



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Contra la violencia en el cuidado de personas mayores

Módulo 2:

Mejorar nuestra comprensión del impacto de los factores relacionados con el envejecimiento sobre las actitudes y comportamientos de las personas mayores, sus familias y los profesionales que trabajan con ellos.

-

Adoptar una posición adecuada en la relación de apoyo con una persona mayor para prevenir la violencia



CONTENIDO

MEJORAR NUESTRA COMPRENSIÓN DEL IMPACTO DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO EN LAS ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE LAS PERSONAS MAYORES, SUS FAMILIAS Y LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON ELLOS..... 5

MEJORAR LA COMPRENSIÓN DE LAS DEFICIENCIAS RELACIONADAS CON EL ENVEJECIMIENTO NORMAL 6

1. CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS, SENSORIALES Y COGNITIVOS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO NORMAL 6
 - A. *Los efectos del envejecimiento normal en el cuerpo: las consecuencias y cambios funcionales resultantes*..... 6
 - B. *Los efectos del envejecimiento normal en la cognición* 12
2. LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DERIVADAS DE LA PÉRDIDA DE AUTONOMÍA 13
 - A. *El envejecimiento, un proceso paralelo a una serie de rupturas, pérdidas y duelos para la persona mayor* 13
 - B. *Las diferentes etapas psicológicas y sociales del envejecimiento.* 14
 - C. *Manifestaciones psicológicas comúnmente observadas en personas mayores: una mejor identificación puede contribuir a una mejor comprensión* 14

MEJORAR LA COMPRENSIÓN DE LAS DEFICIENCIAS RELACIONADAS CON EL ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO 16

1. LAS PATOLOGÍAS NEURODEGENERATIVAS MÁS COMUNES EN LAS PERSONAS MAYORES: CARACTERÍSTICAS, DESARROLLO, CAUSAS, FUNCIONES AFECTADAS Y CONSERVADAS 16
 - A. *Relación de las principales patologías neurodegenerativas encontradas en las residencias de mayores y en el domicilio*..... 16
 - B. *Características, desarrollo, causas, funciones afectadas y conservadas* 16
 - C. *Ilustración para mejorar la diferenciación entre los diversos trastornos en la práctica profesional y ayudar a comprender los cambios involucrados.* 36
2. LAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS MÁS COMUNES EN LAS PERSONAS MAYORES: CARACTERÍSTICAS, EVOLUCIÓN, TRASTORNOS CONDUCTUALES ASOCIADOS 37
 - A. *Relación de las principales patologías psiquiátricas encontradas en las residencias de mayores y en el domicilio* 37
 - B. *Ilustración para mejorar la diferenciación entre los diversos trastornos en la práctica profesional y ayudar a comprender los cambios involucrados.* 44
3. ESTOS TRASTORNOS QUE NOS MOLESTAN: DESCIFRANDO LOS TRASTORNOS HABITUALMENTE OBSERVADOS EN LAS RESIDENCIAS DE PERSONA MAYORES Y EN EL DOMICILIO 45
 - A. *Comprensión del concepto de trastorno del comportamiento.* 45
 - B. *Definición del concepto de trastorno del comportamiento y la terminología asociada*..... 45
 - C. *Descifrar los principales trastornos observados en patologías neurodegenerativas o psiquiátricas para mejorar su identificación y manejo en la práctica*..... 48
 - D. *Ilustración con ejemplos concretos para mejorar la identificación y diferenciación de los diversos trastornos en la práctica profesional*..... 53
4. AGRESIVIDAD/VIOLENCIA Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO 54
 - A. *Los trastornos de conducta y la agresividad/violencia no son necesariamente sinónimos*..... 54
 - B. *Identificación de factores de agresividad y violencia en los trastornos de conducta* 55
 - C. *Manifestaciones, características y rasgos específicos de las 'conductas problemáticas'* 55
5. OTRAS PATOLOGÍAS DE LA VEJEZ 58
 - A. *Relación de otras patologías relacionadas con el envejecimiento y sus consecuencias en la persona mayor* 58
 - B. *Características específicas relacionadas con la iatrogenia de fármacos* 59

IDENTIFICAR LAS RESPECTIVAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS CON RESPECTO A ESTOS CAMBIOS Y/O TRASTORNOS PARA ESTAR MEJOR PREPARADOS PARA MANEJAR SITUACIONES DE VIOLENCIA 60

1. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE ESTOS CAMBIOS/TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO EN LAS ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS..... 60
 - A. *Comprender el impacto de estos cambios desde el punto de vista de la persona mayor, la familia o seres queridos, los profesionales o personas externas implicadas*..... 60

B. Aportar un nuevo punto de vista mediante el análisis de situaciones agresivas específicas	62
2. IDENTIFICAR SUS RESPECTIVAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS PARA ESTAR MEJOR PREPARADOS PARA MANEJAR SITUACIONES DE VIOLENCIA	63
A. Para un mejor conocimiento de las necesidades para minimizar las frustraciones y las reacciones defensivas, y para dar respuestas adecuadas	63
B. Identificación y seguimiento de necesidades y expectativas reales	71
ADOPTAR LA POSICIÓN ADECUADA EN LA RELACIÓN DE APOYO CON UNA PERSONA MAYOR PARA PREVENIR LA VIOLENCIA	74
ADQUIRIR LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL APOYO CUIDADO A LAS PERSONAS MAYORES VULNERABLES CON AUTONOMÍA REDUCIDA	75
1. LOS PRINCIPIOS QUE SOSTIENEN LA RELACIÓN DE APOYO BASADA EN UN ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA.....	75
A. La relación de ayuda y apoyo: una relación basada en comunicaciones e influencias recíprocas	75
B. El enfoque centrado en la persona propuesto por Carl ROGERS	78
2. CONSIDERACIÓN DEL MAYOR COMO ADULTO RESPONSABLE Y CIVIL	79
A. La persona mayor, una persona que tiene derechos, libertades y expectativas	79
B. Centrarse en la dignidad de la persona mayor	82
C. Foco en los derechos cívicos de la persona mayor.....	82
3. ADAPTACIÓN DEL APOYO PARA BRINDAR RESPUESTAS APROPIADAS A LAS CAPACIDADES, NECESIDADES Y EXPECTATIVAS INDIVIDUALES DE LA PERSONA MAYOR.....	83
A. Conocimiento de la persona mayor para identificar y atender mejor sus necesidades.....	83
B. Consideración del plan personalizado, una herramienta para lograr que las personas mayores tengan agencia en su propio apoyo individualizado	85
C. Análisis diario de la demanda, expectativas, necesidades y habilidades de la persona mayor para ofrecerle un apoyo adecuado y de calidad.	88
4. ÉNFASIS EN EL VALOR DE LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA MAYOR EN LA VIDA COTIDIANA	91
A. Evaluación de sus habilidades.	91
B. Potenciar el sentido de independencia y participación de la persona mayor.....	93
C. Obtención del consentimiento o acuerdo de la persona mayor	95
D. Aumentar el poder de la persona mayor para tomar decisiones y tomar decisiones.....	97
5. ORGANIZACIÓN QUE SE ADAPTA A LA PERSONA MAYOR Y NO AL VICEVERSA.....	98
PREVENIR LA ADOPCIÓN DE ACTITUDES NOCIVAS	99
1. LOS MECANISMOS DE DEFENSA Y SUS IMPACTOS EN LA RELACIÓN DE APOYO Y EN EL COMPORTAMIENTO	99
2. IDENTIFICACIÓN DE ACTITUDES NOCIVAS.....	102
A. Centrarse en ciertas actitudes dañinas en la relación de ayuda.....	102
B. Identificación de otras actitudes dañinas en la relación de ayuda para limitar las respuestas agresivas y violentas.....	105
GESTIÓN DE ACTITUDES FUNDAMENTALES QUE CONDUCEN A UNA COMUNICACIÓN DE ALTA CALIDAD	107
1. LOS FUNDAMENTOS DE LA COMUNICACIÓN	107
A. Conceptos en comunicación	107
B. Mecanismos y funciones de comunicación.....	108
C. Una comunicación pero múltiples tipos de comunicación.....	110
D. Condiciones de comunicación	112
2. COMUNICACIÓN Y PERSONAS MAYORES.....	112
A. Comunicación y envejecimiento	112
B. La evaluación de la comunicación expresiva y receptiva es un requisito previo	114
3. USO DE COMUNICACIÓN ÚTIL Y FACILITADORA CON LA PERSONA MAYOR.....	114
A. Los principios de la escucha activa y empática	114
B. Uso de técnicas de cuestionamiento y reformulación para facilitar la expresión y comprensión del hablante	115
C. Técnicas de comunicación verbal/no verbal para mantener la conexión comunicativa, para favorecer la expresión del hablante	118

4. USO DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVA ADAPTADA A PERSONAS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO	122
A. Adoptar una variedad de herramientas de comunicación	122
B. El abordaje de mirar, hablar y tocar según la metodología <i>Humanitude</i> ® de GINESTE-MARESCOTTI ..	123
C. Validación Emocional® según Naomi FEIL.....	124
D. Conceptos CAA (Comunicación Aumentativa y Alternativa) para la comunicación basada en imágenes y gestos	128

ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS DE CUIDADO PARA LA PROTECCIÓN ANTE SITUACIONES DE RIESGO DE VIOLENCIA

1. LAS RECOMENDACIONES NACIONALES (DIRECTRICES) PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE APOYO AL CUIDADO	130
A. Las recomendaciones nacionales relativas al apoyo a las personas mayores como parte de un buen cuidado.....	130
2. ADOPTAR ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS PROFESIONALES ADECUADOS EN LA RELACIÓN PARA ASEGURAR UN ENFOQUE PROFESIONAL ADECUADO QUE PREVENGA SITUACIONES DE VIOLENCIA	132
A. Fichas de referencia sobre conductas profesionales a fomentar en la relación de ayuda y cuidado para prevenir situaciones de violencia.....	132
B. Cuestionarios de autoevaluación de las prácticas profesionales como parte del buen cuidado.....	136
3. COMPORTAMIENTOS PROFESIONALES A IMPULSAR PARA PROMOVER EL VÍNCULO SOCIAL Y PREVENIR SITUACIONES AGRESIVAS.....	139
A. Comportamiento profesional para fomentar conexiones entre los residentes y una mejor convivencia comunitaria	139
B. Conducta profesional para favorecer los vínculos entre las personas mayores y sus familiares o amigos	140

Parte 1

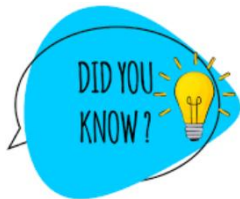
MEJORAR NUESTRA COMPRENSIÓN DEL IMPACTO DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO EN LAS ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS DE LAS PERSONAS MAYORES, SUS FAMILIAS Y LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON ELLOS.



MEJORAR LA COMPRENSIÓN DE LAS DEFICIENCIAS RELACIONADAS CON EL ENVEJECIMIENTO NORMAL

1. CAMBIOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS, SENSORIALES Y COGNITIVOS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO NORMAL

El envejecimiento inducirá cambios en la persona, con consecuencias en su comportamiento, pero también en los que le rodean. Es importante obtener una mejor comprensión de las interacciones y sus efectos resultantes para que podamos anticipar ciertas reacciones agresivas y ofrecer el apoyo adecuado.



A. Los efectos del envejecimiento normal en el cuerpo: las consecuencias y cambios funcionales resultantes

El envejecimiento normal toma la forma de cambios graduales en la estructura y función del cuerpo, como resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales a lo largo de la vida de la persona.

Se acompaña de una reducción de las capacidades funcionales del organismo. En diferentes grados en diferentes órganos y variando de un individuo a otro de la misma edad. Estos cambios son generalmente más evidentes en situaciones que requieren reservas funcionales (esfuerzo, estrés, enfermedad aguda). Esta reducción en las reservas funcionales significa que el cuerpo es menos capaz de adaptarse a condiciones desafiantes y estresantes.

Metabolismo

- Cambios en la composición corporal: reducción de la masa magra (huesos, órganos y músculos), aumento proporcional de la grasa corporal (particularmente en la región abdominal);
- Cambios en el metabolismo de los carbohidratos, menor tolerancia a la carga de glucosa, resistencia a la insulina;
- Reducción del volumen de agua en el cuerpo.

Sistema nervioso

- Numerosas modificaciones neuropatológicas y neurobiológicas del sistema nervioso central: reducción del número de neuronas corticales, rarefacción de la sustancia blanca (circulación de información en el sistema nervioso) y reducción de ciertos neurotransmisores intracerebrales;
- Consecuencias resultantes: mayor tiempo de reacción, reducción moderada en el rendimiento de la memoria, principalmente para la memoria inmediata;
- Reducción y desestructuración del sueño: fragmentación del sueño, micro despertares, cambios en la calidad del sueño;
- Reducción de la sensación de sed (osmorreceptores);
- Mayor vulnerabilidad del cerebro a los insultos con riesgo de delirio;
- Reducción de la sensibilidad propioceptiva (hipopalestesia) que conduce a inestabilidad postural.

Órganos sensoriales

Vista

- Reducción de la agudeza visual, la sensibilidad al contraste y el campo visual;
- Reducción de la acomodación (hipermetropía) que dificulta la lectura atenta;
- Opacificación progresiva del cristalino que comienza en la vejez y afecta la visión (catarata);
- Cambio en la sensibilidad del color;
- Cambios en la estructura del ojo (córnea, cristalino), pérdida de elasticidad de la piel de los párpados, disminución de la producción de película lagrimal provocando ojos secos;
- Otras patologías oculares: Degeneración macular asociada a la edad (DMAE), glaucoma, blefaritis...

Audición

- Envejecimiento del sistema cocleovestibular: desgaste gradual y natural de las células auditivas del oído en el origen de la presbiacusia;
- Dificultad para detectar sonidos agudos y ciertas consonantes que incluyen sonidos agudos. Cuando esos sonidos no se perciben, puede dar la impresión de que se están murmurando palabras. Con el tiempo también hay un efecto en los tonos bajos;
- Comprensión distorsionada debido a la incapacidad de entender bien. Las personas mayores luchan por seguir una conversación;
- Otras patologías auditivas: hiperacusia (los sonidos se exageran por la noche), tinnitus (sensación de ruido continuo no deseado en el oído).

Gusto

- Pérdida del gusto (ageusia) asociada con la disminución en el número de papilas gustativas, con sensibilidad reducida de los receptores sensoriales y con deficiencia de zinc;
- Pérdida del disfrute de los alimentos y deseo de comer, pérdida de apetito, riesgo de desnutrición;
- Atrofia de las glándulas salivales dando sequedad de boca, sabor metálico en la boca;
- Pérdida progresiva del sabor salado seguida de pérdida del sabor dulce; el amargor persiste: por lo tanto, las personas mayores usan más sal porque su comida parece más blanda;
- Cambios en las preferencias alimentarias: la persona mayor dejará todo lo rico en minerales y vitaminas y elegirá postres y alimentos ricos en almidón, lo que tiene un efecto sobre la función gastrointestinal.

Olfato

- Disminución significativa de la sensibilidad olfativa y de la capacidad para identificar olores, lo que puede provocar hiposmia grave o incluso anosmia.

Tacto

- Alteración de la agudeza táctil por reducción del número de mecanorreceptores: las vibraciones que siente la piel al contacto con un objeto son menos intensas;
- Cambios en las fibras nerviosas conectadas a los mecanorreceptores, ralentizando la transmisión de los impulsos nerviosos. Las reacciones a los estímulos de la piel se ralentizan y, por lo tanto, los movimientos resultantes son menos precisos.;
- Posibilidad de hipoestesia (disminución de la sensibilidad táctil) que imposibilita progresivamente agarrar objetos cotidianos demasiado pequeños o demasiado

delgados, escribir o manipular diversos objetos. Las personas mayores también sufren de falta de percepción de cosas afiladas, puntiagudas o cortantes... Ya no tienen la sensación de soportar peso sobre los pies y, por lo tanto, pueden perder el equilibrio con mayor facilidad.

Sistema cardiovascular

- Aumento de la masa cardíaca, rigidez de las arterias que provoca un llenado insuficiente del ventrículo izquierdo, pérdida de contractilidad del músculo cardíaco, ralentización de la microcirculación sanguínea y, en ocasiones, insuficiencia cardíaca;
- Gasto cardíaco reducido en un 30 a 40% y menor tolerancia al ejercicio (capacidad del corazón para adaptarse al ejercicio latiendo más rápido o con más fuerza);
- Engrosamiento y rigidez de las paredes arteriales y arteriolares (debido a un aumento de colágeno y una disminución de elastina), pérdida de elasticidad de los vasos sanguíneos que conduce a un aumento de la presión arterial sistólica.

Sistema respiratorio

- Reducción de la capacidad ventilatoria por cambios en la caja torácica y en el volumen pulmonar (tórax más corto y ancho, rigidez torácica, compresión de vértebras, fusión de los alvéolos pulmonares reduciendo el volumen de aire que se puede movilizar y dificultando la movilización), debilitamiento de los músculos respiratorios y abdominales;
- Reducción de la capacidad de difusión de oxígeno;
- Más frecuente congestión bronquial por disminución del aclaramiento mucociliar (mecanismo de autolimpieza de las vías respiratorias bronquiales), acumulación de secreciones respiratorias;
- Mayor riesgo de infecciones pulmonares.

Sistema musculoesquelético

- Envejecimiento del músculo esquelético:
 - en los músculos: reducción de la densidad de las fibras musculares, reducción de la masa muscular (sarcopenia), disminución de la fuerza muscular,
 - en el tejido óseo: disminución de la densidad ósea, descalcificación, reducción del recambio óseo (osteoporosis, riesgo de fractura), adelgazamiento del cartílago y resistencia mecánica del hueso, aumento de la grasa medular,
 - En las articulaciones: tendencia a la anquilosis (rigidez);
- Entre los 30 y los 70 años perdemos el 30% de nuestra masa ósea y la mitad de nuestra masa muscular activa. A partir de los 25 años, los músculos van perdiendo su velocidad y su poder de contracción (1% por año);
- Pérdida de fuerza y resistencia;
- Movimientos más lentos;
- Pérdida de reflejos, equilibrio y coordinación.

