



Voluntariado con  
**Personas Mayores**  
y la Atención Geriátrica



**Cuadernos formativos**

# Comisión de trabajo del Cuaderno de Voluntariado con Personas Mayores y la Atención Geriátrica:

Beatriz Gómez Fernández  
Mónica María García Moreno  
Rosa Fombellida Gómez

## Edita:

© Fundación Juan Ciudad. Diciembre 2015.  
Herreros de Tejada, 3. 28016 Madrid  
Dep. Legal: SE-0069-2016  
ISBN 84-88756-29-1



## Con la subvención:



# ÍNDICE

<b>1. Prólogo</b> .....	PÁG 6
<b>2. Presentación</b> .....	PÁG 8
<b>3. La Geriátria</b> .....	PÁG 11
3.1. Historia de la Geriátria como rama de la Medicina .....	PÁG 11
3.2. Concepto de Geriátria .....	PÁG 12
3.3. El proceso de envejecer .....	PÁG 14
3.4. Autonomía, independencia y dependencia .....	PÁG 16
3.5. Tipología de personas mayores .....	PÁG 17
3.6. Perfil del paciente geriátrico .....	PÁG 19
3.7. Algunas patologías que se dan en la persona mayor .....	PÁG 22
3.8. Objetivos de la Geriátria .....	PÁG 25
3.9. Ejes de la asistencia geriátrica .....	PÁG 26
3.10. Características de la atención geriátrica .....	PÁG 28
<b>4. Voluntariado con personas mayores y la atención geriátrica</b> .....	PÁG 30
4.1. Necesidades de las personas mayores .....	PÁG 31
4.2. Cómo quieren ser tratadas las personas mayores .....	PÁG 32
4.3. Promover la autonomía .....	PÁG 33
4.4. Actitudes del voluntariado .....	PÁG 34
4.5. Perfiles del voluntariado .....	PÁG 37
4.6. Buenas prácticas del voluntariado con personas mayores .....	PÁG 39
4.7. Situaciones que nos podemos encontrar .....	PÁG 43
<b>5. Glosario</b> .....	PÁG 50
<b>6. Para saber más</b> .....	PÁG 58

# 1. PRÓLOGO

El voluntariado hoy en España está ya tan consolidado que desde 1996 la palabra “Voluntario” se transforma en ley que recoge el Boletín Oficial del Estado. Y desde el 15 de octubre de 2015, se actualiza de nuevo con la *Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado*.

Pero el voluntariado es el fruto de una sociedad que ha “respirado” al compás de la solidaridad del ser humano, siempre en tensión entre hospitalidad y hostilidad. Nuestros mejores deseos nos impulsan a construir una ciudad hospitalaria y a la vez nuestra fragilidad cuestiona nuestros impulsos que nos pueden llevar a “fabricar” una ciudad hostil.

El Voluntariado San Juan de Dios tiene sus orígenes en 1539, en Granada, cuando aparece un hombre llamado Juan Ciudad que abandona su “hostilidad” y se transforma en Juan de Dios, para construir una sociedad hospitalaria. Desde entonces hasta este momento los voluntarios no han dejado de llevar por todo el mundo la antorcha de la hospitalidad.

Este Voluntariado San Juan de Dios permanece vivo por el empeño en formarse. El voluntario para desarrollar bien su tarea tiene necesidad de seguir un itinerario formativo que tiene su inicio pero que nunca termina. Con este propósito renace esta colección de Cuadernos Formativos.



Los Cuadernos Formativos son una herramienta en las manos del voluntario, que es necesario tenerla cercana y manejarla frecuentemente. Incluso hacerla personal, para ir “añadiendo” la propia experiencia y poder plantear preguntas que puedo ir escribiendo en los márgenes en blanco.

Vamos a ir publicando a partir de 2015 una Colección de Cuadernos Formativos de voluntariado, atendiendo a los ámbitos de intervención de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios: hospitalario, salud mental, discapacidad, personas mayores y social. Y a partir de aquí irán apareciendo una serie de subambitos para mantener siempre activo nuestro aprendizaje: cuidados paliativos, atención a la infancia, la intervención con colectivos en riesgo de exclusión social, el voluntariado no asistencial, e internacional.

Este cuaderno está dedicado a la persona voluntaria que pasa la mayor parte del tiempo con personas mayores, de ahí que lo hemos titulado “Voluntariado con Personas Mayores y la Atención Geriátrica”. Léelo despacio y ante cualquier duda consulta con el Coordinador de Voluntariado de tu centro. Y disfruta con el aprendizaje que te ofrecemos.

***Hno. Julián Sánchez Bravo***

*Director de la Fundación Juan Ciudad*



## 2. PRESENTACIÓN

El Voluntariado San Juan de Dios tiene su origen en el propio surgimiento de la Orden Hospitalaria, y desde siempre ha estado en todos los centros de la institución. Esto quiere decir que este movimiento solidario y altruista tiene su propia historia, su estilo particular y su manera de actuar, siempre teniendo como referente la práctica hospitalaria ejercida por nuestro fundador.

Los voluntarios y voluntarias de San Juan de Dios junto con los profesionales y Hermanos presentes en los centros formamos parte de un proyecto asistencial en el que **“NUESTRA RAZÓN DE SER ES LA PERSONA ATENDIDA”**.

El voluntariado con personas mayores ha de promover un envejecimiento activo y procurar que los conocimientos y experiencias de la persona mayor no se pierdan.



Actualmente las personas mayores se encuentran en muchas ocasiones aisladas de la sociedad por diversos motivos como enfermedad crónica, dependencia física y/o deterioro cognitivo, etc. Estos problemas les obligan a permanecer aislados en sus propios domicilios o en instituciones donde no se favorece el contacto con la sociedad.

Por ello se hace necesario tomar una postura activa que dignifique a nuestros mayores con el fin de dar una mayor calidad de humanidad, primero en nuestro entorno y luego a la sociedad. Esto constituye la función del voluntariado que intenta, por medio de un acercamiento comprometido y siempre desde el respeto en los distintos aspectos de la persona (biológico, psíquico, social y espiritual), generar espacios comunes.



## Te damos la bienvenida

Este cuaderno contiene las orientaciones básicas que has de tener en cuenta en el desempeño de todas aquellas tareas, que como voluntario te sean encomendadas, así como en los propios programas del Voluntariado: crecimiento personal, trabajo en equipo, formación básica y permanente, conocimiento e identificación de los valores de la propia institución.

