



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE DESARROLLO TERRITORIAL
Y BIENESTAR SOCIAL



CALI, UN NUEVO LATIR!

UNION TEMPORAL FUNDACION IDEAL
CORPORACIÓN REGIONAL DE REHABILITACIÓN DEL VALLE

MODULO I

APRENDIENDO MEJOR A CUIDAR



PROYECTO:
"IMPLEMENTACION DE LA POLITICA MUNICIPAL DE
ATENCION A LA DISCAPACIDAD DE SANTIAGO DE CALI"

JORGE IVAN OSPINA GÓMEZ

Alcalde de Santiago De Cali

MARILUZ ZULUAGA SANTA

Secretaria De Desarrollo Territorial Y Bienestar Social

RODOLFO MILLAN MUÑOZ

Director Ejecutivo

Fundación IDEAL Para La Rehabilitación Integral «Julio H. Calonje»

Representante Legal Unión Temporal IDEAL-CRRV

MARGARITA MARIA MEZA TREJOS

Directora Ejecutiva

Corporación Regional de Rehabilitación del Valle

LUZ AURORA SALAZAR BOCANEGRA

Coordinadora Componente Atención a Personas con Discapacidad Severa y Cuidadores

Módulo elaborado por:

ILSE SOTO FRANCO

Fisioterapeuta

SANDRA PATRICIA SANTOS

Fisioterapeuta

Santiago de Cali, Marzo de 2009

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos específicos	8
A QUIÉN LLAMAMOS «CUIDADOR»	9
1. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR DISCAPACIDAD? ..	11
1.1. CONCEPTO DE DISCAPACIDAD	11
1.2. TÉRMINOS BÁSICOS DE DISCAPACIDAD .	12
1.2.1. Deficiencia.....	12
1.2.2. Limitaciones en la actividad.....	12
1.2.3. Restricción participativa	13
1.3. CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD SEGÚN EL GRADO DE SEVERIDAD	13
1.4. PRINCIPIOS EN EL TRABAJO CON DISCAPACIDAD8	14
1.5. ENFERMEDADES GENERADORAS DE DISCAPACIDAD	15
1.5.1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL	16
1.5.1.1. Retraso Mental	16
1.5.1.2. Epilepsia 9	17
1.5.1.3. Autismo	17
1.5.2. DISCAPACIDAD MOTRIZ	18
1.5.2.1. Insuficiencia motriz de origen cerebral (IMOC)	19
1.5.2.2. Lesiones de la médula espinal.....	20
1.5.2.3. Enfermedad cerebro vascular.....	20
1.5.3. DISCAPACIDAD AUDITIVA.....	21

1.5.4. DISCAPACIDAD VISUAL.....	21
1.5.5. SORDOCEGUERA	22
1.5.7. DISCAPACIDAD POR TRASTORNOS DEL LENGUAJE, VOZ Y HABLA	22
.....	23
1.5.8. DISCAPACIDADES MÚLTIPLES O	23
PLURIDEFICIENCIAS	23
2. PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS PARA EL CUIDADOR	24
2.1. OBJETIVO	24
2.2. QUE ES UN PRIMER AUXILIO	24
2.3. ELEMENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS	24
AUXILIOS SIGLA PAS	24
2.4. QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA	25
EMERGENCIA	25
2.5. ACTUACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES	30
2.5.5. Fracturas	35
2.5.6. Desmayos o lipotimias	36
2.5.7. Quemaduras	36
2.6. REGLAS GENERALES.....	37
2.7. EL BOTIQUÍN	38
3. HABITOS SALUDABLES Y ESTRATEGIAS DEMEJORAMIENTO DE LA CONDICIÓN FÍSICA DELCUIDADOR	39
3.1. OBJETIVO	39
3.2. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR HÁBITOS	39
SALUDABLES?	39
3.3. ¿QUÉ ES EL AUTOCUIDADO?	39

3.3.1. MANEJO POSTURAL	41
3.3.1.2. BUENOS CONSEJOS PARA UNA ESPALDA SALUDABLE	45
3.3.2. ¿QUE ES LA CONDICION FISICA?	47
3.3.2.1. MEJOREMOS NUESTRA CONDICION FISICA	48
3.3.3. EL AUTOMASAJE.....	53
 BIBLIOGRAFÍA	 56
Parte I	56
Parte 2	57
Parte 3	57



INTRODUCCIÓN

La organización de las naciones Unidas (ONU), en su resolución número 48/96 de 1993, promulgó las normas uniformes para la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. en donde las entidades gubernamentales deben crear estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad así como a las personas que se encuentran a cargo de su cuidado.

Según la severidad de la discapacidad y los mecanismos que la producen, las personas con discapacidad pueden requerir la ayuda o asistencia de una tercera persona que suplan las necesidades de atención básica y cuidados necesarios a los que no puede acceder el discapacitado, permitiendo aumentar los niveles de participación social. En el estudio de prevalencia del valle del cauca, el 77% de hombres y el 93% de mujeres con discapacidad declaran necesitar ayuda de un tercero para realizar actividades de la vida diaria. En estas circunstancias aparece la figura del cuidador. Este se define como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada por cualquier tipo de discapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales¹.

El rol que cumple el cuidador@ puede traer consigo una serie de cambios a nivel personal y emocional que pueden afectar la relación cuidador@-persona con discapacidad, esta situación nos advierte que el rol del cuidador puede ser una sobrecarga por el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los miembros de la familia, surge entonces la necesidad de implementar programas a nivel institucional

que permitan al cuidador tener herramientas básicas de manejo de la persona con discapacidad y su entorno.

La sensibilización y formación de cuidadores y personas en situación de discapacidad severa es una estrategia que hace parte del proyecto de la Secretaría de Desarrollo Territorial Y Bienestar Social de la alcaldía De Santiago De Cali.



1. Abad Lluch., Llopis Rocher, A., Pérez Cuesta, S., Serrano Moragues, A., El cuidador principal en la enfermedad de alzheimer. www.enfervalencia.org/ei/articles/rev55/artic8.htm.

OBJETIVOS

Objetivo General

Capacitar a los cuidadores en el manejo integral de la persona con discapacidad severa

Objetivos específicos

Familiarizar al cuidador con los conceptos básicos de discapacidad y rehabilitación integral.

Adquirir conocimientos básicos en el manejo de situaciones de emergencia que se puedan presentar durante el manejo de la persona con discapacidad severa.

Proporcionar al cuidador una información clara sobre la importancia de cuidarse para poder cuidar.

A QUIÉN LLAMAMOS «CUIDADOR»

Existen muchas definiciones de la palabra cuidador y reciben una clasificación según el tipo de oficio que desempeñan; en este caso haremos referencia al cuidador como aquella persona encargada del cuidado de otro ser humano quien no se encuentra en condiciones ya sean físicas o mentales de cuidarse por sí solo.

Podemos diferenciar dos grandes grupos de cuidadores: **cuidadores profesionales**, aquellos que ejercitan una labor profesional a través de organismos, instituciones o empresas y **cuidadores no profesionales**, aquí se encuentran los familiares, amigos, voluntarios de asociaciones, etc. Pero todos ellos dedicados al cuidado de personas que por su situación de discapacidad discapacidades físicas, sensoriales o psíquicas no pueden realizar las actividades de la vida diaria con autonomía propia²

Cuidadores Familiares de personas mayores dependientes³ Son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo: permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone.

Cuidador informal⁴ Son las personas que no pertenecen a ninguna institución de salud ni social y que

2. PC-188DC237A43D\discapacidad severa\TALLERES\ CUIDADORES - Conceptos Básicos.mht

3. Web de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

4. Página Web del Col·legi de Farmacèutics de la Província de Barcelona

 *Aprendiendo a Cuidar Mejor*

cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio.

En esta ocasión este manual está dirigido a los cuidadores de personas con discapacidad severa, sin embargo, puede ser utilizado por cualquier persona interesada en el tema de la discapacidad y sus cuidados.



1. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR DISCAPACIDAD?

La organización Mundial de la Salud (OMS) en los años setenta empieza a trabajar la Clasificación Internacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía (CIDDDM) publicada en 1980, con el objetivo de clasificar la consecuencias de las enfermedades, los traumas y los trastornos de las personas, en donde se centraba en las personas con discapacidad como objetos de estudio y un problema social.

Con los nuevos planteamientos del modelo social, el enfoque cambia y las personas dejan de ser objetos para ser sujetos con derecho de decidir sobre sus vidas, enfocándose en el entorno y la exclusión social como obstáculos para las personas con discapacidad, es así como la OMS construye una nueva clasificación y es así como en el 2001 se aprueba la Clasificación internacional de funcionamiento de l discapacidad y de la salud (CIF)⁵

Como cuidador de personas con discapacidad es importante empezar a familiarizarse y apropiarse de los términos, y de esta manera entender mejor y reconocer la discapacidad como un problema social que nos involucra a todos.