Sistema digestivo

- Cambios en el sistema bucal, disminución del flujo salival;

- Disminución de las secreciones digestivas (bilis, jugos pancreáticos, secreciones intestinales, ácido clorhídrico en el estómago...) con tránsito intestinal más lento y/o estreñimiento;
- Sensibilidad anorrectal reducida (disminución de la sensación de necesidad y acumulación de heces en el recto);
- La asimilación de los nutrientes esenciales es menos efectiva, lo que resulta en deficiencias nutricionales.

Sistema urinario

- Disminución del tamaño, peso y volumen de los riñones que conduce a una disminución progresiva de la tasa de filtración de sangre por parte de los riñones (mala eliminación de desechos y acumulación de toxinas). Los riñones se esfuerzan por purificar la sangre eliminando los productos de desecho y cumplir otra función esencial: mantener el equilibrio sal/agua;
- Pérdida de la capacidad de concentración y dilución de la orina;
- Disminución de la capacidad vesical: el vaciamiento vesical es menos completo con un residuo postmiccional que aumenta con la edad. Consecuencias: necesidad de orinar con más frecuencia y mayor riesgo de infecciones del tracto urinario;
- En las mujeres, el acortamiento y adelgazamiento de la pared uretral aumenta el riesgo de incontinencia urinaria.

Órganos sexuales

- Disminución de DHEA que permite la producción de hormonas sexuales;
- Cambios en los órganos sexuales. En las mujeres, fin de la secreción ovárica de estrógenos y de los ciclos menstruales (menopausia). Las glándulas mamarias, el útero y los ovarios involucionan gradualmente y la mucosa vaginal se atrofia y se vuelve más seca. En los hombres, disminución progresiva de la secreción de testosterona, aumento del volumen de la próstata, bloqueo progresivo del flujo urinario;
- Reducción de la actividad sexual (¡que no desaparece!). En el hombre, las erecciones son menos fuertes y requieren una estimulación más prolongada. En las mujeres, disminución de la lubricación vaginal que puede dificultar las relaciones sexuales.

Sistema inmunitario

- Pérdida de la función eficaz del sistema inmunitario y de la capacidad para resistir microbios e infecciones debido a que el cuerpo produce menos anticuerpos;
- Respuesta inmunitaria más lenta: los glóbulos blancos se vuelven menos reactivos y efectivos; la eliminación de células anormales y cuerpos extraños se vuelve menos efectiva.

Piel, cabello y uñas

- Cambio en el tejido elástico, engrosamiento fibroso de la dermis y disminución en el número de melanocitos (contribuyendo al encanecimiento del cabello);
- Disminución de la actividad de las glándulas sebáceas, sudoríparas, ecrinas y apocrinas, lo que contribuye al secado de la piel y las mucosas;
- Estos cambios dan como resultado una piel más delgada y pálida, marcada por arrugas y líneas finas y más propensa a lesiones degenerativas;

- Aparición de depósitos de pigmentación: manchas marrones llamadas 'manchas de la edad';
- Reducción en la tasa de crecimiento del cabello (el cabello es más delgado) y uñas;
- Disminución en el número de terminaciones nerviosas cutáneas que conducen a una sensibilidad reducida;
- Cambios en la termorregulación.



Simular el envejecimiento para mejorar la comprensión de las consecuencias de las deficiencias sensoriales en el comportamiento y las actitudes de una persona mayor

La experiencia de simulación consiste en ponerse un traje especial y accesorios para experimentar los efectos del envejecimiento. Este proceso promueve la sensibilización de los profesionales y puede ayudar a mejorar su comprensión de las necesidades y dificultades que encuentran las personas mayores en todas las actividades de la vida diaria.



Esta herramienta ofrece la oportunidad de sentir los efectos de las deficiencias fisiológicas relacionadas con la vejez, tales como:

- opacidad del cristalino del ojo
- estrechamiento del campo visual
- enfermedades oculares (cataratas, glaucoma, degeneración macular, etc.)
- pérdida auditiva de alta frecuencia
- movilidad limitada de la cabeza
- rigidez articular
- pérdida de fuerza y agilidad reducida
- reducción en la coordinación de movimientos
- marcha inestable y temblores

A través de ejercicios prácticos, esta herramienta permite al usuario experimentar las consecuencias sociales, relacionales y emocionales del envejecimiento de los órganos motores y sensoriales y de ciertas funciones cognitivas.

Situaciones experimentadas que simulan deficiencias sensoriales y de movilidad:

- ▶ Acciones que requieren habilidades motoras finas
- ▶ Acciones que requieren movimiento
- ▶ Movimientos en diferentes ambientes: comedor, dormitorio, pasillos, etc.
- ▶ Actividades de la vida diaria: lavarse, vestirse, desvestirse, calzarse, levantarse, acostarse, comer, leer, realizar actividades, etc.
- ▶ Comunicación y conexiones sociales.

B. Los efectos del envejecimiento normal en la cognición

Funciones ejecutivas, atención, concentración y capacidad de aprendizaje

- Lentitud general de ejecución: dificultad para realizar una tarea que requiera rapidez y coordinación, etc.;
- Reducción de los recursos atencionales y de la concentración, particularmente en lo que respecta a la atención sostenida y la atención dividida;
- Dificultad para procesar y proporcionar varios datos al mismo tiempo;
- Reducción de la capacidad de aprendizaje;
- Enlentecimiento del pensamiento;
- Deterioro de la flexibilidad mental (dificultad para cambiar de un elemento de información a otro);
- Resulta más difícil resolver problemas;
- Disminución de la capacidad de adaptación al entorno.

Memoria

- Enlentecimiento del rendimiento de la memoria debido a múltiples factores (disminución de las capacidades de codificación y recuperación de la información, disminución de la percepción auditiva y visual, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, ingesta de medicamentos, fatiga, falta de estimulación cognitiva y sueño, medio ambiente...);
- Deterioro de la memoria a corto plazo;
- Deterioro de la memoria de trabajo (operaciones intelectuales) porque depende de la capacidad de atención;
- Deterioro de la memoria episódica explícita;
- Preservación de la memoria semántica.

Habilidades visoespaciales

- Deterioro de las habilidades visoespaciales.

Lenguaje, comprensión

- Dificultad para hablar con palabras y pensamientos retardados o ralentizados;
- La comprensión de palabras individuales no se ve afectada, tanto como la comprensión de palabras en oraciones más largas y estructuras narrativas.

2. LAS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DERIVADAS DE LA PÉRDIDA DE AUTONOMÍA

A. El envejecimiento, un proceso paralelo a una serie de rupturas, pérdidas y duelos para la persona mayor

El envejecimiento trae consigo varias rupturas sucesivas y pérdidas para la persona mayor. La pérdida es algo extremadamente doloroso, que será manejado de manera diferente por diferentes personas mayores.

El envejecimiento puede implicar la pérdida de:

- el control de la propia vida,
- la identidad **propia**,
- la autoestima de uno, **yo quitaría de uno**
- la propia autonomía (pérdidas físicas),
- puntos de referencia social (estado **situación** social y familiar),
- los seres queridos
- el espacio vital.

Todas estas pérdidas tienen consecuencias sobre el equilibrio de la psique humana. La aparición de patologías propias de la edad trastorna la vida de la persona mayor y su capacidad para satisfacer sus propias necesidades básicas, haciéndole sentir, en ocasiones, una dolorosa sensación de haber perdido su independencia.

La persona mayor necesitará atravesar un proceso de duelo para poder sobrellevar mejor estas pérdidas, el cual diferirá según su personalidad, vivencias, historia de vida, situación social, entorno, relación con los seres queridos, etc.

PÉRDIDA DE AUTONOMÍA

Sentimiento de ser infantilizado, desposeído de todas las decisiones, de ser vulnerable e indefenso

PÉRDIDA DE ESTATUS

Pérdida de un lugar como padre/madre, esposo/a, consejero, cabeza de familia, ciudadano...

PÉRDIDA DE AUTOESTIMA

Sentimiento de vergüenza, desvalorización, inutilidad

Tengo miedo de salir solo y perderme, de fracasar

Ya no soy capaz de hacer las cosas por mi cuenta

Prefiero no ver a nadie que ser visto así

¡Esta enfermedad nos hace inútiles!