Nuestra experiencia nos confirma que el espacio afectivo, de cercanía, de acompañamiento, de encuentro con el que sufre, que desarrolla el voluntario, repercute directamente en la calidad asistencial de nuestros centros y en la mejora y calidad de vida de la persona mayor.

La acción voluntaria contribuye junto a la labor de los profesionales, para ofrecer una asistencia integral a las personas que atendemos en nuestros centros.

"No camines delante de mí, puede que no te siga. No camines detrás de mí, puede que no te guíe. **Camina junto a mí y sé mi amigo**".





# 3. LA GERIATRÍA

## 3.1. HISTORIA DE LA GERIATRÍA COMO RAMA DE LA MEDICINA

La geriatría nace a partir de la falta de interés por los problemas de los pacientes mayores que, por su edad avanzada, eran con frecuencia falsamente etiquetados de incurables. Muchas veces estos pacientes eran rechazados de los programas de tratamiento médico o rehabilitador, de tal manera que permanecían de por vida en las antiguamente llamadas salas de crónicos de los hospitales.

A partir del trabajo de Marjorie Warren y su interés por estos pacientes, nace en Inglaterra el primer servicio de geriatría en el West Middlesex Hospital en 1935, donde observaron que muchos de estos pacientes padecían procesos rehabilitables.

En 1946, el Servicio Nacional de Salud inglés crea la especialidad de geriatría, iniciando un estilo de asistencia a la persona mayor que se extenderá por todo el mundo.

En 1972 la OMS emite el primer informe técnico sobre “Organización y Planificación de Servicios Geriátricos”.



## 3.2. CONCEPTO DE GERIATRÍA

Hay dos conceptos que debemos diferenciar: Gerontología y Geriatria.

**Gerontología:** estudio del proceso de envejecer en cualquiera de sus aspectos biológico, psicológico, social y espiritual. Abarca desde la biología molecular y la genética, hasta estudios socioeconómicos o sobre las consecuencias de la jubilación.

**Geriatria:** constituye una parte de la gerontología, identificada con el nombre de “gerontología clínica”. Se puede definir como la “rama de la Medicina, dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en las personas mayores”.

Su principal objetivo es prevenir y superar la pérdida de independencia funcional, a la cual estas personas son especialmente susceptibles. De esta manera, los fines particulares de la especialidad son:

- El desarrollo de un sistema asistencial con todos los niveles, que atienda las múltiples patologías y los problemas clínicos y sociales de las personas mayores, que de forma aguda y postaguda presentan como rasgos comunes, la pérdida de su independencia funcional y problemática social añadida.



- La organización de una asistencia continuada e integral para las personas mayores.
- La movilización de todos los recursos para mantener y/o integrar en la comunidad el mayor número de personas mayores posible.
- La investigación, la docencia y la formación continuada de sus propios especialistas y del personal relacionado con dicha especialidad.

**Geriatría:** rama de la Medicina dedicada a los **aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en las personas mayores**



### 3.3. EL PROCESO DE ENVEJECER

Es un proceso gradual e irreversible que implica una serie de cambios y pérdidas.

La personalidad es un rasgo muy estable a lo largo de la vida y va a influir en el proceso de envejecimiento; una personalidad positiva va a favorecer un buen estado de ánimo y el bienestar, va a proteger la salud psicológica y la capacidad de adaptarse a los cambios propios de la edad y las pérdidas afectivas.

Los cambios se dan en el estado biológico, psicológico, social y espiritual:

- **Biológicos:** baja agudeza visual y dificultad para la discriminación de colores, dificultad para apreciar sonidos agudos, baja sensibilidad para el olfato y el gusto, disminución de la fuerza muscular.

En la apariencia física se puede observar la aparición de arrugas, manchas, flacidez y sequedad en la piel, mayor flexión del tronco, etc.

También se pueden observar cambios en la funcionalidad, con pérdida de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), básicas (ABVD) como el aseo, instrumentales (AIVD) como poder manejar dinero y avanzadas (AAVD) como son las actividades de ocio.



- **Psicológicos:** pérdidas afectivas, sensación de soledad y aislamiento, además de un sentimiento de dependencia.
- **Sociales:** la pérdida de relaciones sociales conlleva también la pérdida de roles, de recuerdos, incluso de la propia identidad. Con la desaparición de las personas significativas también desaparecen los anclajes de la historia personal.
- **Espirituales:** la espiritualidad desempeña un papel muy importante en la buena adaptación a los cambios evolutivos, conflictos y crisis vitales del envejecimiento (cercanía de la muerte, pérdidas, búsqueda de sentido de la vida, necesidad de reconciliación, religiosidad, creencias y valores).

Sea como sea, la motivación de la persona mayor para establecer nuevas relaciones disminuye y lo hace en la misma proporción que la autonomía y la autoestima, lo que suele llevarla a aislarse y refugiarse en una soledad en la que se siente segura.

Las consecuencias inevitables de lo que acabamos de describir es el aumento de la incidencia y prevalencia de diversas enfermedades y coincidencia de varias patologías (pluripatología) que se modulan entre sí (comorbilidad), muchas veces crónicas y causantes de dependencia funcional y pérdida de autonomía, todo ello acompañado de mayor consumo de fármacos y una necesidad de adecuar los recursos sociales y sanitarios para poder ofrecer los cuidados de forma progresiva, preventiva, integral y continuada.



La personalidad es un rasgo muy estable a lo largo de la vida y va a influir en el proceso de envejecimiento; **una personalidad positiva va a favorecer un buen estado de ánimo y el bienestar.**

### 3.4. AUTONOMÍA, INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA

**Autonomía:** La autonomía del paciente es el derecho que tiene todo ser humano tanto a decidir, como de disponer sobre todo lo que corresponde a su cuerpo, hace referencia a la capacidad de las personas de deliberar sobre sus fines y de obrar bajo la dirección de esta deliberación.

**Independencia:** es la consecución de un nivel aceptable de la satisfacción de las necesidades individuales, con comportamientos apropiados para el autocuidado, realizando por uno mismo las actividades necesarias para satisfacerlas.

**Dependencia:** estado de carácter puntual o permanente en que se pueden encontrar las personas por razón de edad, enfermedad o discapacidad, necesitando la atención o ayuda de otra persona, o de ayudas técnicas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria.



