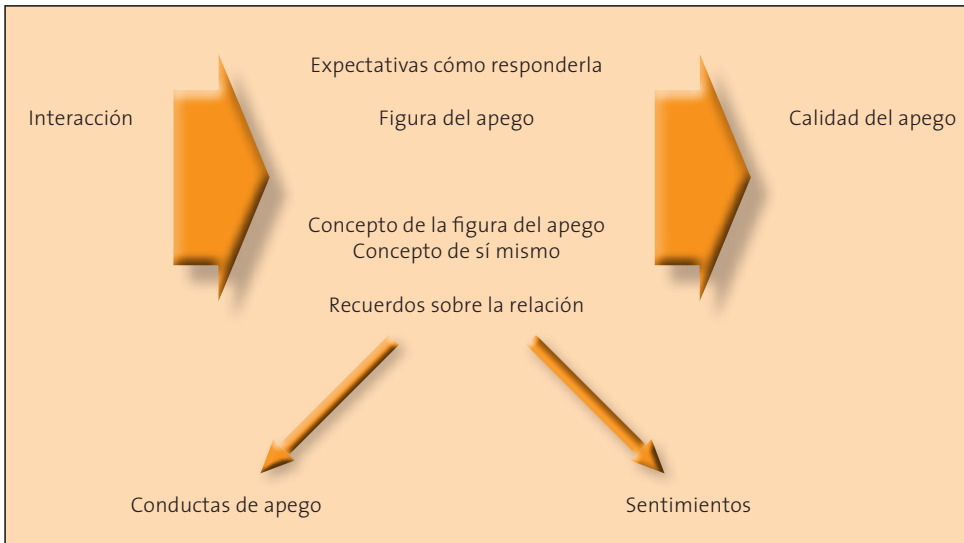


Figura 1. Modelo mental de relación

desarrollo social que presentan los niños. Este apego se clasifica en tres tipos, A, C y D, según las diferentes características que lo componen (fig. 2).

En resumen, un vínculo seguro refleja unas experiencias de interacción positiva, mientras que el

desarrollo de un vínculo inseguro nos alertaría sobre las relaciones padres-hijos.

Estas alteraciones parecen incidir en la posterior capacidad del niño para entablar nuevas relaciones y formar nuevos vínculos afectivos.

Modelos de intervención centrados en el cambio de calidad de la relación temprana padres-hijos

Existen 5 modelos principales para actuar con el niño y la familia para redirigir la relación hacia un apego positivo. Estos son:

- Intervención centrada en el apoyo.
- Modelo de orientación evolutiva.
- Modelo de orientación relacional.
- Proximidad psicológica psicoterapéutica.
- Psicoterapia guiada por el niño.

Por otra parte, existen casos de padres con apego inseguro. Para ellos existen modelos sociales comunitarios que prestan ayuda a modo de guía en el trabajo social y asistencial. Estos tienen sus orígenes en intervenciones centradas en el apoyo a las madres y a los padres mediante consejos y terapias de participación en grupos de autoayuda y ayuda domiciliaria. Este tipo de modelos encaja con la teoría del apego en la medida en que proporciona a los padres un apoyo que funciona como base de seguridad y permite acudir cuando lo necesiten sin que se sientan amenazados. Este apoyo incide en una reducción del estrés ante la tarea de la crianza y permite a los padres ser más sensibles y responsables con sus hijos.

Detectar el maltrato en el ámbito sanitario

Existen muchos lugares donde se puede detectar y evitar el problema del maltrato. Hablaremos de los más importantes, como la familia, la escuela o el centro sanitario. Principalmente nos centraremos en el ámbito sanitario, ya que es el que permite un acceso más cercano de exploración y el que nos permite prevenir la salud física y mental del menor.

Se vigilará el maltrato actuando desde la familia, ya que esta constituye el primer ámbito de socialización del individuo y es el lugar donde el niño establece sus primeras relaciones afectivas