B. Las diferentes etapas psicológicas y sociales del envejecimiento.

60-74 años

- El deterioro físico conduce a un cambio en la autoimagen...
- Retiro de la fuerza laboral, distanciamiento gradual de las personas activas, pérdida de ritmos sociales (jornada larga)
- Conexiones rotas, sensación de pérdida experimentada como dolor, proceso de duelo por la vida pasada, el trabajo de uno ...
- Egocentrismo, la persona mayor se enfoca en sí misma para tratar de mantenerse activa

75-90 años

- La persona renunciará a esta lucha para seguir siendo parte de la sociedad
- La comunicación con los demás será más difícil debido a los cambios sensoriales
- Pérdida de capacidad que resulta en malestar físico y mental
- El alcance de la actividad de uno se vuelve más estrecho
- Resignación: período de miedo, sentirse inútil, no deseado, una carga, comienza el duelo
- Sentimiento de soledad, de exclusión de la sociedad

90+ años

- Encerrarse en uno mismo cada vez más
- Rechaza el contacto con los demás y paradójicamente se queja de soledad
- Resignado, inmóvil, melancólico
- A menudo oposicional, agresivo (ansiedad por la muerte)
- Profundamente infeliz con la vida
- A menudo se encuentra apatía extrema (resignación / renuncia a la vida)

C. Manifestaciones psicológicas comúnmente observadas en personas mayores: una mejor identificación puede contribuir a una mejor comprensión

▪ ***Pérdida de adaptabilidad***

La persona mayor tiene dificultad para adaptarse al cambio, a la vida diaria y a las situaciones que le generan estrés.

▪ ***Rigidez psicológica***

Puede ser consecuencia de cambios, miedo a la muerte, patologías, la muerte de alguien cercano, una experiencia no resuelta, un malentendido, angustias... La persona mayor se aferra a sus referentes y hábitos que le resultan tranquilizadores.

▪ ***Ansiedad***

La ansiedad es omnipresente y puede tener varias causas: conciencia del envejecimiento y de la propia finitud, pérdida progresiva de autonomía, malentendidos ligados a la mala comunicación, numerosos cambios relacionados con el entorno, aislamiento...

▪ ***Negación***

Este es un mecanismo de defensa inconsciente que se concreta en ignorar cualquier idea dolorosa o vergonzosa como la idea de la propia muerte o la de los seres queridos, la pérdida de capacidades, etc.

▪ ***Regresión psicológica***

Suele ser el resultado de un mecanismo de afrontamiento en respuesta a las preocupaciones sobre el impacto del envejecimiento.

En una persona mayor, esto puede tomar la forma de retirarse de la vida para protegerse de la realidad externa, negarse a recibir atención o actividades y

comportarse de manera agresiva. Puede estar relacionado con una apatía extrema (resignación/abandono de la vida).

- **Cambios en la autoestima, la imagen y la identidad**

La autoimagen de una persona mayor puede verse alterada por la limitación de su funcionamiento físico y social. Esto toma la forma de un sentimiento diario de inferioridad, inutilidad, baja de autoestima y pérdida de identidad.

- **Hipocondría**

La hipocondría se caracteriza por un temor excesivo sobre la salud del propio cuerpo. Para las personas mayores, a menudo está relacionado con el miedo a la muerte y al envejecimiento. Estas personas son las más afectadas por este síndrome, que puede ser desencadenado por shocks neurológicos. Además, algunos estudios afirman que cuanto más sufrimiento psicológico haya vivido una persona a lo largo de su vida, mayor será la necesidad de quejarse de su cuerpo a medida que envejezca.

- **Depresión**

La OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que los trastornos depresivos representan el principal factor que contribuye a la morbilidad y la discapacidad en todo el mundo.

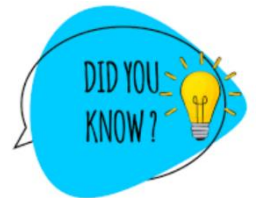
En Francia, según la Dirección de Investigación, Estudios, Evaluación y Estadísticas (DREES), el 18% de las personas mayores que viven en instituciones especializadas informan que sufren depresión, en comparación con el 7% de las personas mayores que viven en el hogar. Los suicidios de personas mayores de 60 años representan el 30% de todos los suicidios.

Afecta a las personas que son incapaces de afrontar el duelo por su vida pasada y que tenderán a desmotivarse y deprimirse.

MEJORAR LA COMPRENSIÓN DE LAS DEFICIENCIAS RELACIONADAS CON EL ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO

1. LAS PATOLOGÍAS NEURODEGENERATIVAS MÁS COMUNES EN LAS PERSONAS MAYORES: CARACTERÍSTICAS, DESARROLLO, CAUSAS, FUNCIONES AFECTADAS Y CONSERVADAS

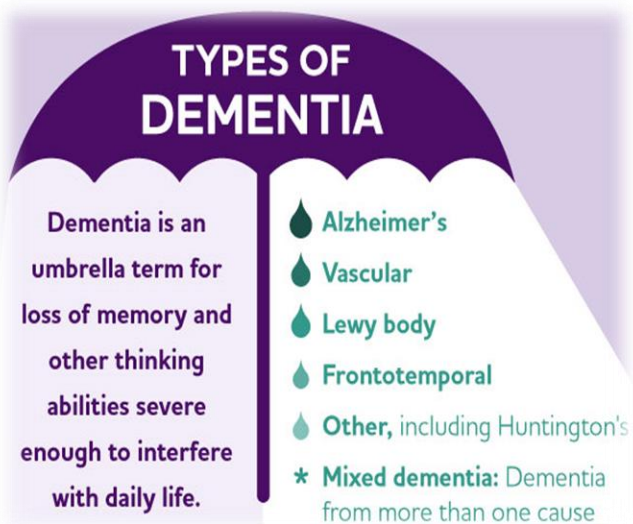
El término *envejecimiento patológico* significa *envejecimiento acelerado por la aparición de diversas patologías crónicas. Una enfermedad neurodegenerativa corresponde a una patología progresiva que afecta al cerebro, o más en general al sistema nervioso, que conduce a la muerte de las células nerviosas (neurodegeneración). Las enfermedades neurodegenerativas provocan trastornos cognitivo-conductuales, motores y sensoriales.*



A. Relación de las principales patologías neurodegenerativas encontradas en las residencias de mayores y en el domicilio

Entre las patologías neurocognitivas más comunes, podemos enumerar:

- Enfermedad de Alzheimer;
- Demencias vasculares;
- Demencias con cuerpos de Lewy;
- Degeneración lobular frontotemporal: demencia frontotemporal (enfermedad de Pick), atrofias corticales (afasias primarias progresivas, anartria progresiva, demencia semántica, confusión mental, etc.);
- Enfermedad de Parkinson;
- Enfermedad de Huntington (también conocida como corea de Huntington);
- Esclerosis Múltiple (EM);
- Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA);
- Otras enfermedades y síndromes (corea)...



Demencia mixta

Las demencias mixtas ocurren cuando se produce daño vascular además del daño degenerativo. Se considera que la demencia es mixta si existe al menos una enfermedad isquémica vascular combinada con una afección sistémica o visceral que puede conducir a la demencia.

B. Características, desarrollo, causas, funciones afectadas y conservadas

Centrarse en la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es la enfermedad neurodegenerativa más frecuente en pacientes de edad avanzada. Es el resultado de una lenta degeneración de las neuronas que comienza en el hipocampo (una estructura cerebral esencial para la memoria) y luego se extiende al resto del cerebro. Se caracteriza por trastornos relacionados con la memoria a corto plazo, las funciones ejecutivas y la orientación en el tiempo y el espacio. El paciente va perdiendo gradualmente sus facultades cognitivas y su autonomía. INSERM

- **Predominio**

Fuente Fundación Médéric Alzheimer

La proporción de personas con enfermedades (tasa de prevalencia) aumenta con la edad.



Esta enfermedad afecta a 1 de cada 4 mujeres y 1 de cada 5 hombres mayores de 85 años.

La enfermedad de Alzheimer en cifras:

- 1,2 millones de personas en Francia están afectadas por la enfermedad de Alzheimer y/o trastornos similares y 9,7 millones de personas en Europa, según Alzheimer Europe (Anuario 2019). Para 2050, se prevé que 18,8 millones de personas se verán afectadas en Europa.
- La enfermedad afecta a alrededor del 16% de los octogenarios y al 41% de los nonagenarios según Alzheimer Europe. 55,2 millones de personas en todo el mundo tienen la enfermedad de Alzheimer o un trastorno relacionado, según la OMS. Se estima que este número llegará a 78 millones para 2030 y 139 millones para 2050. Cada año, hay cerca de 10 millones de casos nuevos en todo el mundo.
- En 2019, el costo global de la demencia se estimó en 1,3 billones de dólares estadounidenses. Se espera que alcance los 1,7 billones de dólares estadounidenses para 2030, o 2,8 billones de dólares estadounidenses si se incluye el aumento del costo de la atención.
- La demencia es la enfermedad más cara del siglo XXI para la sociedad.