1.1. CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

La CIF, plantea la discapacidad como una expresión de un determinado estado de salud pero esto no indica

5. Collado Héctor. **Manual para conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y la salud.** Consejo Nacional De Rehabilitación Y Educación Especial

que la persona deba ser considerada como un enfermo, en donde si bien es cierto existen limitaciones en sus posibilidades de interacción, también debemos tener en cuenta las cualidades y capacidades que la persona con discapacidad posee. No se clasifican las personas sino las características del funcionamiento como humanos que somos.

Este término puede ser utilizado para indicar la alteración en el funcionamiento del individuo a nivel corporal, individual o social, asociado a estados de salud.⁶

Se conoce entonces como persona con discapacidad a aquella que tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, quien al interactuar con su entorno puede impedir su participación plena en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.

1.2. TÉRMINOS BÁSICOS DE DISCAPACIDAD

El concepto de discapacidad es asumido como un término que abarca las siguientes dimensiones

1.2.1. Deficiencia

Son los problemas en las funciones o en las estructuras del cuerpo, como una alteración o una pérdida, esta deficiencia puede ser temporal o permanente, progresiva o estática, pero no necesariamente indica enfermedad.

1.2.2 Limitaciones en la actividad

Es la dificultad en la realización de una tarea o acción por parte de un individuo en ambientes normales.

6. Lineamientos de política. Habilitación/Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Ministerio de protección social. Imprenta nacional de Colombia. Mayo de 2004

Ejemplo: limitación para realizar la marcha.

1.2.3. Restricción participativa

La participación es la naturaleza y grado en que una persona se desenvuelve en situaciones de la vida que le permite ser incluido, de ser aceptado, o tener acceso a los recursos necesarios. Una limitación en la ejecución de sus actividades como consecuencia de barreras sociales puede generar una restricción participativa. Como son la participación en actividades de la comunidad⁷.

Ejemplo de restricción participativa: Imposibilidad de conseguir empleo, Ausencia de relaciones sociales, Estados depresivos y de ansiedad frecuentes.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que los factores ambientales y personales influyen en la severidad de la discapacidad que puede presentar una persona.

1.3. CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD SEGUN EL GRADO DE SEVERIDAD

Discapacidad leve:

Personas que presentan síntomas o secuelas que les generan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria sin embargo la persona es independiente y no requiere apoyo de terceros y puede superar barreras del entorno, puede contar con apoyos que pueden facilitar su participación en la realización de sus actividades de la vida diaria.

7. Jimenez Rodrigo, Manual Para Conocer La Clasificación Internacional Del Funcionamiento De La Discapacidad Y De La Salud. página 106-107.

Discapacidad moderada:

Personas que presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas de auto cuidado y supera con dificultades sólo algunas barreras del entorno. Igualmente debe contar con apoyos o facilitadores que aumenten su interacción social.

Discapacidad severa:

Personas que se encuentran gravemente alteradas las posibilidades de realizar sus actividades cotidianas, y no logra superar las barreras del entorno requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona. No cuenta con ningún tipo de apoyo para su participación.

1.4. PRINCIPIOS EN EL TRABAJO CON DISCAPACIDAD⁸

No discriminación

Discriminación contra las persona con discapacidad significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, que tenga el propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce, o ejercicio por parte de las personas con discapacidad de sus derechos humanos y libertades fundamentales

No violencia

La violencia contra las personas con discapacidad incluye la violencia física, sexual, psicológica, patrimonial y por negligencia

8. Jimenez Rodrigo, Manual Para Conocer La Clasificación Internacional Del Funcionamiento De La Discapacidad Y De La Salud. página 158-164

Igualdad de oportunidades

Todos somos igualmente diferentes. La valoración de la diversidad en el caso concreto para otorgar una equidad de oportunidades para todos los seres humanos.

Accesibilidad

Es la existencia de facilidades para que todas las personas puedan movilizarse libremente, hacer uso de todos los servicios y disponer de todos los recursos que garanticen su seguridad, su movilidad y su comunicación.

Auto representación

Las personas con discapacidad deben participar activamente en todas las decisiones sociales que los afectan.

Vida independiente

Que las personas con discapacidad asuman el control sobre su destino y tomen las decisiones en sus vidas, implica centrar el problema en el entorno y no en la persona con discapacidad.

IMPORTANTE

Las consecuencias de la discapacidad dependen de la forma y profundidad con que alteran la adaptación del individuo al medio. La discapacidad puede ser definitiva o recuperable o en fin, compensable (mediante el uso de prótesis u otros recursos).

1.5. ENFERMEDADES GENERADORAS DE DISCAPACIDAD

Las personas viven la discapacidad de manera diferente, ya que esta depende no sólo de la alteración en la función sino también del entorno donde se desarrollan. Dependiendo de la alteración funcional se hará referencia a las principales alteraciones que en conjunto pueden llevar a una discapacidad severa.

1.5.1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Hace referencia a marcadas limitaciones en el funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media, que generalmente coexiste junto con limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

Una persona con discapacidad intelectual puede tener un nivel de afectación leve, moderado, severo o profundo. En ocasiones se acompaña de trastornos psiquiátricos, del lenguaje y/o problemas físico-motores.

1.5.1.1. Retraso Mental

Retraso mental son las marcadas limitaciones en el funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media, que generalmente coexiste junto con limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

Otras condiciones relacionadas con retraso mental

En ésta categoría están incluidas otras condiciones relacionadas con retraso mental o que requieren un tratamiento similar al que las personas con retraso mental requieren, pero no incluye otras condiciones de discapacidades que son solamente físicas en naturaleza.

Ejemplos son: Neurofibromatosis, Esclerosis Tuberosa y Síndrome de Prader-Willi.

1.5.1.2. Epilepsia ⁹

Desorden cerebral producido por súbitos cambios de las ondas eléctricas del cerebro que no se pueden controlar. Caracterizada por la aparición paroxística de fenómenos muy diversos (contracturas, sacudidas clónicas, trastornos de la conciencia, trastornos sensitivos, sensoriales y psíquicos). Presentación en forma brusca y duración breve.

Tipos de Epilepsia:

- **Gran mal:** clásica, movimientos tónico-clónicos generalizados.
- **Pequeño mal:** ausencias, mioclonías (pequeñas contracciones de un grupo muscular).
- **Hipsarritmia:** espasmos en flexión de un niño.

1.5.1.3. Autismo

El Autismo es una discapacidad severa y crónica del desarrollo, que aparece normalmente durante los tres primeros años de vida. Ocurre aproximadamente en 15 de cada 10 000 nacimientos y es cuatro veces más común en niños que en niñas. Se encuentra en todo tipo de razas, etnias y clases sociales en todo el mundo.

No se conoce ningún factor en el entorno psicológico del niño como causa directa del Autismo, se define por la tríada de déficit en reciprocidad social, comunicación y conductas o intereses repetitivos cada uno de los cuales puede ocurrir en diferentes niveles de gravedad. Pueden

9. http://www.auxiliar-enfermeria.com/leydependencia_00_indice.htm

observarse manifestaciones incompletas de este trastorno en personas con déficits sociales y de comunicación pero sin conducta repetitiva. Estos déficits pueden causar una alteración significativa a lo largo de la vida y pueden acompañarse además de alteración en la comunicación y la interacción social, conductas de autoestimulación (aplaudir, balancearse, girar).

1.5.2. DISCAPACIDAD MOTRIZ

La enfermedad, lesión o daño ha afectado el sistema nervioso o el osteoartromuscular (músculo, huesos, articulaciones) o ambos creándole limitaciones en el desplazamiento de sus miembros o partes de ellos, que a veces lo confinan a llevar su vida en sillas de ruedas o en la cama.

Las discapacidades de movilidad pueden tener origen en accidentes y enfermedades como artritis, problemas cardíacos, Parálisis cerebral (IMOC), la enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, pérdida de extremidades o dedos y lesiones de estrés repetitivo, entre otros factores. La limitación de sus movimientos en muchas ocasiones los obliga a utilizar aparatos y aditamentos para realizar sus desplazamientos tales como la propia silla de ruedas, andadores, bastones, muletas entre otros.

También se incluye la ausencia o pérdida de uno o varios miembros inferiores o superiores, ya sean causadas por malformaciones genéticas o amputaciones como secuelas de algún trauma por accidente o enfermedad. Entre ellos tenemos:

1.5.2.1. Insuficiencia motriz de origen cerebral (IMOC)

Es un trastorno del tono, postura y movimiento a causa de una lesión o anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro. Este conjunto de desórdenes cerebrales que afecta el movimiento y la coordinación muscular, es causada por daño a una o más áreas específicas del cerebro, generalmente durante el desarrollo fetal, pero también puede producirse antes, durante o poco después del nacimiento, así como en la infancia.