### 3.5. TIPOLOGIA DE PERSONAS MAYORES

La población mayor de 65 años no es homogénea, pues personas con la misma edad presentan características de salud diferentes. Por ello, en la práctica clínica, están definidos de forma consensuada en el ámbito médico los siguientes perfiles de personas mayores en función de su relación con la enfermedad:

**Persona mayor sana:** es una persona de edad avanzada sin enfermedad. Es independiente para realizar sus actividades básicas e instrumentales en su vida cotidiana y carece de problemas mentales o sociales relacionados con su salud. Todo ello le permite la normal integración en la vida comunitaria.

**Persona mayor enferma:** es una persona mayor sana que presenta una enfermedad aguda. Su perfil es similar al de cualquier adulto que presenta una enfermedad y que acude a una consulta o tiene un ingreso en un hospital por un proceso único. La enfermedad no lleva asociados problemas funcionales, mentales ni sociales. En situación de enfermedad puede ser atendido con los recursos asistenciales convencionales. Superado el proceso agudo se reintegra sin problemas en la comunidad.



**Persona mayor frágil:** es una persona que presenta problemas de salud compensados con conservación de su autonomía, pero está en situación de riesgo de desarrollar dependencia funcional o cognitiva. Generalmente es una persona que, aún teniendo una o dos enfermedades de base, puede valerse por sí misma, gracias a que conserva un correcto equilibrio con su entorno social y familiar. Es independiente en el desarrollo de sus actividades básicas, sin embargo, para las tareas instrumentales más complejas puede necesitar ayuda, por ejemplo para conducir un coche.

La principal característica de este perfil es el alto riesgo de padecer síndromes geriátricos. Estos son el conjunto de síntomas y vía común de múltiples enfermedades frecuentes en la persona mayor que si no se identifican, se tratan o se previenen, se asocian a una alta morbilidad y deterioro funcional.

**Paciente geriátrico:** es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base, crónicas y evolucionadas, que pueden causar discapacidad o riesgo de dependencia. Estos pacientes pueden ser dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, precisar ayuda de otros y con frecuencia, suelen presentar alteración mental y problemática social.





## 3.6. PERFIL DEL PACIENTE GERIATRICO

El envejecimiento se caracteriza por el descenso gradual de las funciones fisiológicas a nivel celular, de tejidos, órganos y sistemas, lo que supone una disminución de la reserva funcional y de la capacidad de adaptación de los mismos. La coexistencia de un equilibrio inestable entre salud y situación de enfermedad, acompañado de una tendencia al deterioro funcional físico y mental, cuyo resultado reversible o no está influido por el entorno ambiental y asistencial en el que se encuentra la persona mayor.

Esto determina en el paciente geriátrico:

### **Peculiaridades en la expresión de las enfermedades:**

- Presentación atípica de las enfermedades:
  - Síntomas inespecíficos.
  - Manifestaciones oligosintomáticas: síntomas poco expresivos o atenuados.
  
- Asociación a la enfermedad de:
  - Deterioro funcional.
  - Deterioro cognitivo-afectivo.
  - Problemática de adaptación del entorno sociofamiliar.



**Pluripatología:** dos o más enfermedades crónicas sintomáticas.

**Comorbilidad:** diferentes enfermedades o condiciones morbosas que acompañan a una patología protagonista aguda (infarto agudo de miocardio, ictus, etc.) o crónica (insuficiencia renal crónica, hepatopatía crónica, etc.).

**Presencia de síndromes geriátricos.** Síndromes clínicos que por su frecuencia en los pacientes geriátricos y su repercusión sobre la autonomía física, mental y social se denominan “síndromes geriátricos”. Entre ellos destacan: estreñimiento, incontinencia, dolor crónico, demencia, depresión, malnutrición, inmovilidad, déficits sensoriales, trastornos de la marcha y caídas.

**Polifarmacia:** El uso simultáneo de varios medicamentos (principios activos) es una situación frecuente en las personas mayores. Se habla de síndrome de polifarmacia cuando se toman cinco o más medicamentos durante el día, a partir de este número los riesgos comienzan a aumentar significativamente.

**Tendencia a la cronicidad:** proceso morboso que persiste o progresa durante un periodo de tiempo prolongado.

**Tendencia a la discapacidad:** Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.



## **Mayor vulnerabilidad:**

- La hospitalización en unidades de agudos se asocia con complicaciones como:
  - Síndrome confusional.
  - Depresión.
  - Malnutrición.
  - Iatrogenia.
  - Deterioro funcional.
- Mayor estancia media.
- Mayor índice de reingresos.
- Riesgo de institucionalización definitiva.

**Precisa mayor esfuerzo en la adaptación del entorno sociofamiliar a la situación de enfermedad.**



### 3.7. ALGUNAS PATOLOGÍAS QUE SE DAN EN LA PERSONA MAYOR

Las personas mayores, como hemos comentado, presentan patologías incapacitantes o que aumentan el riesgo de desarrollar dependencia. Entre las más frecuentes se encuentran: las demencias, la artrosis, las alteraciones afectivas (depresión), enfermedades metabólicas como la diabetes, sin olvidar, que cualquier enfermedad crónica (insuficiencia cardíaca, respiratoria, renal, hepática, etc.) aumenta el riesgo de entrar en situación de dependencia.

Entre las patologías más conocidas podemos enumerar:

- **Demencias:** son un deterioro adquirido, persistente y progresivo de las capacidades cognitivas, que afecta a la memoria y por lo menos a dos de los cuatro dominios cognitivos siguientes: lenguaje, destreza visuoespacial, cognición completa y emoción-personalidad.

La demencia más conocida es la degenerativa tipo Alzheimer, pero hay otras demencias degenerativas como la Enfermedad de Pick, Parkinson, Huntington, Parálisis Supranuclear Progresiva y también la Demencia Vascular.

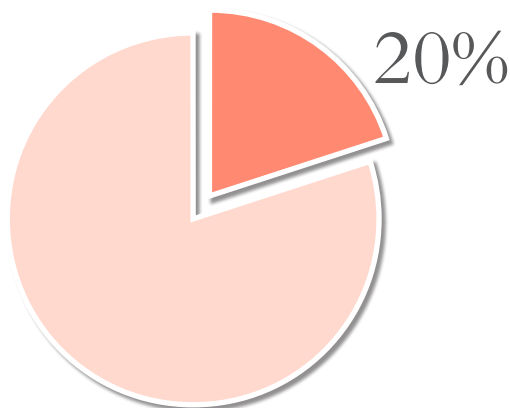


El voluntariado en esta situación ha de prestar interés en el tipo de comunicación y los canales que utiliza, muchas veces la comunicación no tiene por qué ser verbal, puede ser no verbal (tacto, vista), crear una sensación de cercanía, seguridad y de acompañamiento, que es el objetivo primordial del voluntario y aquí es donde se ponen en marcha los mecanismos de creatividad.