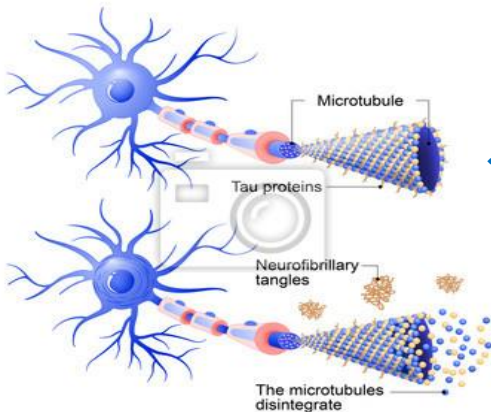
- **Características, fisiopatología**

Tres mecanismos están implicados en la enfermedad:

- **Pérdida sináptica, muerte neuronal e inflamación**

Se observan dos tipos de daños en el cerebro de los pacientes:

HEALTHY NEURON



ALZHEIMER'S DISEASE

- *placas amiloides alrededor de las neuronas o placas seniles:* la proteína beta amiloide, presente de forma natural en el cerebro, se acumula en el exterior de las neuronas formando placas llamadas placas amiloides o placas seniles, que son tóxicas para las neuronas;
- *Degeneración neurofibrilar:* la proteína Tau, presente de forma natural en el organismo, normalmente contribuye a la formación del esqueleto celular. En la enfermedad de Alzheimer, esta proteína cambia y la estructura de las neuronas se desorganiza, lo que produce una degeneración neurofibrilar que conduce a la muerte de las neuronas.

Estas anomalías invaden progresivamente todo el cerebro, empezando por el hipocampo (la zona de los lóbulos temporales)

del cerebro implicada en el fenómeno de la memorización), y destruyen las neuronas.

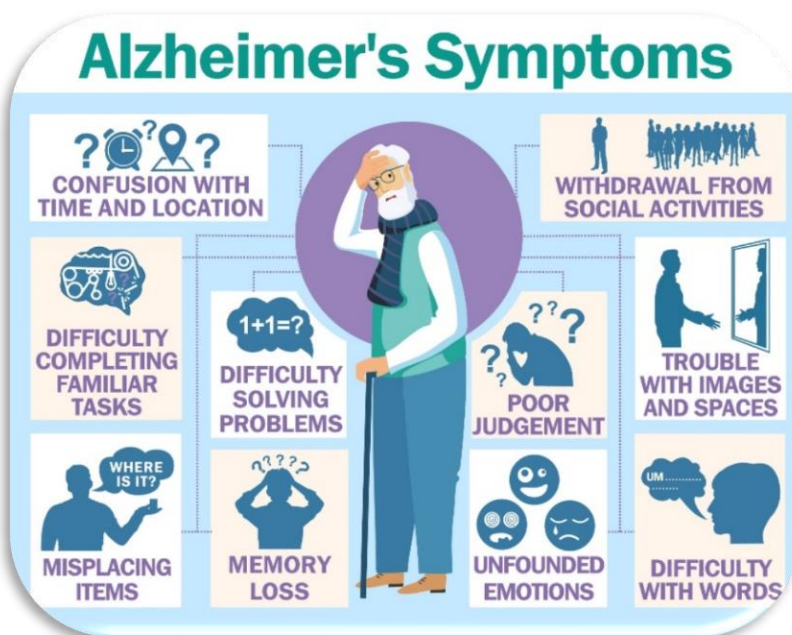
Además de estas lesiones, hay inflamación:

- dentro de las lesiones hay células inmunitarias responsables de la inflamación que aparece antes de los primeros signos y síntomas de la enfermedad de Alzheimer y que parece jugar un papel complejo con efectos que son dañinos en algunos aspectos y beneficiosos en otros.

Las lesiones afectan:

- en primer lugar, al hipocampo, implicado en los procesos de memoria (grabación, recuperación y organización de los recuerdos);
- más tarde al sistema límbico, que gestiona las emociones y los vínculos entre recuerdos y comportamientos;
- luego a la corteza: la corteza parietal implicada en el dominio del espacio y el control de los movimientos; el área temporal de la corteza involucrada en el lenguaje y la memoria; el área frontal de la corteza que controla las funciones ejecutivas (anticipación y planificación de comportamientos)

▪ Síntomas



Pérdida de memoria suele ser el primer síntoma de la enfermedad de Alzheimer, lo que ayuda a orientar el diagnóstico.

Después llegan los trastornos de la función ejecutiva, los trastornos de la orientación espacio-temporal, seguidos gradualmente por los trastornos del lenguaje (afasia), los trastornos de la escritura (disortografía), los trastornos del movimiento (apraxia), los trastornos del comportamiento, los trastornos del estado de ánimo (ansiedad, depresión, irritabilidad) y los trastornos del sueño con insomnio.

Fuente Urgente Equipo

Para resumir estos síntomas, comenzamos también con las 7 'A's de la enfermedad de Alzheimer:

Amnesia	Pérdida de memoria
Agnosia	Incapacidad para reconocer objetos utilizando los sentidos.
Afasia	Pérdida de la capacidad de hablar o comprender el lenguaje.
Apraxia	Pérdida de la capacidad para iniciar un movimiento con propósito.

<p>Percepción alterada</p> <p>Anosognosia</p> <p>Apatía</p>	<p>Interpretación errónea de la información sensorial.</p>
	<p>Pérdida de la capacidad de reconocer la enfermedad.</p>
	<p>Falta de interés en actividades o capacidad para permanecer involucrado en una tarea</p>

La Asociación Francesa de Alzheimer describe la combinación y/o repetición de varios de los 10 signos siguientes que están asociados con la enfermedad de Alzheimer.

Fuente: <https://www.francealzheimer.org>

1er signo de la enfermedad de Alzheimer: pérdida de memoria

La persona comienza a olvidar cada vez más los hechos recientes, mientras que los antiguos recuerdos se retienen y se recuerdan muy bien.

2do signo: dificultad creciente para realizar tareas familiares

Preparar una comida, hacer la compra, gestionar la medicación... Las tareas de la vida diaria se vuelven cada vez más problemáticas para la persona con enfermedad de Alzheimer.

3er signo: pérdida de motivación

La persona con la enfermedad de Alzheimer pierde todo **interés en** querer hacer cosas, incluso para actividades que alguna vez fueron una pasión.

4to signo: problemas de lenguaje

La persona con la enfermedad tiene dificultad para encontrar palabras sencillas y utiliza otras que pueden no ser tan adecuadas.

5º signo: desorientación en el tiempo y el espacio

El sentido de la orientación se reduce: la persona con enfermedad de Alzheimer puede perderse en lugares familiares o puede confundir las estaciones.

6º signo: dificultades de razonamiento

El deterioro de las funciones cognitivas es un signo característico de la enfermedad de Alzheimer. La persona encuentra barreras y requiere asistencia con trámites administrativos o tareas simples de la vida diaria.

7º signo: perder objetos

La pérdida frecuente de objetos también es una manifestación de la enfermedad de Alzheimer. La persona desarrolla una tendencia a colocar objetos, a veces importantes, en lugares inusuales y nunca los encuentra.

8º signo: juicio deteriorado

Una persona con alzhéimer tiene dificultades para evaluar las situaciones y, por ejemplo, puede llevar ropa de invierno en verano o hacer compras excesivas de alimentos...

9º signo: cambios en el estado de ánimo o comportamiento

Los allegados a la persona con alzhéimer pueden notar la aparición de trastornos del estado de ánimo o del comportamiento, generalmente en forma de tendencia depresiva o manifestaciones de ansiedad, irritabilidad, etc.

10º signo: cambios en la personalidad

La persona se vuelve completamente diferente de lo que era y pierde su propio carácter.

- Progresión

La esperanza de vida de una persona con enfermedad de Alzheimer varía de ocho a doce años desde el momento del diagnóstico. Sin embargo, durante un período de 10 a 20 años, la persona con la enfermedad no muestra ningún signo clínico ni expresa ninguna queja, aunque ya ha comenzado la destrucción de las neuronas en el cerebro.

La enfermedad se vuelve entonces sintomática, es decir, aparecen signos clínicos (trastornos de la memoria episódica, fatiga profunda con indiferencia general, desinterés). El diagnóstico se realiza en promedio dos o tres años después de que aparecen los primeros signos, a menudo en una etapa avanzada de la enfermedad.

Pero esto es sólo un promedio. Es importante tener en cuenta la edad de la persona en el momento del diagnóstico. Esto es consecuencia de la lenta progresión de las lesiones en el cerebro. Varía significativamente de un paciente a otro: la velocidad de deterioro cognitivo es específica de cada persona; los síntomas y su orden de aparición pueden diferir.

La última clasificación internacional propuesta por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (llamada DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) propone una nueva nomenclatura para las demencias, incluida la enfermedad de Alzheimer.

Distingue así dos grados que se suceden en el tiempo:

- *trastornos neurocognitivos menores*: corresponden a la etapa temprana de la enfermedad, cuando los síntomas no afectan las actividades de la vida diaria. Sin embargo, estas actividades requieren más esfuerzo. El deterioro cognitivo es moderado;
- *Principales trastornos neurocognitivos* (que corresponden al término médico 'demencia'): cuando la autonomía está comprometida. El deterioro cognitivo es significativo, el paciente necesita ayuda con las funciones ejecutivas (anticipación y planificación, adaptación a las situaciones).