Es un trastorno que no se agrava con el paso del tiempo y aunque es predominantemente motor pueden coexistir otros trastornos asociados que inciden sobre la conducta de personas con IMOC, como son los de tipo sensorial, perceptivo y psicológico, aunque no tiene porque suponer una afectación a nivel mental.

Cuando se aplica educación, terapia y tecnología se puede ayudar a las personas con parálisis cerebral para que puedan conducir vidas productivas.

Tipos de IMOC

IMOC espástica: movimientos rígidos, contraídos y lentos.

IMOC atetoide: movimientos involuntarios, sin coordinación, impulsivos, que dificultan la actividad voluntaria.

IMOC atáxica: no consiguen medir la fuerza y dirección de sus movimientos, éstos son torpes y lentos, se desvían de la dirección dada inicialmente.

IMOC mixta: Casi siempre una combinación de espasticidad y atetosis.

1.5.2.2. Lesiones de la médula espinal

La médula espinal tiene como función principal conectar el sistema nervioso con el resto del cuerpo, esta estructura puede estar afectada en muchas lesiones difusas y localizadas que dan origen a una variedad de alteraciones caracterizadas por distintos grados de parálisis motora o sensitiva. Las lesiones en médula espinal pueden ser congénitas como la espina bífida o las meningoceles, y las de tipo traumática como el trauma raquimedular.

Como consecuencia de una lesión medular la persona puede presentar una discapacidad leve o severa, dependiendo del sitio de la lesión que puede comprometer las dos o las cuatro extremidades y el tronco, lo que no permite la movilidad adecuada y funcional. Esta alteración se caracteriza porque generalmente se acompaña de la parálisis de las extremidades sin compromiso de los otros sistemas sensoriales o mentales, principalmente cuando son de origen traumático.

1.5.2.3. Enfermedad cerebro vascular

Conocido también como derrame cerebral, infarto cerebral, hemorragia cerebral, ataque cerebral. Se define como la interrupción del suministro de sangre a cualquier parte del cerebro. Esta lesión se puede dar por falta de riego a los vasos o por hemorragia a nivel de los mismos.

Presenta manifestaciones como la debilidad o parálisis de un brazo, una pierna, un lado de la cara o cualquier parte del cuerpo, acompañado de entumecimiento, hormigueo o disminución de la sensibilidad, cambios en la visión, incapacidad para hablar o entender el lenguaje, dificultades para escribir o leer, dificultad para deglutir o babeo, Pérdida de la memoria, pérdida del equilibrio o la

coordinación, cambios en la personalidad , cambios en el estado anímico (depresión, apatía), Somnolencia, letargo, o perdida del conocimiento. Dependiendo del grado de severidad de la lesión en el cerebro puede causar una discapacidad leve, moderada o severa.

1.5.3. DISCAPACIDAD AUDITIVA

La característica principal de esta discapacidad es la carencia o pérdida total o parcial del sentido del oído. Puede ser congénita o adquirida a través de alguna enfermedad o accidente. Esta discapacidad muchas veces no es perceptible a simple vista.

Las personas que no tienen perdida total de la audición se benefician con el uso de prótesis auditivas colocadas detrás o dentro del pabellón de la oreja aunque pueden llevarse en el bolsillo de la camisa o de la blusa. Las personas con discapacidad auditiva pueden comunicarse con la utilización del lenguaje de señas o por medio de la lectura labio facial.

1.5.4. DISCAPACIDAD VISUAL

Es la perdida total o parcial de sentido de la vista y se les conoce como ciegos o débiles visuales, estos últimos utilizan gafas de elevada graduación u otras ayudas ópticas como son las lupas.

Desde poca visión hasta la ceguera, el rango de limitaciones visuales es muy amplio. Los síntomas de visión reducida son visión borrosa, visión desenfocada, problemas para ver de lejos o de cerca, daltonismo.

Las personas con discapacidades visuales suelen tener problemas para distinguir el texto o las imágenes visuales, o bien para llevar a cabo tareas que requieren la coordina-

ción de los ojos y las manos. Un tamaño de texto mayor, un mayor contraste de pantalla y combinaciones de colores personalizables pueden resultar de ayuda para personas con visión deficiente. Estas personas cuando no están rehabilitadas o bien entrenadas, se les dificulta realizar actividades de la vida diaria como vestirse, bañarse o caminar y llevar una vida social activa.

1.5.5. SORDOCEGUERA

La sordoceguera es una discapacidad única causada por una combinación de deficiencia auditiva y visual. No se trata de la sumatoria de la sordera más la ceguera, sino que es **una sola discapacidad** con características propias. La sordoceguera puede ser congénita, cuando él o ella nacen sordociegos y adquirida cuando se presenta en la niñez, la adolescencia o la edad adulta con el compromiso del otro órgano de los sentidos (visión o audición) o de ambos sentidos.

Una persona es Sordociega cuando posee deficiencias auditivas y visuales, independientemente del grado de cada una y cuya combinación le causa problemas para la movilidad, acceso a la información, comunicación, actividades educativas, laborales, de la vida diaria, comunitarias u otras limitaciones de su funcionamiento.

1.5.7. DISCAPACIDAD POR TRASTORNOS DEL LENGUAJE, VOZ Y HABLA

Un «trastorno del habla y lenguaje» se refiere a los problemas de la comunicación u otras áreas relacionadas, tales como las funciones motoras orales. Estos atrasos y trastornos varían desde simples sustituciones de sonido

hasta la inhabilidad de comprender o utilizar el lenguaje o mecanismo motor oral para el habla y alimentación.

Algunas causas de los trastornos del habla y lenguaje incluyen la pérdida auditiva, trastornos neurológicos, lesión cerebral, retraso mental, abuso de drogas, impedimentos tales como labio leporino y abuso o mal uso vocal.

Abarca entre otras:

- Retardo del desarrollo del lenguaje
- Afasias, Disfasias: (pérdida total o parcial del lenguaje adquirido, como secuela de enfermedades neurológicas. Ejemplo: Demencia, traumatismos craneoencefálicos.
- Disartrias (trastornos de pronunciación como secuela de alteraciones neurológicas, Ej. Accidentes Cerebro Vasculares, Parálisis Cerebral)
- Dislalias (trastornos de pronunciación)
- Tartamudez (trastorno del ritmo y la fluidez verbal)
- Disfonías (ronqueras)
- Laringectomías(extirpación de la laringe)

1.5.8. DISCAPACIDADES MÚLTIPLES O PLURIDEFICIENCIAS

Se considera la Plurideficiencia como la combinación de varios déficits: psíquicos, sensoriales y motores. En general, se aplica a personas con dos o más deficiencias: generalmente una de tipo mental y otra física o sensorial.

2. PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS PARA EL CUIDADOR

2.1. OBJETIVO

Adquirir conocimientos básicos en el manejo de situaciones de emergencia que se puedan presentar durante el manejo de la persona con discapacidad severa, brindando una asistencia adecuada y oportuna, evitando que la persona empeore.

2.2. QUE ES UN PRIMER AUXILIO

Son las atenciones inmediatas y temporales que se le aplican a una persona que sufrió un accidente o una enfermedad súbita. Quien presta el primer auxilio debe entregar al paciente al centro hospitalario en mejores condiciones de como fue encontrado y en el menor tiempo posible, para su atención definitiva.

2.3. ELEMENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS AUXILIOS SIGLA PAS

Es una sigla que permite mostrar el orden como se debe actuar en una emergencia y significa:

Protección – avisar – Socorrer

PROTECCIÓN

Se debe proteger el sitio del hecho al igual que la persona que socorre, de tal forma que cuide su vida, su salud e integridad física.

AVISAR

Se debe avisar al sitio de emergencias (112), la policía o los bomberos.

SOCORRER

Identificar si la persona respira o tiene signos vitales se debe esperar al personal especializado para el socorro.

2.4. QUE SE DEBE HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA

- Poner a salvo su propia vida.
- Si ocurre en un lugar público, pida a los espectadores que no rodeen a la víctima.
- Conservar la calma, conocer las posibilidades y limitaciones de auxiliar a la víctima
- Distinguir las urgencias vitales y no causar más daños.

PASO I: Aplicar el ABC¹⁰

A: Que la vía aérea este abierta y sin riesgo de obstrucción. Se abre la boca en busca de algo que pueda obstruir la vía aérea, en caso de haber algo a nuestro alcance lo retiramos haciendo un barrido de gancho con el dedo índice, en caso de no haber nada vamos a hacer la técnica de inclinación de cabeza.