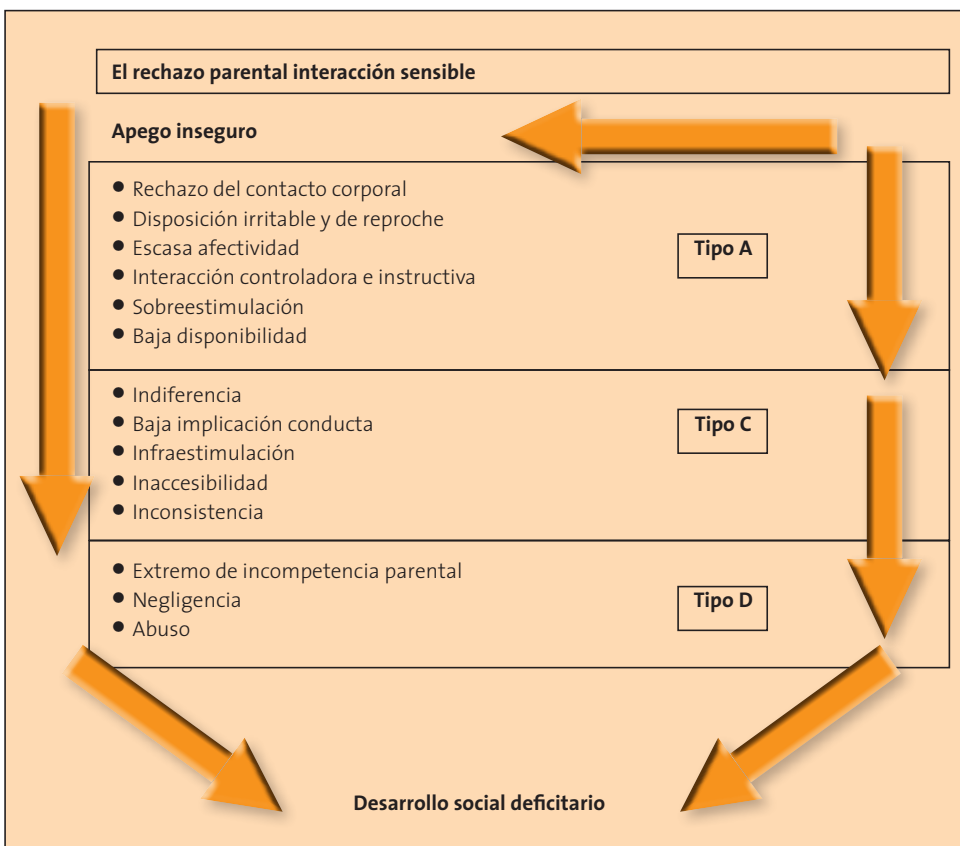


Figura 2. Antecedentes interactivos del apego inseguro y huidizo

y sociales. Desde el momento del nacimiento, los padres serán los que trabajen en contra de potenciar una extrema vulnerabilidad e indefensión. No obstante, los servicios de salud mental también contribuyen a la detección, pues en niños remitidos a las consultas por problemas psicopatológicos puede descubrirse que en la etiología de estos influye el estar siendo, o haber sido, objeto de malos tratos. Para el necesario abordaje integral del maltrato infantil es imprescindible la coordinación interinstitucional de los recursos sanitarios (atención primaria, especializada, hospitalaria) y no sanitaria (servicios sociales, educativos, judiciales). En estas intervenciones multidisciplinares los servicios de salud mental cubren una función fundamental, tanto para el apoyo psicológico y emocional como en la atención de los problemas psiquiátricos relacionados con el menor.

Para mejorar su competencia en la atención al maltrato infantil, los profesionales de los servicios de salud mental deben disponer de la adecuada formación sobre el tema. Esta formación, de especial importancia para el desarrollo práctico y la efectividad del Programa General de Atención al Maltrato Infantil, incluirá los aspectos teóricos y conceptuales fundamentales, así como los de índole específica para la atención en salud mental y aquellos otros que van a formar parte del abordaje integral del maltrato: pediátricos, sociales, legales, policiales y judiciales, de investigación y de prevención.

Consecuencias en la adolescencia y en la adultez de la carencia de apego seguro

Las secuelas más desarrolladas en la adolescencia y en la adultez son un patrón de vínculo en fun-

ción del aprendizaje retroactivo. Este patrón de relación originado por un apego inseguro puede ocasionar un futuro trastorno de apego reactivo.

Los niños con este trastorno presentan una respuesta o un contacto social pobremente desarrollado. A los 2 meses de vida no siguen los movimientos con la mirada, no responden con sonrisas ni con miradas recíprocas. A los 4 meses se detectan dificultades en su participación en juegos sencillos con el observador. No se observa que se dirijan a la madre de forma espontánea. A los 7 meses no se arrastran, no establecen comunicación visual o verbal, ni tienen conductas de imitación. Suelen presentar apatía, mirada fija, llanto débil, tono muscular pobre, escasa motilidad espontánea, sueño excesivo y falta de interés.

Debido al aumento del maltrato infantil, sería conveniente reforzar a nivel estatal el cuidado de los derechos de los niños.

La razón de la visita de estos niños que no reciben un cuidado adecuado suele ser una enfermedad somática, una patología infecciosa o un problema de alimentación.

“El diagnóstico de reacción infantil por trastorno de la vinculación en la infancia puede hacerse solamente en presencia de una evidencia clara de falta de cuidados adecuados. Para ello, puede requerirse una visita domiciliar y una observación de la interacción entre el niño y la madre o figura que la sustituya, tanto durante las horas de comida como fuera de ellas, o bien informes de otros observadores puesto que los informes de la madre pueden no ser fiables”³.