Hay tres etapas principales de la enfermedad de Alzheimer:

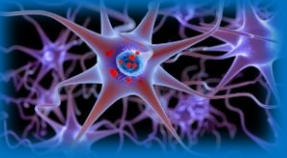
MILD AD	MODERATE AD (Longest stage, spanning over many years)	SEVERE AD (Final stage)
<ul style="list-style-type: none">• Still capable of functioning independently• Still capable of carrying on with routine chores• Some memory lapses may be felt	<ul style="list-style-type: none">• Slurring of words• Mood swings• Acting in an unexpected manner• Difficulty in expression of thoughts• The symptoms are apparent to others	<ul style="list-style-type: none">• Inexorable loss in the capability of responding to natural environment• Loss in capability to converse properly• Loss in movements• Need of extensive assistance in daily activities

Fuente ScienceDirect.com

- la etapa leve: alrededor del 25% del hipocampo disminuye de volumen y el vínculo entre la memoria a corto y largo plazo es más difícil de establecer. Hay un déficit cognitivo sutil: el paciente tiene un olvido leve de nombres o eventos recientes, que se intensifica con el tiempo;
- la etapa moderada: otras áreas del cerebro se ven afectadas, lo que resulta en trastornos del comportamiento, el movimiento, el lenguaje y el reconocimiento. La persona con Alzheimer necesita ayuda en determinadas actividades (desplazarse, gestionar un presupuesto, cocinar...)
- la etapa severa: las lesiones progresan y la recuperación de la información es casi imposible: los eventos pasados y la información desaparecen de la memoria. La insuficiencia de las células cerebrales es grave. El paciente ha perdido autonomía para casi todas las actividades de la vida diaria.



DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

<p>fisiopatología</p> 	<p>La enfermedad de cuerpos de Lewy, también conocida como demencia con cuerpos de Lewy, es una pérdida progresiva de la función cognitiva caracterizada por el desarrollo de cuerpos de Lewy en las células nerviosas.</p>
<p>Predominio</p>	<p>La enfermedad de cuerpos de Lewy es la segunda causa más común de demencia en de las personas mayores. De hecho, representa del 15 al 25% de todas las patologías demenciales. Las estadísticas muestran que la demencia con cuerpos de Lewy es significativamente más común en hombres que en mujeres.</p>
<p>Causas</p>	<p>Si bien el mecanismo detrás de la enfermedad con cuerpos de Lewy ahora es bien conocido, su causa sigue siendo desconocida. Sin embargo, los científicos saben cada vez más sobre sus características biológicas y genéticas. En particular, encontraron que la acumulación de cuerpos de Lewy está asociada con la pérdida de ciertas neuronas en el cerebro. Son neuronas responsables de la producción de importantes neurotransmisores.</p>
<p>Características</p>	<p>Los cuerpos de Lewy son inclusiones neuronales, generalmente de forma esférica. Se componen principalmente de filamentos neuronales y una proteína llamada alfa-sinucleína, una proteína presináptica, que se cree que desempeña un papel en el aprendizaje.</p> <p>La acumulación anormal de esta proteína en el interior de las células nerviosas del cerebro, en forma de agregados de filamentos insolubles, conduce a la formación de depósitos que interrumpen los mensajes transmitidos por el cerebro.</p> <p>Las áreas del cerebro más afectadas son las relacionadas con las funciones cognitivas y el movimiento. Aparecen trastornos cognitivos y motores. En algunos aspectos, la demencia con cuerpos de Lewy es similar a la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson.</p>
<p>Progresión</p>	<p>La demencia con cuerpos de Lewy suele progresar más rápidamente que la enfermedad de Alzheimer.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Etapa temprana</i> <p>Al comienzo de la enfermedad, el paciente experimenta alucinaciones y otras distorsiones de la realidad (delirios, agitación, trastorno de conducta del sueño REM). Comienzan a tener dificultad con algunos movimientos específicos. Algunas</p>

Síntomas psico-conductuales

personas pueden parecer 'congeladas' o atascadas cuando se están moviendo. Otros desarrollarán incontinencia. A diferencia de la enfermedad de Alzheimer, la memoria aún está intacta al comienzo de esta forma de demencia. Sin embargo, la confusión y algunos cambios cognitivos leves ya pueden estar presentes.

▪ *Etapa intermedia*

A medida que avanza la demencia con cuerpos de Lewy, se desarrollan síntomas que se asemejan más a los de la enfermedad de Parkinson. Estos signos incluyen caídas, una disminución creciente de las funciones motoras, dificultades del habla, problemas para tragar, paranoia y delirios crecientes.

Las habilidades cognitivas también continúan disminuyendo. El lapso de atención se acorta y los períodos de confusión se alargan.

▪ *fase terminal*

La enfermedad de cuerpos de Lewy en la fase terminal se manifiesta por una rigidez muscular extrema y sensibilidad al tacto. El paciente necesita ayuda con casi todas las actividades de la vida diaria. Tienen dificultad para expresarse y pueden susurrar. Algunas personas dejan de hablar por completo.

Los síntomas de la demencia con cuerpos de Lewy incluyen: pérdida de memoria, desorientación y problemas con la memoria, el pensamiento, la comprensión, la comunicación y el control del comportamiento.

- Trastornos cognitivos: cambios en la memoria y facultades intelectuales, trastornos de atención, pérdida progresiva de la percepción visual y espacial, dificultades de razonamiento, fluctuaciones en los estados cognitivos con cambios repentinos en la atención, concentración, estado de alerta y vigilancia, alucinaciones visuales y en ocasiones auditivas.
- Trastornos motores: rigidez muscular, marcha arrastrada, movimientos lentos o postura congelada, temblores principalmente en reposo, problemas de equilibrio y caídas, postura encorvada, pérdida de coordinación, letra más pequeña de lo habitual, expresión facial congelada, dificultad para tragar, voz débil.
- Trastornos del comportamiento y del estado de ánimo: agitación, apatía, ansiedad, depresión, paranoia, delirios (falsa percepción de la realidad).
- Trastornos del sueño: pesadillas, agitación nocturna (trastorno de conducta del sueño REM), insomnio, somnolencia excesiva durante el día.
- Pérdida inexplicable de la conciencia.
- Sensibilidad extrema a los neurolépticos.
- Presencia de síntomas parkinsonianos.

Trastornos agresivos

Los pacientes con esta condición son altamente reactivos porque tienen miedo y/o dolor y/o se sienten enfermos de sí mismos. La

agresividad es una reacción defensiva para protegerse: gritar, apartar las manos, golpear, escupir, morder...

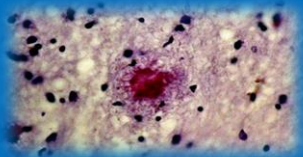
Las alteraciones en la función cerebral generan alucinaciones y delirios que conducen al paciente a un mundo muchas veces angustioso. De otra manera, de manera brutal, inesperada e intrusiva, tienen visiones (la mayoría de las veces), pero también sensaciones de presencia, tacto y sonidos que existen solo en la mente del paciente.

El síndrome de Parkinson siempre provoca rigidez, calambres y anquilosis, que son extremadamente incómodos. El dolor puede estar presente y aumentar al caminar; a veces está constantemente presente en un paciente postrado en cama o en un paciente que no está bien posicionado en una silla.

Al comienzo de la enfermedad, el enfermo reconoce que está fallando, que está ralentizado, limitado; por la ralentización de las ideas que ya no pueden expresar lo que quieren. Sin embargo, recuerdan muy bien su vida anterior y sienten que no son 'buenos para nada': se enojan con todo el mundo, especialmente cuando un ser querido encuentra insoportable la lentitud. Por lo tanto, rechazarán la ayuda porque les recuerda sus deficiencias. A continuación, los trastornos de la deglución le quitarán el placer de comer.

Es recomendable respetar las fases de bajo estado de alerta. Las fluctuaciones significativas en el estado de alerta y la cognición son características de esta enfermedad. Sacar al paciente del reposo profundo puede provocar una reacción violenta.

DEGENERACIÓN LOBAR FRONTOTEMPORAL (DLFT)

<p>fisiopatología</p> 	<p>La degeneración frontotemporal (DLFT), también conocida como demencia frontotemporal o enfermedad de Pick, es una enfermedad neurodegenerativa cognitiva y conductual. Es causada por una disfunción de las regiones frontales (ubicadas en la parte frontal del cerebro) y las regiones temporales (partes laterales del cerebro).</p>
<p>Predominio</p>	<p>La prevalencia de esta enfermedad aumenta con la edad; la incidencia es de aproximadamente 1,5% entre 60 y 70 años, 5% entre 70 y 80 años, 15% entre 80 y 90 años y 40% a partir de los 90 años.</p> <p>Puede afectar tanto a hombres como a mujeres y representa alrededor del 9-10% de las demencias.</p> <p>Los primeros síntomas suelen aparecer entre los 50 y los 65 años.</p>
<p>Causas</p>	<p>Se pueden observar tres tipos de lesiones en el cerebro de las personas con DFT. Consisten en tres proteínas diferentes (TDP-43, TAU o raramente FUS) que se acumulan en las células cerebrales en cada una de estas 3 formas. La causa de la enfermedad y la composición de estas lesiones no se conocen en la mayoría de los casos, pero en ocasiones se puede identificar una causa genética.</p>
<p>Características</p>	<p>Se manifiesta principalmente a través de trastornos del comportamiento, del lenguaje y de las emociones. Con el paso de los años, también conduce a trastornos cognitivos y motores. Las partes del cerebro que se destruyen o dañan en la FTD son los lóbulos frontal y temporal.</p> <p>Los lóbulos frontales del cerebro son responsables del razonamiento, la planificación y el manejo de las emociones y los comportamientos. Además, una parte del lóbulo frontal izquierdo se utiliza para la conversión de pensamientos en palabras, lo que puede explicar la presencia de trastornos del lenguaje cuando se detecta una lesión cerebral allí. Cabe señalar que el daño del lóbulo frontal también puede provocar trastornos motores. Los lóbulos temporales, por otro lado, se utilizan en la recuperación de recuerdos y la comprensión del significado de las palabras. Esto explica por qué las personas que sufren daños en estos lóbulos pueden tener trastornos de la memoria, así como dificultades relacionales y sociales.</p>
<p>Progresión</p>	<p>El estado de los pacientes se deteriora inexorablemente durante varios años. Gradualmente se vuelven incapaces de lavarse o vestirse por sí mismos, pierden la comprensión del significado de los objetos en su entorno y, a veces, tienen dificultad para identificar a sus seres queridos. Muchos pacientes se ven afectados por la incontinencia urinaria y a veces fecal.</p>