B: Se evalúa que la ventilación esté presente o no. Se utiliza la nemotecnia:

Ver: el pecho del paciente (si sube y baja).

Escuchar: la respiración

Sentir: el aire que sale por la boca o nariz

Hay que determinar si respira por si solo, con que frecuencia y que tan profundas son las respiraciones.

C: Se determina la presencia de signos de circulación, como el pulso o la coloración de la piel, si está pálido, azulado; la temperatura corporal. Y revisar si presenta alguna hemorragia evidente.

10. Manual de primeros Auxilios Básicos Comité Logístico Permanente de Protección Civil y Seguridad. México, 2006

PASO II:

VERIFICAR EL ESTADO DE CONCIENCIA

La conciencia es la capacidad de la persona de mantener el contacto con la realidad, tanto del medio interno como del externo. Es la condición mínima para ejecutar tareas o asumir roles.



La mejor forma de saber como es su conciencia: es preguntarle o hablarle fuerte, cómo se encuentra o el lugar donde esta, o puede sacudirlo desde los hombros.

En caso de no responder, no se debe mover a la persona y debe pedir ayuda sin desesperarse

TOMAR LOS SIGNOS VITALES

Los signos vitales son las manifestaciones objetivas que presenta un paciente y nos dan las funciones vitales, por medio de éstos estimamos el estado de salud o gravedad de la persona.

Valores normales de los signos vitales

PULSO:

Es la presión que se siente cuando el corazón se contrae y bombea sangre a las arterias. Este signo indica que está llegando la sangre a todas las zonas del cuerpo. Debemos contabilizar cuantas pulsaciones hay en un minuto y detectar si es débil o fuerte. Existen diferentes zonas para tomar el pulso.

COMO VERIFICAR QUE EL PACIENTE TIENE PULSO

Buscar la presencia de pulso en las arterias del cuello, palpar con las yemas del segundo y tercer dedo colocados sobre la manzana de Adán, deslizando hacia afuera y presionando, emplear aproximadamente 10 segundos.

SITIOS DE PALPACIÓN DEL PULSO			
Pulso Radial	Pulso Pedio	Pulso Poplíteo	Pulso Carotídeo
			

FRECUENCIA RESPIRATORIA (RESPIRACIÓN):

Se toma usando la nemotecnia VES (ver, oír, sentir) contando cuantas ventilaciones da por minuto la persona. Este es el único signo vital que uno mismo puede controlar por lo que es importante no decirle al paciente que se va a valorar para que no altere su patrón ventilatorio.¹¹

Comprende todos los procesos que involucra el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre el medio ambiente y las células del cuerpo.

11. MANUAL DE Primeros Auxilios Básicos Comité Logístico Permanente de Protección Civil y Seguridad. México, 2006

Cómo verificar que el paciente respira

Acerque su oído a la nariz del lesionado, para oír y sentir el aliento. Acerque el dorso de su mano a la nariz para sentir el aliento. Si es posible, coloque su mano bajo el tórax para sentir el movimiento. Coloque un espejo cerca de la fosa nasal, para ver si se empaña. El número de respiraciones normales es de 15 a 20 por minuto. Se debe abrir la vía aérea con el paciente acostado llevar la mandíbula hacia arriba



TENSIÓN ARTERIAL:

Es la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias. Se coloca el tensiómetro en el brazo con la flecha o las mangueras en la zona de la arteria (el doblez del codo), se cierra pero no se aprieta al brazo, se busca el pulso de la arteria que pasa en esa zona y ahí se coloca la campana del estetoscopio; con la perilla se hace subir la aguja del manómetro hasta los 160mmHg o dependiendo de la presión que maneje normalmente nuestro paciente, después se abre la perilla lentamente para poder escuchar en donde se empieza a oír el latido cardíaco y donde se deja de escuchar. El primer ruido y el último que escuchemos nos indicarán cuál es la tensión arterial.¹²

12. Idem

VALORES NORMALES DE LOS SIGNOS VITALES

ETAPA	VALOR NORMAL		
	RESPIRACIÓN	PULSO	TENSION ARTERIAL
BEBE	30-50 r/m	80-140 p/m	56-70/84-106 mm Hg
NIÑO	20-40 r/m	80-100 p/m	64-80/104-124 mm Hg
ADULTO	12-24 r/m	60-80 Xp/m	120/80mm Hg (Variable)

TEMPERATURA:

Es la cantidad de calor del cuerpo medida en grados centígrados. Se realiza en diversas zonas del organismo: boca, recto, axila, conducto auditivo.

La temperatura normal del cuerpo es de 36.5 a 37° C.

Procedimiento: verificar que la columna de mercurio esté en nivel inferior. Mantener contacto con la superficie por 5 minutos, con mínimo de 3 minutos.

**POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD**

Colocar al paciente de medio lado, evita que el vómito en caso de presentarse pase al pulmón, igualmente permite alinear la cabeza con el tronco y las extremidades.

No se debe aplicar esta posición en los siguientes casos:

- En extremidades pélvicas fracturadas.
- Sospecha de fracturas de vértebras
- En heridas penetrantes en tórax.
- En heridas penetrantes en abdomen.

- En fracturas en el cráneo.
- En mujeres embarazadas.

Todo paciente se debe inmovilizar adecuadamente para evitar lesiones secundarias antes de su traslado. El cuello ortopédico es un material imprescindible en la asistencia al politraumatizado para inmovilizar la columna cervical ante la más mínima sospecha de lesión. Se debe colocar siempre antes de movilizar al paciente.



2.5. ACTUACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

2.5.1. Inconsciencia

Se debe dar un estímulo doloroso , este puede ser un pellizco y observar si tiene algún tipo de respuesta, extraer cuerpos extraños o caja de dientes de la boca, inmediatamente comprobar si respira, en caso de no respirar, se debe llamar al 112, despejar las vías aéreas y si se está capacitado empezar maniobras de respiración y cardiaca.

2.5.2. Obstrucción de la vía aérea (atragantamiento):

Una obstrucción de las vías respiratorias impide que el oxígeno nos llegue, ya que un cuerpo extraño impide la llegada de oxígeno a los pulmones, en esta situación se producirá una falta de oxígeno a las células del cerebro por lo que se producirá una pérdida de conciencia en tres o cuatro minutos y posteriormente la muerte cerebral.

Una de las causas más frecuentes de ahogamientos ocurre durante las comidas, pasarse un trozo de carne, pollo, etc. sin haber masticado es la causa más común.¹³

Maniobra de Heimlich persona consciente:

En caso de una obstrucción completa de las vías aéreas se actúa aplicando la maniobra de Heimlich, que consiste en provocar un aumento de la presión intratorácica, es decir, provocar «tos artificial».

Estará de pie y seguramente inquieto, será difícil realizar la técnica, hemos de agarrarlo como sea, ponerlo contra la pared o con ayuda de otras personas. Hemos de situarnos de tras del accidentado, pasar nuestros brazos por debajo de sus axilas, colocar el nudillo del dedo pulgar con la mano cerrada a cuatro dedos por encima de su ombligo, coger el puño con la otra mano, ejercer una fuerza enérgica hacia nosotros y hacia arriba, repetir la maniobra hasta conseguir extraer el cuerpo extraño.



13. http://es.wikipedia.org/wiki/Maniobra_de_Heimlich

Maniobra de Heimlich para persona inconsciente:

En este caso deberemos sentarnos encima de las rodillas del accidentado que estará boca-arriba y con la cabeza girada hacia un lado. Colocaremos el talón de una mano a dos dedos por encima del ombligo, colocaremos la segunda mano sobre la primera. Realizaremos una presión enérgica hacia arriba, tratando de elevar la parte inferior del diafragma. Repetir la maniobra hasta conseguir la expulsión.



2.5.3. Convulsiones

Los ataques epilépticos no son una emergencia médica. Las convulsiones generalmente son de corta duración - unos cuantos minutos. Si los ataques duran más de quince minutos, llame al médico.



Permitirle los movimientos bruscos que se desencadenan, no trate de sostener a la persona durante la convulsión, debe proteger la cabeza con almohadas, chalecos o sostenerla firmemente sin impedir el movimiento, No le golpee la cara. **No salpique agua sobre la cara del paciente. No ponga su dedo o un objeto fuerte entre**

los dientes del afectado. Retirar los objetos que se encuentran alrededor para evitar que se golpee, tratar de introducir en la boca un trapo o un objeto resistente para evitar que se muerda la lengua.