Conclusión

Debido al aumento del maltrato infantil, sería conveniente reforzar a nivel estatal el cuidado de los derechos de los niños. Desde el ámbito sanitario, como profesionales, podemos aumentar la atención a partir de una buena formación que nos permitirá detectar estos fenómenos para intervenir adecuadamente y lo antes posible para disminuir las consecuencias del maltrato y así poder recuperar una infancia feliz, una adolescencia digna y una adultez razonablemente humana. ●

Bibliografía

1. Convención de los Derechos del Niño UNICEF. Disponible en: <http://www.unicef.es/infancia/derechos-del-nino/convencion-derechos-nino>
2. González-Bueno G, Bello A. La infancia en España 2014. El valor social de los niños: hacia un Pacto de Estado por la Infancia. Madrid. UNICEF Comité Español; 2014. Disponible en: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/infanciaespana/unicef_informe_la_infancia_en_espana_2014.pdf
3. Sarlé Gallart M. Trastornos reactivos del vínculo en la primera infancia. http://www.paidopsiquiatria.cat/files/trastornos_reactivos_del_vinculo.pdf

Bibliografía recomendada

- Arruabarrena MI, de Paül J, Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide; 2005.
- García Sánchez JN. Dificultades del desarrollo. Evaluación e intervención. Madrid: Ediciones Pirámide; 2007.
- Gómez Artiga A, Viguer Seguí P, Cantero López MJ. Intervención temprana: desarrollo óptimo de 0 a 6 años. Pirámide; 2003.
- González-Bueno G, Bello A. La infancia en España 2014. El valor social de los niños: hacia un Pacto de Estado por la Infancia. Madrid. UNICEF Comité Español; 2014. Disponible en: http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/infanciaespana/unicef_informe_la_infancia_en_espana_2014.pdf
- Larraín S, Bascuñan C. 4º Estudio de Maltrato Infantil. Santiago, Chile. Unicef; 2012.
- Disponible en: https://www.unicef.org/lac/Cuarto_estudio_maltrato_infantil_unicef.pdf
- Pérez López J, Brito de la Nuez AF. Manual de atención temprana. Madrid: Ediciones Pirámide; 2004.

► Publicaciones

Varios

■ **Edita:** Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE)

■ **Precio:** 15 € afiliados y 30 € no afiliados

■ **Pedidos:** pedidos@fundacionfae.org

La Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería (FAE) ofrece a los Técnicos en Cuidados de Enfermería, a los Técnicos en Farmacia y a los Técnicos en Emergencias Sanitarias una amplia oferta formativa, con el objetivo de que puedan actualizar y/o complementar sus conocimientos sobre diversos aspectos sanitarios.

Entre las áreas que FAE ha desarrollado para cumplir con este objetivo, está la línea editorial, a la que recientemente se han sumado dos nuevas cabeceras: "Manual del Técnico en Farmacia I. Farmacología y la actividad farmacéutica" y "Atención, técnicas y cuidados del TCE en Otorrinolaringología".

El catálogo de publicaciones está disponible tanto en la web de FAE, www.fundacionfae.org, como en la de SAE, www.sindicatosae.com y todos aquellos profesionales interesados en estas u otras publicaciones pueden adquirir su ejemplar a través del correo electrónico pedidos@fundacionfae.org.



► Exposición

El rostro de las letras. Escritores y fotógrafos del Romanticismo a la Generación del 14

■ **Lugar:** Sala Municipal de Exposiciones de las Francesas (Valladolid)

■ **Fecha:** hasta el 28 de febrero de 2017

■ **Horario:** de martes a domingos y festivos, de 12 a 14 h y de 18:30 a 21:30 h. Lunes cerrado

■ **Precio:** entrada gratuita



Tras haber viajado por diferentes localidades españolas, desembarca en Valladolid una de las exposiciones más ambiciosas de los últimos tiempos, resultado de más de 20 años de búsqueda de imágenes en archivos públicos y privados, dentro y fuera de nuestras fronteras, para concentrar a través de más de 200 piezas (entre fotografías, objetos, registros sonoros y documentos) la historia del retrato fotográfico español desde los primeros procedimientos empleados a principios del siglo XIX hasta el desarrollo de la prensa ilustrada a comienzos del siglo XX.

Así, el rostro de las letras españolas lo podemos contemplar a través del gran formato, postales, fototipias, tirajes de huecograbado, o los trabajos realizados por los reporteros gráficos, tanto los pioneros en publicaciones como *La Ilustración Española y Americana*, como los más modernos, editados por cabeceras como *Blanco y Negro*.