Síntomas psico-conductuales

Se vuelven incapaces de hablar y ya no reaccionan a los ruidos externos, a veces manteniendo los ojos cerrados. A menos que alguien les ayude a ponerse de pie, se sientan o se acuestan. En esta etapa, los pacientes tienen dificultad para tragar agua y líquidos correctamente (trastornos de la deglución). Eventualmente, sus manos y a veces sus piernas se paralizan.

Las personas con demencia frontotemporal mueren con mayor frecuencia por complicaciones de la enfermedad (caídas, complicaciones provocadas por la sujeción en la cama, atagantamientos con alimentos que han ido por el camino equivocado, etc.). La esperanza de vida desde el momento del diagnóstico es, en promedio, de unos diez años. No obstante, varía mucho según la persona y puede haber progresiones más lentas.

La demencia frontotemporal se manifiesta inicialmente en forma de trastornos del lenguaje y del comportamiento, para luego afectar otras funciones cognitivas y neurológicas. Las principales observaciones son las siguientes:

- apatía, inercia, pérdida de interés en las actividades habituales, aislamiento social;
- negligencia física (cuidado, higiene);
- trastornos del comportamiento caracterizados por un comportamiento social inapropiado, pérdida de inhibición verbal y conductual, especialmente inhibición sexual, irritabilidad, rigidez psicológica;
- trastornos alimentarios: prisa por comer, bulimia, cambio en las preferencias alimentarias, etc.;
- trastornos del control emocional: inestabilidad emocional, aplanamiento de las emociones, emocionalidad inapropiada;
- comportamientos repetitivos o estereotipados: jugueteo incesante con las manos, perseverancia, ritualización de la vida cotidiana;
- trastornos del lenguaje (trastornos del habla, estereotipos verbales, ecolalia, mutismo) y trastornos cognitivos (dificultades de concentración y atención, dificultades de razonamiento y juicio, etc.).

Trastornos agresivos

La denominada forma conductual, que es la más común, se manifiesta en el enfermo como pérdida del sentido de la uso o costumbre, convención propiedad social, apariencia de familiaridad, desinhibición, pérdida de empatía, a menudo acompañada de irritabilidad o agresividad.

Los estudios han demostrado que las personas con demencia frontotemporal exhiben un comportamiento físicamente agresivo en una etapa más temprana de la enfermedad que las personas con enfermedad de Alzheimer.

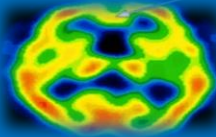
Los trastornos del lenguaje, que son importantes en esta patología, pueden impedir que los pacientes se expresen con claridad, lo que puede acentuar los trastornos del

comportamiento (agresividad, ira, etc.). La conducta antisocial y los trastornos del control emocional son desencadenantes de la agresividad y la violencia. Las personas con la enfermedad carecen de paciencia y se irritan con facilidad.



DEMENCIA VASCULAR

fisiopatología



La demencia vascular es una pérdida de la función cognitiva debido a la destrucción del tejido cerebral debido a que el suministro de sangre se reduce o se bloquea.

La causa suele ser un ictus, ya sea un ictus grande o varios pequeños.

Predominio

Según varios estudios, los trastornos vasculares son la segunda causa de demencia en las personas mayores. De hecho, la demencia vascular representaría entre el 15 y el 20% de todas las demencias juntas. Generalmente aparece a partir de los 70 años. La prevalencia de la enfermedad oscila entre el 1,2 y el 4,2% en personas mayores de 65 años.

Causas

La demencia vascular es el resultado de un daño cerebral de origen vascular. Puede ocurrir:

- después de un ictus o después de varios 'mini-ictus'. De hecho, los ictus o bien provocan una hemorragia en una zona del cerebro (ictus hemorrágico) o, por el contrario, el ictus está provocado por un coágulo que obstruye un vaso y por tanto la sangre no llega a determinadas zonas del cerebro (ictus isquémico). ataque). Estos accidentes vasculares pueden producir lesiones en las células cerebrales y por lo tanto conducir a la demencia vascular;
- en relación con la arteriopatía hipertensiva, que es una forma de daño a los vasos que conduce a áreas dañadas en el cerebro;
- debido a la hipotensión frecuente. Esta hipotensión significa que ya no hay suficiente presión arterial, por lo que el suministro al cerebro es insuficiente.

Características

La demencia vascular es una disminución de la función cognitiva que sigue al daño vascular en el cerebro. Cada accidente cerebrovascular resulta en daño cerebral y pérdida de tejido. Así, tras varios pequeños ataques, pueden aparecer síntomas similares a los del alzhéimer. Si bien el deterioro de la memoria predomina en la enfermedad de Alzheimer, es más probable que las demencias vasculares adopten la forma de una ralentización general de la función cerebral, una reducción de la atención, la planificación y el juicio.

Cuando aparecen lesiones cerebrales (relacionadas con la demencia vascular) junto con lesiones neurodegenerativas (relacionadas con la enfermedad de Alzheimer), hablamos de demencia mixta.

Progresión

La demencia vascular progresa a trompicones. A veces, los síntomas serán estables y luego empeorarán repentinamente. Hablamos de desarrollo por pasos. La enfermedad de Alzheimer es más una progresión gradual. A la larga, la demencia vascular termina pareciéndose mucho a la enfermedad de Alzheimer en etapa avanzada.

Síntomas psico-conductuales

En algunos casos, los primeros síntomas de demencia vascular pueden aparecer dentro de los tres meses posteriores a un accidente cerebrovascular. En otros casos, pueden aparecer repentinamente y estar relacionados con otros problemas de salud que afectan el flujo sanguíneo. A diferencia de la enfermedad de Alzheimer, no son los problemas de memoria los que predominan. Las principales dificultades que experimenta una persona con demencia vascular se encuentran en el área de la función ejecutiva.

La demencia vascular se caracteriza principalmente por:

- una ralentización del pensamiento (bradipsiquia);
- dificultad para razonar, planificar acciones y realizar tareas complejas (como operar ciertos electrodomésticos);
- trastornos por déficit de atención;
- dificultades visuoespaciales (dificultades perceptivas) o cierta agnosia (dificultad para reconocer objetos o rostros familiares);
- trastornos del lenguaje, ya sea en la lectura, el habla o la escritura (aunque menos graves que los que se encuentran en la enfermedad de Alzheimer);
- trastornos de la memoria (aunque menos graves que los que se encuentran en la enfermedad de Alzheimer);
- trastornos del comportamiento y del estado de ánimo (retirada, ansiedad, irritabilidad, falta de motivación, depresión);
- mayor fatiga;
- dificultad para manejar las emociones (p. ej., llorar o reír en situaciones inapropiadas);
- trastornos neurológicos: esto puede tomar la forma de pérdida de fuerza en una extremidad, parálisis de parte de la cara o trastornos de la deglución.

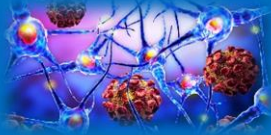
Trastornos agresivos

Las personas con demencia vascular pueden exhibir comportamientos agresivos relacionados con su condición, en particular como resultado de:

- sus dificultades con el **lenguaje**;
- su falta de control de sus emociones;
- los trastornos del estado de ánimo que los hacen más irritables;
- estados depresivos y ansiosos;
- daño cerebral relacionado con un accidente cerebrovascular;
- pérdida de control de ciertas habilidades.