Cuando haya pasado el ataque, aflojar la ropa apretada, especialmente alrededor del cuello. La persona debe ser volteada de lado en caso de presentarse vómito; esto impide que dicho vómito pase hacia los pulmones. Permanecer con la persona hasta que llegue la ayuda y mientras tanto vigilar sus signos vitales (pulso, frecuencia respiratoria). Traslade al paciente a un lugar confortable y déjelo dormir si desea.¹⁴

2.5.4. Sangrados

Para detener la hemorragia se debe:

- 1-Localizar el lugar preciso de la salida de sangre y el tipo de hemorragia por lo cual se debe descubrir la zona.
- 2-Ejercer presión directa sobre la hemorragia durante 5-10 minutos con una compresa, si la compresa se llena de sangre no se debe de quitar sino colocar encima otra compresa para evitar deshacer el coagulo que se empieza a formar.

Si no da resultado...

- 3-Ejercer presión indirecta en una zona entre la herida y el corazón, por ejemplo, si el sangrado está en una mano, puede presionarse en el sitio de localización del pulso braquial, esto para evitar el paso de sangre hacia la herida que condiciona la hemorragia, evitando así que se pierda.

14. Fuente :<http://www.nlm.nih.gov/>

Si no da resultado...

4-Eleve la parte afectada por arriba del nivel del corazón para que por gravedad vaya disminuyendo la hemorragia.

En ultima instancia...

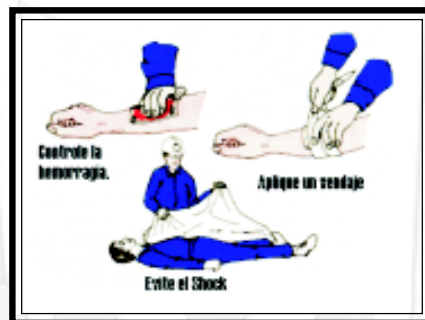
5-Coloque hielo envuelto en un trapo o bolsa limpia alrededor de la zona afectada para parar la hemorragia. (Crioterapia)

Pero siempre...

Aplice un vendaje compresivo moderado. El torniquete está contraindicado para la mayoría de los casos, solo en las amputaciones se utiliza esta técnica.

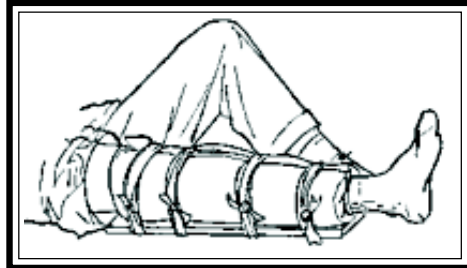
Presión directa: Se debe colocar un pañuelo o trapo limpio acompañado de presión fuerte sobre el sitio que sangra, en caso de ser la extremidad, tratar de elevarla y mantenerla en esa posición; si el pañuelo o paño se encuentre empapado, evitar retirarlo, se recomienda colocar otros encima y se continua ejerciendo presión.

Por gravedad: se realiza al elevarse el miembro afectado por arriba del nivel de la cabeza provocando con esto mayor dificultad de circulación hacia la parte distal afectada.



2.5.5. Fracturas

La Fractura es la pérdida de la continuidad del tejido óseo, ya sea total o parcial. Causada por trauma directo, es decir, un golpe directo que rompe la



zona donde se efectúa o por trauma indirecto en donde el hueso se fractura debido a las fuerzas que se transmiten a lo largo del mismo desde el punto de impacto; o por torsión brusca.

Al haber una fractura por lo general existe daño y lesión en los tejidos blandos circundantes. Las fracturas son lesiones que por sí solas no comprometen la vida pero que si no se cuidan de la manera adecuada pueden empeorar y pueden causar

Recomendaciones:

- No mover al paciente. Inmovilizar el segmento afectado (abarcando las articulaciones superior e inferior a la fractura producida), usando tablillas, cartones, pañuelos, vendas, etc,
- NO mover la región afectada porque podemos producir complicaciones,
- NO intentar acomodar los huesos, ya que los fragmentos óseos podrían provocar desgarros,
- NO colocar las inmovilizaciones demasiado apretadas.¹⁵

15. Comisión de Seguridad, Protección Civil e Identidad Ambiental FES Iztacala 2006 Manual de Primeros Auxilios Básicos

Ahora, supongamos que tenemos una fractura a nivel cervical o vertebral... ¿que hacer? Solo hay que inmovilizar la cervical, dejar al afectado tal cual, ya que un mal movimiento puede desde dejarlo paralítico, hasta matarlo... Así que solo inmovilizar la cervical y en caso de estar con alguien preparado, hacerle caso y no tomar la iniciativa propia.

2.5.6. Desmayos o lipotimias

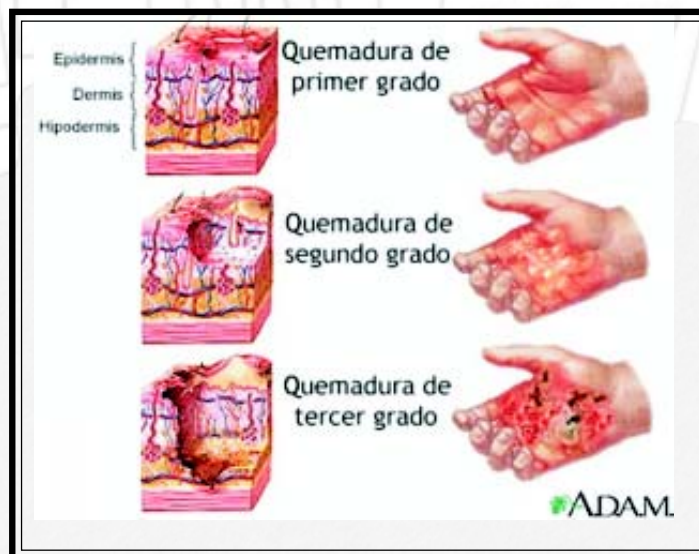
Intentar elevar las piernas o llevar la cabeza hacia adelante, en caso de que pierda la conciencia evitar darle líquidos.



2.5.7. Quemaduras

Clasificación

De acuerdo a su profundidad se clasifican en: Primero, Segundo y Tercer grado.



Recomendaciones

- Coloque la parte lesionada bajo el chorro de agua durante 15 minutos en quemaduras de primer grado.
- Coloque al lesionado en posición cómoda sin que la quemadura tenga contacto con algún objeto.
- Cubra el área lesionada con un apósito estéril.
- Inmovilice las extremidades gravemente quemadas.
- No retire nada que haya quedado adherido a una quemadura.
- No rompa las ampollas, ya que podría infectar la quemadura
- Envolver la parte afectada con un paño limpio, toallas o sábanas, humedecidos en agua limpia
- Traslade a la víctima al hospital.

2.6. REGLAS GENERALES

No dar nada de beber ni de comer a una persona accidentada, mucho menos si están inconscientes. Sólo en caso de deshidratación (estando conscientes) se puede dar a beber agua o suero para deshidratación.

Si se requiere mover a la persona, evitar mover la cabeza-cuello tronco- fuera de su línea, para evitar daño a la columna o médula espinal.

No debe administrar ningún tipo de remedio casero, ya que esto puede agravar las lesiones que se hayan presentado.

Siempre debe guardar la calma, la tranquilidad, evitar gritar o desesperarse, mejor llamar a los teléfonos de emergencia.

Mientras se presta el socorro en la medida de lo posible acompañe a la persona lesionada, mediante un contacto con la mano o la voz brindando seguridad.

Si no sabe como ayudar a una persona con discapacidad, mejor debe preguntar y si es posible a la misma persona discapacitada en que se le puede ayudar.

2.7. EL BOTIQUÍN

Para estar bien preparado siempre conviene tener en casa un botiquín con todo a punto y que incluya lo siguiente:

Algodón.

Gasas Estériles.

Esparadrapo.

Jabón Antiséptico.

Tijeras afiladas.

Curitas.

Termómetro.

Dolex

Aspirinas.

Agua Oxigenada e Isodine (espuma y solución).

Alcohol de 96°.

Crema de hidrocortisona, para picaduras e inflamaciones locales.

Guantes estériles y desechables.

Vendas elásticas de diferente grosor.

Este manual es un apoyo para el cuidador de personas con discapacidad severa en donde se busca explicar los conceptos necesarios para poder dar la atención básica en caso de un accidente. No es un documento a título ilustrativo. Para aplicar primeros auxilios, se recomienda hacer el curso en sitios autorizados como La Cruz Roja Colombiana de su ciudad.

3. HABITOS SALUDABLES Y ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DE LA CONDICIÓN FÍSICA DELCUIDADOR

3.1. OBJETIVO

Proporcionar al cuidador una información clara sobre la importancia de cuidarse para poder cuidar, brindando herramientas necesarias que faciliten el aprendizaje de hábitos saludables que le permitan una buena condición física y sicológica.

3.2. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR HÁBITOS SALUDABLES?