- **Diabetes:** la Diabetes Mellitus tipo 2, afecta al 20% de mayores de 70 años e incrementa la morbilidad y mortalidad vascular en todos los grupos de edad.

La persona voluntaria ha de tener en cuenta este dato a la hora de estar con la persona mayor, ya que hay alimentos que no podrá consumir porque le descompensaría el nivel glucémico.

### Diabetes Mellitus tipo 2 en mayores de 70 años



- **Osteoporosis:** Es la enfermedad ósea más común y es el principal factor de riesgo de fracturas en ancianos, especialmente en las mujeres.
- **Accidente cerebro vascular (ICTUS):** Es una enfermedad aguda ocasionada por una alteración de la circulación de la sangre en el cerebro. Cada ICTUS es diferente y quien lo padece está afectado de diferentes maneras: puede producir alteraciones importantes en el movimiento, el habla, la visión, la sensibilidad y las emociones, como por ejemplo debilidad que afecta a un lado del cuerpo.
- **Artrosis:** consiste en una degeneración del cartílago articular por el paso de los años, que se refleja en dificultades motoras y dolor.



### 3.8. OBJETIVOS DE LA GERIATRIA

- Desarrollo de un sistema asistencial que de respuesta a las necesidades de los pacientes geriátricos de forma preventiva, progresiva, integral y continuada, en cada una de las fases del proceso.
- Prevención del deterioro funcional y cognitivo asociado al envejecimiento y a las múltiples enfermedades, tratarlo cuando aparece y conseguir el mayor grado de independencia y autonomía posible.
- Integración en la comunidad.

Crear una sensación de **cercanía, seguridad y de acompañamiento** es el **objetivo primordial del voluntario**



### 3.9. EJES DE LA ASISTENCIA GERIATRICA

La geriatría tiene una sistemática propia de trabajo que marca la diferenciación de la geriatría con otras especialidades. Esta sistemática tiene tres ejes principales:

#### 1. La **valoración geriátrica integral**, entendida como un proceso multidimensional e interdisciplinar dirigido a:

- Identificar y cuantificar problemas clínicos.
- Proponer planes globales de tratamiento y cuidados.
- Optimizar la utilización de los recursos asistenciales.
- Evaluar la función biológica y los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de la persona mayor.

#### 2. La **interdisciplinariedad**, entendida como modo de acción conjunta de los diversos profesionales implicados en un objetivo común:

- Geriatra.
- Enfermeras y auxiliares especializadas en atención al paciente geriátrico.
- Terapeutas: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, logopeda.
- Trabajador social.
- Otros: psicólogo, dietista, farmacéutico, VOLUNTARIO.





### 3. Niveles asistenciales en función de las diferentes necesidades, sanitarias y sociales:

- Unidad de agudos.
- Unidad de media estancia/convalecencia/ recuperación funcional.
- Unidad de larga estancia.
- Hospital de día.
- Asistencia geriátrica domiciliaria.
- Unidad de Cuidados Paliativos

La geriatría tiene una sistemática propia de trabajo que marca la **diferenciación** con otras **especialidades médicas**



## 3.10. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN GERIÁTRICA

Del perfil del paciente geriátrico, resultan unas necesidades específicas y definidas, que para ser cubiertas precisan la adecuación de la asistencia sanitaria y social.

Los servicios sanitarios y sociales deben de responder a las peculiaridades de esta población, integrando la valoración global y el diagnóstico, con sistemas de tratamiento que incluyan la recuperación funcional. De no ser así, vamos a tener más personas dependientes que van a suponer un mayor coste, tanto en términos de calidad de vida como de consumo de recursos sociales y sanitarios.

Así, la atención a la persona en situación de dependencia, exige la participación de un amplio abanico de los recursos humanos y materiales, sanitarios y sociales, para dar respuesta a sus necesidades. Es por ello que debe de ser **integral**, con un abordaje conjunto de la problemática biológica, psicológica, social y espiritual; realizada por un **equipo interdisciplinar, integrada, coordinada y continuada** con participación plena en el sistema sanitario y social para asegurar una buena utilización de los recursos y evitando la marginación en su uso. Debe de asegurar la atención progresiva y continuada en el tiempo, tiene que estar dotada y coordinada con los demás recursos sanitarios y sociales.



- 1 **Integral**, abarcando aspectos físicos, funcionales, psíquicos, sociales y espirituales.
- 2 **Integrada** en la red sanitaria con recursos propios especializados.
- 3 **Integradora**, que intente la permanencia de la persona mayor en su entorno con una buena calidad de vida.
- 4 **Precoz**, conjunto de intervenciones que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presenta la persona mayor, para evitar las complicaciones y el deterioro funcional.
- 5 Intención **diagnóstica, terapéutica-rehabilitadora**.
- 6 **Progresiva**, con intensidad variable de los distintos procesos (estabilización médica, diagnóstico, tratamiento - rehabilitación), en función del momento evolutivo de la patología.
- 7 **Continuada** en el tiempo, satisfaciendo las necesidades de cada momento evolutivo.
- 8 **Dotada** de una estructura adecuada y adaptada.
- 9 **Coordinada** con los demás recursos sanitarios y sociales.



## 4. VOLUNTARIADO CON PERSONAS MAYORES Y LA ATENCIÓN GERIÁTRICA

Tenemos que tener en cuenta que “el ingreso” en un hospital o institución, implica en la persona mayor una salida de su entorno físico y familiar, con un cambio de las dinámicas habituales. El entorno físico cambia rotundamente, así como las personas con las que se va a relacionar, sin olvidarnos que también puede existir un cambio en el estado basal, funcional y mental de la propia persona mayor. Esto puede suponer en muchos casos una dificultad de adaptación que se va a manifestar en mayor o menor grado de desorientación a nivel biológico, psíquico, social y espiritual.

Cuando un voluntario entra en un espacio de cuidado a personas mayores, se ha de tener en cuenta fundamentalmente, las necesidades de la persona mayor y cómo quieren ser tratados.