El paseo por esta exposición lo hacemos de la mano de fotógrafos como Alfonso, Company,

Franzen, Kaulak, Nicolás Muller, Santos Yubero, Catalá-Roca o Ramón Masats, cuyos trabajos nos permiten inmiscuirnos en las redacciones de los periódicos, en las tertulias de los cafés, en las reuniones de los ateneos o en la vida familiar de literatos como Azorín, Baroja, Marañón, Ortega y Gasset, Pardo Bazán, Jacinto Verdaguer, Eugenio d'Ors, Rosalía de Castro y Unamuno, por citar solo a unos pocos.

► Concierto

La Oreja de Van Gogh. Gira 2017

■ **Más información:** precios y horarios en www.laorejadevangogh.com

Con ocho millones de discos vendidos y premios tan importantes como el Grammy Latino o los MTV Europa en sus vitrinas, La Oreja de Van Gogh sale de nuevo a la carretera para presentar su séptimo álbum de estudio "El planeta imaginario", un nuevo trabajo en el que la banda nos muestra, a través de 12 temas nuevos, "una foto de sus emociones en 2016", según han declarado.



La gira, que arrancó el pasado mes de diciembre en Vitoria, les llevará a recorrer tanto España (Sevilla, Madrid, Palma de Mallorca, A Coruña o Pamplona, entre otras) como Estados Unidos, en un ciclo de conciertos con el que conmemoran su 20 aniversario.

► Cine

La La Land (La Ciudad de las Estrellas)

■ **Director:** Damien Chazelle

■ **Género:** musical, drama

■ **Nacionalidad:** Estados Unidos

■ **Estreno:** 13 de enero de 2017

■ **Reparto:** Emma Stone, Ryan Gosling, J.K. Simmons, Finn Wittrock, Sandra Rosko, Sonoya Mizuno, Rosemarie DeWitt, Tom Everett Scott, Callie Hernandez, Amiée Conn, Jessica Rothe, John Legend, Ana Flavia Gavlak, Josh Pence, Ashley Caple

Con la ceremonia de los Oscar a la vuelta de la esquina, las salas españolas estrenan el día 13 de enero una de las firmes candidatas a llevarse la estatuilla de oro, *La La Land*.



En esta ocasión, Damien Chazelle, director de trabajos tan sobresalientes como *Whiplash* (2014), nos vuelve a sacudir con una narración, que enfoca de cerca las fantásticas interpretaciones de Ryan Gosling y Emma Stone, los dos protagonistas que dan vida a Mia y Sebastián.

Durante dos horas asistimos a un maravilloso musical clásico en el que la melodía, la pasión y el drama nos llevan por los sueños de Mia y Sebastián, cuya vida se ha quedado estancada mientras confían que sus esperanzas se cumplan en una ciudad que ofrece grandes oportunidades, pero no a todo el mundo.

Un cuento maravilloso y lleno de energía con el que Chazelle nos invita a continuar viviendo mientras esperamos que nuestros anhelos se cumplan. ●

LÍNEA EDITORIAL DE FAE




*PRECIO DE CADA EJEMPLAR

Afiliados 15 € / No afiliados: 30 €

Los pedidos se harán a través del e-mail pedidos@fundacionfae.org o del fax 91 521 53 83.

Se debe adjuntar el justificante de pago que previamente se realizará en el número de cuenta del BBVA ES29 0182-0945-35-0201020056

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que serán de 15 euros y correrán por cuenta del afiliado /no afiliado



¡¡CON LA COMPRA DE TRES LIBROS, DISTINTOS O IGUALES, TE REGALAMOS UN PENDRIVE PERSONALIZADO!!

CUIDADOS Y ATENCIÓN DEL TCE AL PACIENTE NEUROLÓGICO. MÓDULOS I Y II

*PRECIO: AFILIADOS: 25 € / NO AFILIADOS: 35 €

Los pedidos se harán a través del e-mail pedidos@fundacionfae.org o del fax 91 521 53 83.

Se debe adjuntar el justificante de pago que previamente se realizará en el número de cuenta del BBVA ES29 0182-0945-35-0201020056

TÉCNICAS Y CUIDADOS DEL TCE ANTE EL MALTRATO

*PRECIO: AFILIADOS: 35 € / NO AFILIADOS: 45 €

Los pedidos se harán a través del e-mail pedidos@fundacionfae.org o del fax 91 521 53 83.

Se debe adjuntar el justificante de pago que previamente se realizará en el número de cuenta del BBVA ES29 0182-0945-35-0201020056

*GASTOS DE ENVÍO GRATIS, excepto a Canarias, Ceuta y Melilla, que son de 15 € y correrán por cuenta del afiliado /no afiliado



**XXVIII CONGRESO NACIONAL
DE TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA
Y TÉCNICOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS**

BIOÉTICA

CARTAGENA

31 DE MAYO, 1 Y 2 DE JUNIO DE 2017