Se entiende por hábito saludable la manera de actuar adquirida por la repetición regular de un acto que mantiene o mejora la condición de salud del individuo, y aunque practicar buenos hábitos de salud no garantiza el gozar de una vida más larga, definitivamente mejora la calidad de vida.

Sabemos que no es fácil tener a su cuidado personas en situación de discapacidad severa, pero con las recomendaciones que se presentan a continuación, le daremos las herramientas necesarias para que a usted se le facilite el cuidado y aprenda hábitos que le permitirán como cuidador mantenerse saludable y en buenas condiciones físicas y psicológicas.

3.3. ¿QUÉ ES EL AUTOCUIDADO?

El autocuidado es el conjunto de acciones que realiza la persona para que favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y

colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud a través de hábitos saludables.

El autocuidado debe incluir participación más activa de las personas en el cuidado de su propia salud, asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, para mantener sus talentos, metas, esperanzas, sabiduría y creatividad. El autocuidado incluye a su vez tres términos que son importantes y deben ser tenidos en cuenta por el cuidador, estos son:

Auto estima

Uno de los aspectos mas importantes de la personalidad del ser humano. En la medida en que nos queremos y apreciamos, rompemos aquella tendencia interna a estar en peleando con nosotros mismos.

Autoimagen

Es la concepción física, el pensamiento o serie de ideas que tenemos acerca del mismo cuerpo, lo cual implica una aceptación positiva y amorosa de lo que reflejamos a otros, además de la apariencia personal y el cuidado hacia nosotros mismos



Auto aceptación

Es la convicción plena de lo que somos, incluyendo las fortalezas y las debilidades como personas en proceso de cambio. Erradica la guerra interior por muchas inconformidades personales que con el tiempo y una buena actitud pueden superarse.

3.3.1. MANEJO POSTURAL

Es de suma importancia tratar con ustedes el tema del adecuado manejo de espalda, dado al constante esfuerzo físico que realizan con la persona en situación de discapacidad. Los trastornos de la espalda son resultado de meses de malos hábitos posturales, de actividades corporales erradas, vida tensa y una falta general de aptitud física. Es hora de enfocar una mirada en el manejo preventivo de las lesiones de espalda, la clave radica en la educación eficaz, la responsabilidad de cada persona y el deseo de tener una espalda sana.

¿Qué entendemos por postura?

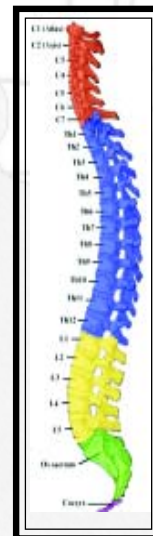
La postura es la capacidad que tiene el cuerpo humano de mantenerse erguido venciendo la acción de la gravedad a través de las estructuras anatómicas como columna vertebral, músculos, ligamentos y articulaciones.

¿Cómo funciona nuestra columna vertebral?

La columna vertebral funciona como un eje que tiene la capacidad de mantener la estructura de nuestro tronco cumpliendo funciones muy importantes, pues permite su movilidad, Protege nuestro sistema nervioso y actúa como amortiguador de golpes.

Se encuentra dividida en segmentos o regiones así:

- Región Cervical con 7 vértebras.
- Región Dorsal o torácico con 12 vértebras



- Región Lumbar con 5 vértebras
- Región Sacra con 5 vértebras fusionada entre si
- Región Coccígea con 4 vértebras fusionadas entre si.

Vértebras

Las vértebras son cada uno de los huesos que conforman la columna, son cortos, impares y completamente simétricos compuestos por un cuerpo vertebral. 2 láminas posteriores que se unen a través de los pedículos formando los procesos espinosos dando origen al foramen intervertebral que aloja la médula espinal y los procesos transversos que se unen a las costillas mediante sus carillas articulares.



Articulaciones

Son las estructuras que unen o articulan las vértebras entre sí y permiten los movimientos, llamadas discos intervertebrales están conformadas por los anillos fibrosos y el núcleo pulposos.

Ligamentos

Son bandas no elásticas que mantienen los huesos juntos dando estabilidad a las articulaciones.

Músculos

Son masas de tejido elástico, contráctiles y resistentes cuyos extremos dan origen a los tendones que se extienden sobre las articulaciones y realizan los movimientos.

¿Cuales son las alteraciones posturales más comunes?

Los trastornos de la espalda, normalmente se originan por contracturas musculares o espasmos que presio-

nan las raíces sensoriales, ocasionando la inflamación y aparición de síntomas molestos como dolor, sensación de ardor, hormigueo y dificultad para ciertos movimientos.

Existen alteraciones más complicadas que requieren de mayor cuidado y un tratamiento médico más especializado, como las desviaciones de la columna y las hernias discales. Los síntomas de dolor se denominan dependiendo de la región donde se localizan, así:

CERVICALGIA: dolor en el cuello

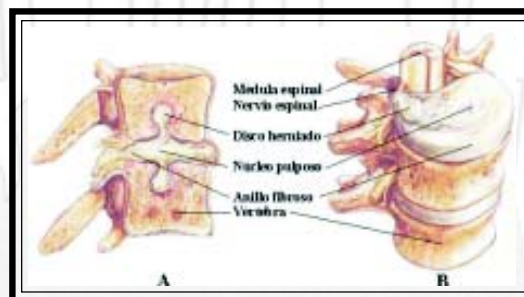
DORSALGIA: dolor en la parte alta de la espalda, entre los omoplatos.

LUMBALGIA: dolor en la parte baja de la espalda o cintura.

Estos síntomas normalmente desaparecen con un buen tratamiento de fisioterapia y lo más importante con un adecuado programa de higiene postural.

¿Qué sucede cuando tenemos una hernia discal?

Cuando hablamos de una hernia del disco intervertebral, nos referimos a una ruptura de los anillos fibrosos que protegen el núcleo pulposo ocasionando que este salga de su posición y presione las raíces nerviosas o peor aun que presione la médula espinal. Esto desencadena una cantidad de síntomas muy molestos, como dolor intenso irradiado, quemazón y ardor en la piel, sensación de hormigueo.



¿A qué se refieren los términos hiperlordosis e hipercifosis?

En una vista lateral de la columna se aprecian 4 curvaturas anatómicamente normales llamadas, lordosis cervical, cifosis dorsal, Lordosis lumbar y cifosis sacra. Cuando hay un aumento exagerado de estas curvaturas se denomina hiperlordosis o hipercifosis. Regularmente estas alteraciones en el alineamiento de la columna son ocasionadas por una mala mecánica corporal, resultado de someter el cuerpo a malas posturas durante periodos prolongados de tiempo.

En una vista anterior o posterior de la columna no se debe apreciar ninguna curvatura, cuando hay una desviación lateral hablamos de ESCOLIOSIS, está causada por un desbalance de la musculatura pélvica o por un acortamiento en uno de los miembros inferiores. En este caso también la persona refiere sentir dolor y cansancio en su espalda, y en ocasiones manifiesta descendimiento de uno de los hombros, pues los músculos hacen gran esfuerzo por tratar de corregir la desviación.

¿Qué es la osteoartrosis?

Es una enfermedad crónica progresiva que afecta las articulaciones, degenerando el cartílago articular y produciendo un ablandamiento en los lugares que mas soportan peso, estos se van erosionando lentamente, formando calcificaciones en los bordes de los cuerpos vertebrales llamados osteofitos. Los síntomas de la osteoartrosis son dolor, pérdida de la movilidad, inflamación y a largo plazo deformidad.

Aspectos psicológicos del dolor de espalda

El dolor es un mecanismo de defensa biológico y también un indicador de nuevo estado físico y psíquico. A

veces un dolor nos revela la inadaptación a situaciones que surgen en la vida diaria, cómo las percibimos y las consecuencias.

El estrés, la ansiedad, la apatía, los rasgos de personalidad, las dificultades de relación, entre otras, se manifiestan con dolor a ese nivel.

3.3.1.2. BUENOS CONSEJOS PARA UNA ESPALDA SALUDABLE

Higiene postural

La higiene postural es importante en las personas sanas para prevenir lesiones y en las enfermas para evitar el empeoramiento. Las lesiones al realizar trabajos o esfuerzos están originados por realizarlos de forma incorrecta, por desconocimiento del método o por no seguir las normas.

La movilización de las personas con discapacidad por parte del cuidador causa en él dolores y alteraciones de espalda, por lo tanto adoptar posturas correctas, la espalda no dolerá y disminuirá el cansancio, permitiendo un mejor transporte de las personas.

También la postura de los pies es importante, se deberán tener separados para aumentar la base, se logra mayor equilibrio en el caso de que uno se desplazara un poco respecto a otro. Es necesario que estén orientados en el sentido del desplazamiento que daremos a la carga. Evitaremos la tensión del tronco siempre que estemos cargados, se deberá girar todo el cuerpo mediante pequeños movimientos de los pies.