## 4.1. NECESIDADES DE LA PERSONA MAYOR

- Necesidades afectivas: necesidad de ser querido, de ser estimado, de sentir alivio, de ser valorado, de sentirse persona y no objeto, sentirse acompañado.
- Necesidades emocionales: necesidad de comunicar sentimiento, de ser comprendido, de ser escuchado, de ser consolado, de ser feliz, de liberar tensiones, de ser respetado, de ser tenido en cuenta, de poder expresar sus emociones, de autorrealización.
- Necesidades relacionales: necesidad de estar en contacto, de tener interlocutores válidos, de comunicar pensamientos, experiencias, necesidades, conocimientos, de relacionarse con el mundo exterior, de participar en la sociedad como personas de pleno derecho.
- Necesidades materiales: paseos, compras, gestiones.
- Necesidades físicas: necesidad de poder continuar con su cuidado, de cuidado de la propia imagen.



## 4.2. CÓMO QUIEREN SER TRATADAS LAS PERSONAS MAYORES

La persona mayor quiere ser tratada como persona adulta, (no como niños), sin tener en cuenta la edad, con los mismos derechos y obligaciones que todos los miembros de la comunidad.

Sin paternalismos, sintiéndose valorada, respetada y notándose parte integrante de su comunidad.

Con respeto y educación, pudiendo decidir en las cosas que les incumben, ejerciendo su autonomía.

Que se les escuche, que les permitan expresarse y se tengan en consideración sus opiniones y sus preferencias.

Que se les informe de forma clara y detallada sobre sus enfermedades y sobre las posibilidades diagnósticas, terapéuticas o de cuidado.

Que no se achaquen todos sus males a la edad y se atiendan sus necesidades reales.

Con paciencia, considerando que las posibles limitaciones de oído, vista, comprensión, son una barrera para una respuesta rápida y hay que atender adaptándose a su ritmo y cuando proceda con mayor dedicación.

Con amabilidad, con afecto y cariño.



### 4.3. PROMOVER LA AUTONOMÍA

Dada la importancia que tiene el evitar el aislamiento social, se debe de promover los contactos familiares y sociales. La participación en actividades culturales, de ocio, etc., dentro de la comunidad.

Las personas mayores son competentes para tomar decisiones mientras no se demuestre lo contrario. La incapacidad para hacer cosas no se debe de confundir con la incapacidad de decidir sobre aquello que les afecta.

Aceptar sus decisiones aunque no nos gusten.

Conocer su biografía, sus valores, sus preferencias y su concepto de lo que es calidad de vida o buen trato.



## 4.4. ACTITUDES DEL VOLUNTARIADO

El voluntario ha de desarrollar ciertas actitudes para manejarse mejor:

- **Tacto, diplomacia y discreción.** El voluntario ha de tener la capacidad de poner los límites de su intervención, sin inmiscuirse en aquello que el paciente y la familia no quiere. Sin olvidarse del respeto al resto de los profesionales y compañeros voluntarios.
- **Actuación con espíritu de servicio y no de superioridad.** El voluntario ha de tener en consideración la situación de fragilidad en la que se encuentra la persona mayor y la familia.
- **Calor humano.** El voluntario dispone de un tiempo en su intervención muy valioso para acompañar a la persona mayor, que no tiene el resto de profesionales. Este tiempo le permite poder demostrar a la persona que está ahí para acompañarla en sus necesidades.
- **Amabilidad, cariño y respeto.** El paciente por su situación está en un momento de debilidad y sufrimiento, lo que aumenta la necesidad de sentirse querido, respetado y valorado.

En algunos momentos una sonrisa puede ayudar más que cualquier conversación.





- **Capacidad de escucha.** Escuchar no es fácil, no se puede improvisar, por eso la persona voluntaria ha de estar preparada y necesita dotarse de herramientas que faciliten el saber escuchar. Se ha de dar una respuesta empática y comprensiva.

Es preciso escuchar sin juzgar, permitirle a quien sufre el desahogo y que muestre sus miedos si él quiere.

- **Paciencia y tolerancia.** Cuando se acompaña a un usuario es fácil caer en el error de que vayan al ritmo de quien acompaña. Se corre el riesgo de no adaptarse a la situación ni a los tiempos necesarios para el usuario, que es el verdadero protagonista de estos cuidados. Pueden molestar sus quejas reiteradas, su conversación repetitiva, etc. La persona voluntaria ha de manejar bien la situación y tener paciencia. Es su momento y el voluntario acompaña al ritmo del otro.
- **Constancia y responsabilidad.** Todo voluntario ha de ser responsable del acompañamiento y respetar el compromiso que ha adquirido.
- **Creatividad.** Aunque la persona esté enferma no es incapaz, seguro que hay cosas que puede realizar y le ayudan a mejorar su autoestima, pese a la situación en que se encuentra. La persona voluntaria ha de ser creativo para fomentar la autonomía de la persona y su valía personal a través del refuerzo positivo.



- **Cooperación con el resto del equipo.** La acción voluntaria está enmarcada dentro del trabajo de todo un equipo. Los voluntarios no están solos. Es bueno compartir dudas y emociones con el resto de compañeros, así como el trabajo que se está realizando. Todos a una deben intervenir con los mismos criterios, de lo contrario se puede caer en el error de desorientar al paciente y a la familia.
- **Actitud dinámica y positiva,** capaz al mismo tiempo de mantener un sano sentido del humor.
- **Ser respetuoso con las creencias,** costumbres, valores e ideas del paciente así como con su historia de vida.
- **Confidencialidad y respeto a la intimidad.** No se puede olvidar nunca que lo que se escucha y comparte es privado y propio de cada paciente y familia. Se debe tener especial cuidado de lo que hablamos en los pasillos, con otros voluntarios, etc.
- **Que quiera formar parte de un proyecto institucional mucho más amplio, caracterizado por la hospitalidad,** como valor que conduce a una especial sensibilidad para detectar y atender a aquellas personas más vulnerables.
- **No hacer del voluntariado un asunto personal, pero sí un elemento de desarrollo personal.**



## 4.5. PERFILES DEL VOLUNTARIADO

Ser voluntario es una decisión libre, reflexiva y responsable, que implica un compromiso. Es una acción desinteresada, se basa en el altruismo y solidaridad. Se dedica tiempo y esta dedicación es continua y regular.

Es útil para la sociedad. Se encuentra dentro de una organización sin ánimo de lucro, con un proyecto, una metodología y unos objetivos, se forma y se prepara.

Pero el voluntariado también te ofrece la oportunidad de tener una actitud ante la vida, una manera de ser y de ver la realidad, es en definitiva, una Escuela de Valores Humanos, donde como voluntario se te pide:

- Capacidad de entrega y sentido de gratuidad.
- Equilibrio emocional.
- Disposición a conocer y respetar los principios de la Orden Hospitalaria y la Organización del Centro.
- Capacidad de integrarse en nuestro proyecto asistencial asumiendo que va a formar parte de un equipo organizado.



- Convencimiento de la dignidad y el valor que todo ser humano tiene en si mismo, sin distinción.
- Capacidad de afrontar las propias limitaciones y superar los prejuicios y estereotipos culturales, sociales, religiosos o políticos, en beneficio de una adecuada atención.
- Actitud pro-activa para la formación, que predisponga a querer aprender, para mejorar la calidad de la acción voluntaria.
- Incorporación a una tarea, a un itinerario educativo y a una dinámica de trabajo en equipo.
- Ser coherente con el compromiso adquirido.
- Actitud de servicio no paternalista.
- Ser discreto y guardar la confidencialidad.
- Tener capacidad de empatía.
- Ser adaptativo a los cambios, ser flexible.

Son los últimos y olvidados en nuestra cultura de la satisfacción, los que ocupan un lugar preferente en nuestra acción voluntaria.



## 4.6. BUENAS PRÁCTICAS DEL VOLUNTARIADO CON PERSONAS MAYORES

Desconocemos la situación de la persona a la que vamos a acompañar hasta que nos encontramos justo delante de ella. Por ello, no hay que traer ideas preconcebidas de lo que vamos a hacer, sino flexibles y con un pensamiento abierto de estar al lado de la persona mayor.

Las buenas prácticas son pautas que te proporcionamos para que te guíen en tu labor con los usuarios. Esperamos que te sean de ayuda.

- Igualdad de trato. Piensa que las personas que acompañas, aunque están enfermas son personas, por lo tanto trátalas con dignidad para favorecer la comunicación y el contacto.
- Céntrate en la persona y no en la enfermedad, sólo así podrás realizar un buen acompañamiento.
- Los saludos se suelen utilizar para darse la bienvenida o despedirse, fuera de esos contextos podrían confundir o molestar.
- Dirígete de forma educada y respetuosa a los demás, pide bien las cosas, da las gracias y se flexible en tu actitud.



- Recuerda que puedes no ser el único voluntario que acompaña a los usuarios y que ha podido transcurrir un tiempo desde el último encuentro, no retomes la situación como si lo hubieras dejado ayer, durante este tiempo han pasado cosas, su realidad puede haber cambiado.
- Todo lo que el usuario puede hacer por sí mismo debe hacerlo él.
- No tomes la iniciativa al preguntar por la enfermedad que padecen, ni tampoco por su familia. Escucha activamente lo que te cuente y si no sabes qué decir, guarda un respetuoso silencio, es una buena opción para no entrar en juicios de valor, minimizando o maximizando su problema, o mintiéndole. Ponte en su piel y se respetuoso.
- En el momento que detectes que un usuario se encuentra mal ponlo en conocimiento de los profesionales, siempre de manera discreta.
- Promete lo que puedas ofrecer. Es importante tener en la cabeza un principio de ir aumentando el compromiso poco a poco, comprometiéndonos con aquellas cosas que estamos seguros que vayamos a cumplir, cumpliendo en cada paso con las expectativas.



- Escucha lo que dice y lo que hace, tanto verbalmente como con el lenguaje no verbal, una buena práctica es entrar en la sala y observar que dicen, pero sobre todo cobra importancia observar sus miradas para captar las que puedan ser susceptibles de soledad, o querer hablar o estar acompañados.
- Averigua lo que le gusta a la persona mayor. Es probable que le apetezca acompañarnos en nuestras propuestas, pero también es probable que no. Recuerda siempre que lo prioritario son sus gustos y no los tuyos.
- Acudir a quien más lo necesite. Para ello, los profesionales nos pueden ayudar, ellos son los que conocen su día a día y nos pueden mostrar qué personas son las que más lo necesitan.
- Prepárate para interactuar. Tienes que estar preparado y concienciado de lo que vas a hacer y escuchar. Las personas mayores que visitáis muchas veces abren sus sentimientos, historias, anécdotas o estados de ánimos muy personales e íntimos, hay que corresponderles como mínimo con la atención que se merecen.



- Cuando te dicen que no, no te ofendas, no es una negación hacia tu persona, puede ser hacia la situación que en ese día o momento le está sucediendo, quizás, al rato o al día siguiente se le habrá pasado.

A veces creemos que la presencia de un voluntario es necesaria, pero hay situaciones en las que la persona mayor quiere estar a solas, tranquila, inmersa en sus recuerdos y pensamientos.

- Sitúate a su mismo nivel comunicativo. La comunicación se puede favorecer si ambas partes os situáis a un mismo plano físico, o a un mismo plano intelectual, ajustándonos al nivel de la conversación y a sus intereses; sentarnos a la misma altura, comunicarnos en un medio similar para ambos, no poniendo barreras entre ambas personas, compartiendo conocimientos y anécdotas.

No hay que traer **ideas** preconcebidas de lo que vamos a hacer, sino **flexibles** y con **un pensamiento abierto de estar al lado de la persona mayor**





## 4.7. Situaciones que nos podemos encontrar

### 4.7.1. A veces me hace una pregunta tan comprometida que me bloqueo y no sé qué decir

- Si no puedes dar una respuesta verdadera a nivel cognitivo, dile una verdad emocional.
- Como norma, ante la duda la mejor respuesta es el silencio.
- Detrás de las dudas, de la mentira, hay miedos y eso es humano, es natural, pero esa naturalidad no justifica la mentira o la deshonestidad.
- Nunca mientas a un usuario.
- Si no estás seguro del contenido de la respuesta que se te ocurre, mejor mantente en silencio y céntrate en observar las emociones que la situación le está despertando al usuario y a ti; así iréis ahondando en el conocimiento de uno mismo, y transformando una situación “comprometida” en una oportunidad para el crecimiento.



## Ejemplo:

**Persona mayor:** -Ya no voy a poder andar nunca más ¿verdad? Estoy condenado a la silla de ruedas para siempre ¿verdad?