A continuación otras recomendaciones importantes a tener en cuenta:

· Al levantarse y al acostarse en su cama, gire de medio lado, apoye las manos para hacer la fuerza en sus brazos, lentamente baje las piernas e impulse su tronco con ayuda de sus brazos para sentarse.

- Para sentarse por largos ratos utilice una silla con espaldar alto, deslice sus nalgas bien atrás y coloque un banquito de 10 a 15 centímetros de alto, para que pueda subir sus pies.
- Al realizar una labor que esté por encima de sus hombros, no se empine, utilice un banquito y súbase en él para alcanzar los objetos.
- Si va a estar largos ratos de pie, al planchar o lavar, utilice un banquito y suba primero una sola pierna, alterne la posición por periodos cortos de tiempo, esto ayudara para que usted no adopte malas posturas.
- Si va a barrer o trapear no haga movimientos muy amplios que impliquen girar su cintura, mueva solo los brazos.
- Al recoger un objeto del suelo, no doble su espalda, doble sus rodillas, acerque el objeto a su cuerpo y levántese lentamente.
- Al sujetar, levantar o transportar cargas o cuerpos se deben mantener lo más cerca posible del cuerpo. De esta forma la fuerza a la que se somete la columna es mucho menor.
- Para amarrarse los zapatos siéntese, cruce la pierna, así no tendrá que doblar su espalda.
- No use colchones muy blandos pues las partes mas pesadas de su cuerpo como las caderas se hundeen y la columna queda arqueada
- Duerma preferiblemente de medio lado, utilice una

almohada no muy alta en la cabeza para que su cuello no quede inclinado, y use una almohada en medio de las piernas.

- Si va a dormir boca arriba, use una almohada debajo de sus rodillas, para que su espalda quede apoyada en la cama.

La realización adecuada de los movimientos del cuerpo implica:

- Doblar siempre las rodillas.
- Mantener la parte superior de la espalda recta.
- Mantener un ligero arco en la parte inferior de la espalda.
- Evitar torcerse o girarse al sostener un objeto pesado.
- Mantener la carga lo más cerca posible del cuerpo.
- No levantar nunca un objeto pesado por encima de la cabeza.

3.3.2. ¿QUE ES LA CONDICION FISICA?

Es la capacidad de realizar trabajo diario con vigor y eficiencia con el menor gasto energético, retardando la aparición de la fatiga y previniendo la aparición de lesiones. Una buena condición física es importante para asegurar un nivel de vida saludable.

Las condiciones de vida actuales tienden hacia el sedentarismo, por eso la ausencia de actividad física debe ser compensada con un entrenamiento regular y planificado que evite los problemas derivados de la escasez de movimientos y permita una mejora sustancial de la salud. La salud no se entiende simplemente como la ausencia de enfermedad si no que es un estado de bienestar integral de la persona.

Estrategias de mejoramiento de la condición física

Alimentación balanceada.

Adecuado manejo postural.

Rutina de Actividad física.

Dominio del stress.

Evitar el consumo de licor y cigarrillo.

Dormir adecuadamente.

3.3.2.1. MEJOREMOS NUESTRA CONDICION FISICA

La mejor manera de evitar todas estas lesiones a nivel de espalda es haciendo un buen cuidado de la misma y manteniendo una apropiada condición física, que a su vez disminuya las molestias ocasionadas por el manejo inadecuado de la persona con discapacidad a su cargo.

PROGRAMA DE EJERCICIOS

Se invita al cuidador a realizar ésta sesión de ejercicios como mínimo tres veces a la semana, en un sitio que le permita su relajación y una adecuada concentración.

CALENTAMIENTO

Es importante antes de iniciar cualquier actividad física realizar un calentamiento previo, a continuación le indicaremos una adecuada rutina.

En posición de pie, realice movimientos circulares de su cabeza, llévela lentamente adelante y atrás, trate de tocar sus hombros con la cabeza inclinando su cuello de un lado a otro, manteniendo la espalda recta.

Realice movimientos circulares hacia delante y hacia atrás con sus hombros.

Levante sus brazos a los lados y realice movimientos circulares hacia delante y hacia atrás sin doblar los codos.

Con los brazos pegados al tronco doble sus codos lentamente tratando de tocar los hombros con sus manos.

En posición de pie levante una pierna tratando de tocar el pecho con su rodilla, luego realice el mismo movimiento con la otra pierna.

Doble la rodilla tratando de tocar su glúteo con el talón, ayúdese con la mano del mismo lado, realice el mismo movimiento con la otra pierna.

Camine unos pasos sobre sus talones y luego devuélvase caminando en las puntas de los pies.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR CUELLO

En posición sentado coloque sus manos detrás de la cabeza empuje con fuerza hacia atrás mientras sus manos ponen resistencia la movimiento. Cuente hasta cinco y luego relaje, realícelo 10 veces.



Ahora coloque sus manos sobre la frente y empuje con fuerza hacia delante mientras sus manos ponen resistencia, cuente hasta cinco, relaje realice el ejercicio 10 veces.

Coloque su mano derecha en su cabeza al lado derecho empuje

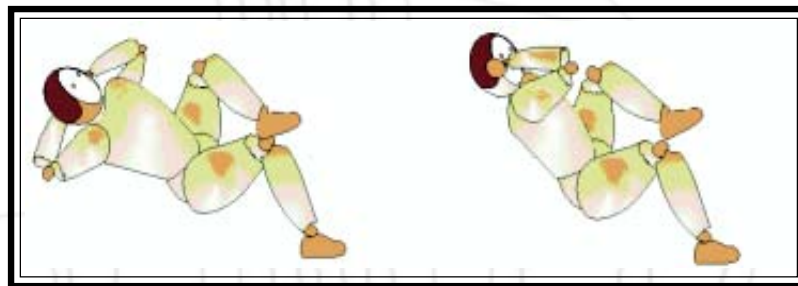
fuertemente tratando de inclinar su cabeza mientras las manos ponen resistencia, cuente hasta cinco luego relaje realice el ejercicio 10 veces. Ahora haga lo mismo con su mano izquierda.



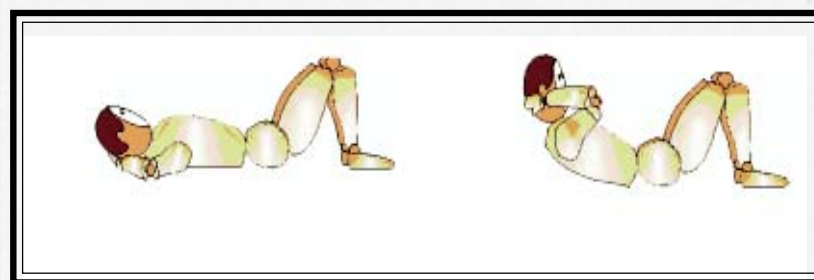
ABDOMEN

Acostado en posición boca arriba cruce la pierna derecha sobre la izquierda, coloque sus manos detrás del cuello, levante su tronco tratando de tocar con su codo izquierdo la rodilla derecha.

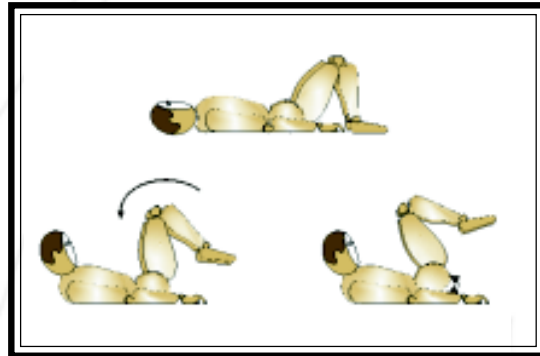
Repita 10 veces y luego cambie tratando de tocar con su codo derecho la rodilla izquierda.



Acostado bocarriba con las piernas dobladas y los pies apoyados en el piso, levante su tronco tratando de tocar sus rodillas con la frente, repítalo 10 veces.

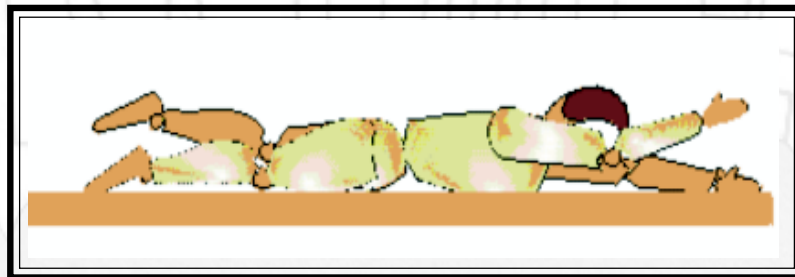


Realice el mismo ejercicio pero levantando a la vez las dos rodillas llevándolas hacia el pecho, repita el ejercicio 10 veces.