**Voluntario:** -Eso te entristece, veo.

**Persona mayor:** -No es tristeza, es impotencia.

**Voluntario:** (silencio) -Impotencia, claro.

### 4.7.2. A menudo le hablo y parece que no me entiende

Pueden tener dificultades en encontrar las palabras adecuadas para expresar los significados que tienen en mente, pero sus sentimientos permanecen intactos.

El contenido es importante, pero más lo es el impacto emocional y los sentimientos, procura no enredarte en el contenido y aprende a observar la base emocional que sostiene el discurso.

Ten cuidado con hablar de él pensando que no se entera de nada.

Quizás no responde a lo que se le dice, pero sí percibe que se está hablando de él y eso genera un malestar y vulnerabilidad que a nadie nos gusta; además puede desatar reacciones desagradables para todos.



### 4.7.3. Es tan repetitivo, siempre que vengo me cuenta la misma historia

No importa el contenido, lo importante es que la persona se sienta escuchada. Escúchala como si fuera la primera vez.

### 4.7.4. Una vez detrás de otra le recuerdo el día, la hora, el lugar en el que estamos y no lo reconoce, me siento cansado

Es importante aprovechar la situación para reflexionar sobre qué es lo que te hace sentir cansado, si el repetir las cosas o el hecho de esperar una posibilidad que difícilmente se va a dar.

Insistir puede confundirle y disgustarle; no cambiaría su percepción del tiempo y del espacio. Si lo hiciese, sería momentáneo. Es mucho mejor ESCUCHAR.

### 4.7.5. No sé de qué hablar cuando lo visito

Capta su atención, mírale a los ojos cuando le hables o le escuches, y recuerda llamarle por su nombre, así le mantenemos en la medida de lo posible orientado con respecto a sí mismo.

Pregunta una sola cosa cada vez.

Por regla general, es mejor formular preguntas cerradas, es decir, que se puedan responder con un sí o un no.



Es importante no hacer preguntas que impliquen recuperar información de la memoria.

#### 4.7.6. ¿Qué puedo hacer cuando me habla y no entiendo lo que me dice?

Si no entiendes lo que quiere decir, puedes explicarle la situación respondiendo:

“Es frustrante ¿verdad?, tu no encuentras las palabras precisas y a mi me cuesta adivinar lo que quieres decir.”

#### 4.7.7. Tiene días que no quiere pasear, no quiere ver la televisión, o no quiere hacer nada

No te lo tomes como un capricho tonto o una ofensa personal hacia ti, considéralo como una oportunidad para ellos de tomar decisiones y sentirse autónomos y respetados.

Cuando le ofrezcas alternativas acótale el campo ofreciéndolo no más de dos alternativas.

Utiliza siempre mensajes en positivo, es decir, indicarle qué hacer en vez de lo que no debe.

Utiliza siempre **mensajes en positivo.**



#### 4.7.8. Nunca le gusta la comida, siempre se queja que si está fría o si está sosa

A menudo, sobre todo en las primeras fases de la enfermedad, se dan olvidos que hace que no coman ni se hidraten. No es pues una cuestión de voluntad, sino de memoria, no lo olvides tú.

A medida que avanza la enfermedad se van uniendo trastornos del gusto y del olfato con lo que puede ser verdad (la suya), que la comida le sepa como te dice.

A eso, hay que añadirle el malestar que le produce a todo ser humano, no poder decidir qué comer y estar día tras día con dietas.

#### 4.7.9. Este "mayor" siempre está enfadado, quejándose y refunfuñando

Aunque la atención hospitalaria y sociosanitaria cada vez tiene más en cuenta la individualidad de la persona mayor, es inevitable que haya ciertas rutinas y funcionamientos que generan en el usuario una pérdida de decisiones en cuanto a lo cotidiano se refiere.

Ten en cuenta que estando hospitalizado o residente, no deciden el menú diario, incluso en algunos casos ni la ropa que ponerse, ni el canal de televisión que quieren ver, etc.



Perder autonomía, perder salud, perder memoria, etc. En definitiva: perder.

Mantener el derecho a la “pataleta”, aunque sea inadecuado, vévelo como una forma de expresión de la persona mayor.

#### **4.7.10. ¿Cómo puedo ayudarle cuando está deambulando constantemente? Camina sin parar y sin rumbo, incluso a veces dice que se marcha a un lugar conocido**

Primero de todo hay que averiguar por qué lo hace. Quizás está aburrido, con lo que buscando una actividad para hacer, deja de caminar sin ton ni son.

Poder pasear acompañado evita que deambule descontroladamente y con riesgo de perderse y desorientarse.



**Lo más importante es el vínculo y la comunicación afectiva** con gestos, caricias, dado que la memoria emocional se mantiene hasta el final

#### **4.7.11. Se puede pasar un día entero haciendo movimientos repetitivos o balanceándose**

Si la actividad no es peligrosa, es mejor no prohibírselo, es probable que le dé cierta seguridad, o le calme el movimiento.

Podéis probar de hacer una actividad repetitiva que requiera hacerse sentado: doblar servilletas, deshacer bovinas de lana, mirar fotos o revistas para ir pasando hojas o ver una colección de postales.

Lo más importante es el vínculo y la comunicación afectiva con gestos, caricias, dado que la memoria emocional se mantiene hasta el final. Sin embargo, no hay que perder de vista que a algunas personas no les gusta que les toquen, con lo que es importante conocer la especificidad de cada persona.



## 5. GLOSARIO

- **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** son definidas como las actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo; por lo que también son conocidas como actividades personales de la vida diaria.
- **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):** se definen como aquellas actividades destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo complejas y que generalmente su realización es opcional.
- **Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD):** están en relación con el estilo de vida de la persona y permiten desarrollar sus papeles dentro de la sociedad. Dentro de estas actividades se incluyen la educación, trabajo, ocio, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes.
- **Agudeza visual:** es la capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificar objetos especiales con unas condiciones de iluminación buenas.





- **Atención integral:** las dimensiones de la persona son: biológica, psíquica, social y espiritual. Solamente una atención que trate todas estas dimensiones, al menos como criterio de trabajo y como objetivo a lograr, podrá considerarse como asistencia integral”. (Carta de Identidad de la Orden Hospitalaria 5.1. pg. 81).
- **Autoestima:** es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos.
- **Autonomía:** capacidad que tiene la persona de tomar decisiones por uno mismo, sin intervención ajena.
- **Barrera:** es un obstáculo que impide o dificulta la realización de una determinada tarea o actividad.
- **Comorbilidad:** hace referencia a la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos.
- **Deambular:** ir de un lugar a otro sin un fin determinado.



- **Dependencia:** es la incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria y por requerir ayuda para su realización. Una persona dependiente es aquella que no puede valerse por sí misma y necesita ayuda de otros.
- **Desorientación:** confusión en la esfera autopsíquica (propia persona) o alopsíquica (tiempo y espacio).
- **Deterioro funcional:** es el deterioro de la movilidad física y en la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria.
- **Discapacidad:** es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, y en igualdad de condiciones con las demás.
- **Empatía:** es la capacidad cognitiva de percibir en un contexto común lo que otro individuo puede sentir. También es un sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra. Consiste en ponerte en el lugar de la otra persona.
- **Enfermedad aguda:** se llaman enfermedades agudas a aquellas que tienen un inicio y un fin claramente definidos, y son de corta duración.



- **Envejecimiento activo:** la mejor definición es la adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define el “envejecimiento activo” como “el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”.
- **Equipo interdisciplinar:** está constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Pueden valorar al enfermo por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados.
- **Equipo multidisciplinar:** es un grupo de diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma independiente, valoran al enfermo por separado e interactúan entre ellos de manera informal
- **Facultades motoras:** capacidades físicas de una persona.



- **Homogéneo:** que está formado por elementos con una serie de características comunes referidas a su clase o naturaleza que permiten establecer entre ellos una relación de semejanza.
- **Iatrogenia:** consecuencia nociva recibida por persona sana o enferma, directa o indirectamente, que resulta de acciones médicas que intentan o logran beneficiar en otros aspectos.
- **Independencia:** una persona es independiente cuando puede valerse por sí mismo y satisfacer sus necesidades sin recurrir a otras personas, objetos o sustancias.
- **Morbilidad:** es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.
- **Movimiento altruista:** el término altruismo se refiere a la conducta humana y es definido como la preocupación o atención desinteresada por el otro o los otros.
- **Organización sin ánimo de lucro:** es una entidad cuyo fin no es la consecución de un beneficio económico sino que principalmente persigue una finalidad social y/o altruista y/o humanitaria y/o comunitaria.



- **Paternalismo:** tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo; políticas, laborales, etc.
- **Persona mayor:** persona de edad avanzada. Actualmente no hay acuerdo en la edad a partir de la cuál una persona es considerada mayor. Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la OMS las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos (OMS, 2005). Estas definiciones se contraponen con la de varios autores que nos dicen que no se puede dar una definición exacta de a qué edad el ser humano llega a ser reconocido socialmente como adulto mayor o que un adulto mayor no puede definirse simplemente por rebasar un límite de edad.
- **Persona mayor frágil:** la fragilidad es un estado previo a la discapacidad o deterioro funcional, que se puede detectar precozmente y es potencialmente reversible, ofreciendo una ventana de oportunidad para intervenciones preventivas de mayor impacto. Se define la persona mayor frágil como aquella que tiene una disminución en sus reservas fisiológicas, con mayor probabilidad de presentar eventos adversos de salud o mayor vulnerabilidad a ellos, de deterioro en su función física, funcionalidad y muerte.



- **Pluripatología:** pacientes con dos o más enfermedades crónicas sintomáticas en las que resulta difícil establecer los protagonismos, pues en general presentan un grado de complejidad equivalente, con similar potencial de desestabilización, dificultades de manejo e interrelaciones.
- **Polifarmacia:** según la OMS es el uso concomitante de tres o más medicamentos.
- **Proceso agudo:** proceso en el cual se presenta el cuadro sintomatológico en un periodo de tiempo relativamente corto, pero la intensidad de dichos síntomas es mucho más fuerte que en un proceso crónico o a largo plazo.
- **Recursos asistenciales convencionales:** son los recursos que se aceptan por acuerdo entre profesionales. Son comunes.
- **Refuerzo positivo:** es ese reforzador que aumenta nuestra conducta porque al hacerla recibimos algo que nos gusta. Es aquello que va a ayudar a que la conducta se mantenga.
- **Reserva funcional:** incremento del gasto cardíaco ante una demanda fisiológica.



- **Roles:** función o papel que cumple algo o alguien.
- **Síndrome confusional:** es una alteración de la conciencia.
- **Síndromes geriátricos:** se refieren a condiciones de salud multifactoriales, propias de la persona mayor, que ocurren cuando los efectos de la acumulación de deterioros, en múltiples sistemas, tornan a una persona vulnerable ante demandas fisiológicas o fisiopatológicas.
- **Sistema asistencial:** conjunto de profesionales del equipo de salud que actúan de forma directa en el usuario.
- **Valoración global:** análisis conjunto de todas las partes.
- **Vulnerable:** que puede ser herido o dañado física o moralmente.



## 6. PARA SABER MÁS

- [www.segg.es](http://www.segg.es)
- [www.imbiomed.com](http://www.imbiomed.com)
- [www.esacademic.com](http://www.esacademic.com)

También puedes encontrar otros recursos en el apartado de Voluntariado de la web de la Fundación Juan Ciudad:

- [www.sanjuandedios-fjc.org](http://www.sanjuandedios-fjc.org)





## Bibliografía

- SALGADO Alberto, GUILLEN Francisco. Manual de Geriátría. Masson 1994.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). VV.AA. Tratado de Geriátría para residentes. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología 2007.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Coordinación Gómez Martín, María del Puerto, Díaz Veiga, Pura y VV.,AA. Decálogo para el buen trato a las personas mayores. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Coordinación Gómez Martín, María del Puerto, Díaz Veiga, Pura y VV.AA. Guía práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.2011
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.VV.AA. Documento consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2014.



- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. 2013. Disponible en:
- [www.fesemi.org/documentos/1385470163/publicaciones/guias/desarrollo-guias-practica-clinica-pacientes-comorbilidad-pluripatologia.pdf](http://www.fesemi.org/documentos/1385470163/publicaciones/guias/desarrollo-guias-practica-clinica-pacientes-comorbilidad-pluripatologia.pdf)
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Provincia Bética. Cuaderno de Voluntariado.





Voluntariado con  
**Personas Mayores**  
y la Atención Geriátrica

Cuadernos formativos



[www.sanjuandedios-fjc.org](http://www.sanjuandedios-fjc.org)