ESPALDA

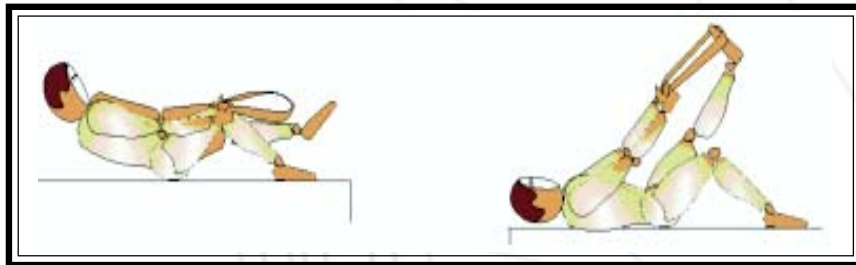
Acostado en posición boca abajo, con los brazos bien estirados por encima de la cabeza, levante su brazo derecho y su pierna izquierda, realice el ejercicio 10 veces y luego repita con su brazo izquierdo y su pierna, también 10 veces.



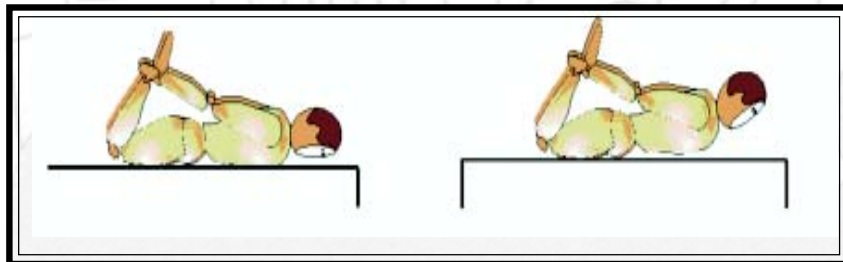
Realice este mismo ejercicio pero en posición cuadrúpeda apoyándose en sus manos y rodilla, levante también el brazo derecho al frente con la pierna izquierda atrás y luego cambie.

ESTIRAMIENTOS

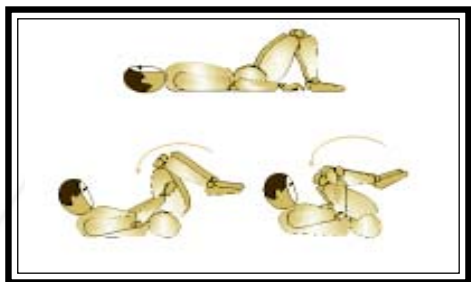
Acuéstese en posición boca arriba con las rodillas dobladas, coloque una tira de tela o una toalla en su pie y con sus manos sujete los extremos de la toalla estirando su pierna hacia arriba con la rodilla bien estirada, cuente hasta cinco y luego relaje repítalo 10 veces con cada pierna.



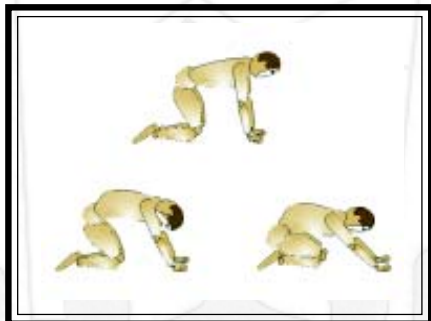
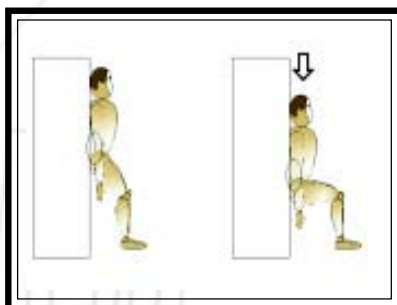
En posición bocabajo sujete con sus manos los tobillos doblando las rodillas hacia atrás intente acercar los talones a sus glúteos, cuente hasta cinco y luego relaje repítalo 10 veces.



En posición boca arriba levante las piernas llevando las rodillas hacia el pecho, sujete con fuerza abrazando sus piernas, luego lentamente levante la cabeza, cuente hasta diez y descanse.



En posición de pie, recuete su espalda contra la pared, con los brazos a los lados del tronco deslícese lentamente hacia abajo doblando sus rodillas, hasta un punto medio, sostenga durante 10 segundos y vuelva a subir lentamente.



En posición cuadrúpeda, apoyado en manos y rodillas, desplace el peso de su cuerpo hacia atrás, sentándose sobre sus talones, baje su cabeza hasta tocar el piso con su frente deslizando sus manos por el piso.

3.3.3. EL AUTOMASAJE

Es el masaje realizado por uno mismo. Consiste en masajear nuestro cuerpo con diferentes maniobras dependiendo de la zona y tipo de molestia.



¿Para qué sirve?

Permite prevenir situaciones de tensión y estrés los que perjudican el ambiente laboral y familiar al igual que el cuidado de la persona con discapacidad.

- Mejora la circulación, activando la circulación de retorno de las extremidades.
- Previene las varices, piernas cansadas y fatiga muscular
- Permite relajar los músculos.
- Disminuye los niveles de tensión asociado al estrés.
- Disminuye contracturas y tensiones musculares en cualquier momento del día.

¿Dónde se utiliza el automasaje?

Cuando se encuentra un punto o zona dolorosa debido a una tensión muscular, se trabaja esa zona de forma específica, al igual que en sitios del cuerpo que se fatigan con facilidad.

En cuello y hombros:

Cierre las manos en puño y amase la parte alta de los hombros y el cuello, luego abra las manos y realice deslizamientos suavemente.



Manos Y Brazos:



Aplice pequeños golpes en la cara anterior de cada brazo se recomienda empezar de las manos hacia arriba, friccionando firmemente

Muslos y pantorrilla

Con los pulgares y los dedos ejerza presión y aprete los músculos de esta región. Realice movimientos circulares de abajo hacia arriba



Cintura Y Espalda



Arrodílese con el tronco derecho, de golpes en la espalda con los puños cerrados y baje hacia la cintura, puede golpear suavemente las caderas y los glúteos, luego acompañe de movimientos circulares firmes y con presión hacia arriba.

BIBLIOGRAFÍA

Parte I

- Abad Lluch., Llopis Rocher, A., Pérez Cuesta, S., Serrano Moragues, A., El cuidador principal en la enfermedad de alzheimer.
- Andrade Espín, Ana Margarita, Colaboradores **¿CÓMO CUIDAR MEJOR?**, Manual Para Cuidadores de personas dependientes.
- Diccionario de la Real Academia Española. 2001
- <http://images.google.com.co/imgres?imgurl=>
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/cuidador_conceptos.htm
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/leydependencia_00_indice.htm
- <http://www.enfervalencia.org/ei/articulos/rev55/artic8.htm>.
- http://www.ibertalleres.com/guias/guia_madrid/accesible/informacion/conceptos.htm
- http://www.uhu.es/susana_paino/AEEDM/TEMA0.pdf
- Jiménez Rodrigo, Manual Para Conocer La Clasificación Internacional Del Funcionamiento De La Discapacidad Y De La Salud. página 158-164.
- Naciones Unidas, Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad. *Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con minusvalía*, Madrid, 1988, p. 20.
- Organización de las Naciones Unidas. *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con Discapacidad*. 48º Período de Sesiones de la Asamblea General, 1991.
- *Web de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*

Parte 2

- Cruz Roja Mexicana 2005, Manual seis acciones para salvar una vida México D.F.
- Escuadrón SOS A.C., 2001, *Manual para el curso básico de Técnico en Urgencias Médicas*, México D.F.
- <http://medlineplus.gov/spanish/>
- <http://primerosauxilios.8k.com/manual0.htm>
- <http://www.auxilio.com.mx/>
- http://www.tuotromedico.com/temas/primeros_auxilios.htm
- NAEMT, 1993, *Apoyo Vital Prehospitalario en trauma PHTLS básico y avanzado*, segunda edición, Comité de apoyo vital Prehospitalario en trauma de la asociación Nacional de Técnicos en Urgencias Médicas, México D.F.
- *Programa ConSer Comisión de Seguridad, Protección Civil e Identidad Ambiental FES Iztaacala 2006 38 Manual de Primeros Auxilios Básicos*
- www.copeson.org.mx/rbp/viaaerea.htm
- www.mydocsalud.com/index.html

Parte 3

http://www.espalda.org/divulgativa/dolor/como_tratar/informacion_paciente/higiene.asp - 30k -

http://www.tuotromedico.com/temas/cuidados_posturales.htm#0

Saunders. Duane H. **MANUAL DE AYUDA PERSONAL PARA SU ESPALDA**. Editorial educational opportunities. 1986.