ENFERMEDAD DE PARKINSON

fisiopatología 	La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por la destrucción de una población específica de neuronas: las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra del cerebro. Estas neuronas están implicadas en el control de los movimientos.
Predominio	La enfermedad de Parkinson afecta aproximadamente a 6,5 millones de personas en todo el mundo. Con el envejecimiento de la población, la incidencia de la enfermedad está aumentando. La incidencia y prevalencia de la enfermedad aumenta con la edad, presentándose en aproximadamente el 1% de las personas mayores de 65 años. Es la segunda causa de discapacidad motora en la persona mayor después del ictus. Afecta un poco más a hombres que a mujeres. Los costes directos e indirectos de la atención de la enfermedad de Parkinson, incluidos los costes del tratamiento (aproximadamente 780 millones de euros), son considerables.
Causas	Las causas exactas de la degeneración neuronal son inciertas, pero la edad es el principal factor de riesgo. Se considera que la degeneración de las neuronas dopaminérgicas puede estar favorecida por factores genéticos y ambientales y probablemente existen múltiples mecanismos que precipitan esta degeneración. Podrían incluir la acumulación de radicales libres, un déficit energético o metabólico, o un proceso inflamatorio. En cuanto a los factores de riesgo ambientales, el papel de la exposición a pesticidas está demostrado. Los estudios de cohortes han mostrado un mayor riesgo de enfermedad de Parkinson en agricultores expuestos a insecticidas organoclorados. También hay factores ambientales que parecen ser protectores. Este es el caso de la nicotina o el café, probablemente por su efecto estimulante sobre las neuronas dopaminérgicas.
Características	La enfermedad se caracteriza por la combinación de los tres síntomas del síndrome parkinsoniano: temblor, acinesia (lentitud de movimientos) e hipertonía (rigidez de las extremidades). Pero estos tres síntomas no están necesariamente presentes al mismo tiempo. Cada uno de ellos puede variar en intensidad, predominando uno u otro y, a menudo, combinado con otros síntomas.
Progresión	La enfermedad de Parkinson es una enfermedad crónica que se desarrolla lenta y gradualmente, con un inicio insidioso y una progresión intermitente. Inicialmente, solo un lado (derecho o izquierdo) se ve afectado por los síntomas. Los pacientes permanecen asintomáticos hasta que se destruye el 50-70% de las neuronas de dopamina y el cerebro ya no puede compensar

esta pérdida. Solo más tarde se vuelven bilaterales, pero siempre permanecen asimétricos (más pronunciados en un lado que en el otro). Signos neurológicos adicionales, que varían mucho, pueden estar asociados con los síndromes parkinsonianos.

Hay cuatro fases principales descritas generalmente:

- *la aparición de los primeros signos de alarma:* la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad de Parkinson neurodegenerativa: lentitud de movimientos, temblores, bloqueos, trastornos digestivos e intestinales, dolor, cansancio extremo, rigidez muscular, dificultades del habla, pérdida del equilibrio y caídas, depresión, ansiedad excesiva. Pueden aparecer cinco o diez años antes de que sea posible hacer un diagnóstico formal;
 - *el equilibrio terapéutico o fase de 'luna de miel':* durante la segunda fase, la enfermedad de Parkinson continúa progresando, pero los síntomas se calman. Durante esta fase, el paciente todavía vive una vida relativamente normal. Esto puede variar de tres a ocho años. Este es el período en el que el paciente responde muy bien al tratamiento dopaminérgico;
 - *complicaciones motoras o fase de fluctuación* (después de 5 a 10 años de tratamiento): durante este período de fluctuación, se produce un empeoramiento progresivo de la enfermedad de Parkinson. Los cuerpos de los pacientes con enfermedad de Parkinson dejan de responder al tratamiento. Esto provoca por tanto dificultades motrices en los pacientes, que periódicamente les hacen sufrir. Nos referimos a esto como la alternancia entre fases ON donde los síntomas están bien manejados y la persona se siente bastante bien y fases OFF donde el efecto del tratamiento ya no es suficiente y los síntomas reaparecen de manera muy incapacitante.
 - *la fase avanzada de la enfermedad:* esta es la última fase de la enfermedad de Parkinson neurodegenerativa. Durante esta fase, los síntomas se vuelven más severos y la enfermedad parece irreversible. Las personas con enfermedad de Parkinson tiemblan y la enfermedad afecta su estado psicológico, lo que puede causar trastornos cognitivos y conductuales. La persona con Parkinson puede perder la memoria y deprimirse. En esta etapa, la enfermedad de Parkinson también puede causar demencia y ciertos trastornos fisiológicos.
- Temblor de reposo: aparece cuando los músculos de la persona están completamente relajados (en

reposo) y desaparece durante el movimiento. El temblor es lento, relativamente regular y no muy elevado. Lo más frecuente es que afecte a un miembro superior: la mano y la muñeca, pero puede afectar a un solo dedo, por ejemplo;

- Acinesia o lentitud de movimiento: dificultad para iniciar movimientos que requieren precisión y movimientos semiautomáticos como caminar o escribir, sensación de bloqueo, entumecimiento, fatiga;
- Rigidez de movimiento o hipertonia: tensión excesiva de los músculos que puede derivar en dolor muscular (calambres) o dolor en los tendones y sensación de rigidez. Esto es frecuentemente observable en la postura del paciente en reposo: tenso, encorvado hacia adelante, con la cabeza hacia abajo y más raramente hacia un lado (fenómeno de la Torre de Pisa);
- Otros trastornos motores: dificultades para caminar, pérdida de equilibrio, caídas, trastornos de la deglución;
- Fatiga y otros signos no motores: fatiga significativa, trastornos del sueño, somnolencia diurna, trastornos sexuales, dolor, trastornos digestivos, trastornos urinarios;
- Trastornos cognitivos: disminución de la capacidad de memoria, trastornos de atención, ralentización del pensamiento;
- Trastornos psicológicos: hiperemotividad y estrés, ansiedad, depresión, apatía.

Trastornos agresivos

Las emociones pueden abrumar fácilmente a las personas con enfermedad de Parkinson. Esta mayor sensibilidad se debe a la enfermedad, pero también puede ser un efecto secundario del medicamento. Así, la más mínima molestia puede adquirir proporciones insólitas y tener graves consecuencias en el estado de la persona al generar una conducta agresiva. Es la causa de los cambios de humor y comportamiento. La dopamina juega un papel en la regulación del estado de ánimo. La degeneración resultante puede conducir a un comportamiento depresivo, pero también agresivo. Además, según un estudio estadounidense (JAMA Internal Medicine), los fármacos a base de dopamina utilizados para tratar la enfermedad de Parkinson son responsables de conductas compulsivas y adictivas y de diversos trastornos del comportamiento, incluida la agresividad.

Fuente Francia Parkinson

Diagnóstico diferencial de distintas patologías neurocognitivas

Enfermedad de Alzheimer	Trastornos de la memoria y la orientación, alteración del pensamiento, el juicio, el lenguaje, cambios de comportamiento	Corteza, hipocampo, tronco cerebral
Enfermedad de Parkinson	Temblores de las extremidades en reposo, ralentización de la velocidad de ejecución de los movimientos, reducción de la movilidad espontánea, rigidez muscular	sustancia negra, corteza
Demencia vascular	Ralentización del pensamiento y de las habilidades prácticas.	Red vascular cerebral
Demencia con cuerpos de Lewy	Trastornos de la memoria, del lenguaje y de la atención, apatía, alucinaciones visuales, síntomas como los del Parkinson	Ganglios basales
Degeneración córtico-basal	Ralentización de la velocidad de ejecución de los movimientos, contracciones involuntarias de los músculos	Ganglios basales, corteza
Degeneración frontotemporal y enfermedad de Pick	Trastornos de conducta, cambios de personalidad, afasia, apatía, pérdida de inhibición, trastornos del lenguaje, rigidez de movimiento, impulsividad	Corteza frontal y temporal, hipocampo
Enfermedad de Charcot o Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)	Parálisis muscular progresiva, atrofia muscular, espasticidad, trastornos de la respiración y la deglución	Corteza motora, médula espinal
enfermedad de Huntington	Trastornos motores (corea), dificultades respiratorias, trastornos del habla y de la deglución	Estriado y otros ganglios basales
Ataxias hereditarias	Hipotonía muscular, pérdida de la coordinación del movimiento, pérdida del equilibrio y de la capacidad para mantener la postura	Cerebelo, médula espinal

Fuente Planet-Vie

C. Ilustración para mejorar la diferenciación entre los diversos trastornos en la práctica profesional y ayudar a comprender los cambios involucrados.



Vincular la patología neurodegenerativa con el escenario presentado, según los síntomas psicoconductuales descritos

Escenario 1

La Sra. C. está teniendo dificultades para recuperarse de un accidente cerebrovascular isquémico. Tiene dificultad para hablar, lo que la irrita.

Es muy buena cocinera, pero tiene dificultad para hacer recetas simples y manejar sus electrodomésticos. Amante del cine, parece haber perdido todo interés por esta actividad de la que tanto disfrutaba. Sus familiares, que vienen a visitarla a su casa, están inquietos por su comportamiento. Tiene cambios de humor regulares; puede pasar de la risa al llanto.

Escenario 2

El Sr. R. a menudo está cansado. Le gustaba mucho escribir, pero ahora tiene dificultades para sostener un bolígrafo, le tiemblan los dedos. Se queja de dolores musculares y tiene problemas de equilibrio que le hacen caer al moverse por su casa.

Escenario 3

La Sra. D. ya no limpia. Es cada vez más inadecuada y desinhibida con amigos y familiares. Habla de forma grosera y tiene un gran interés por el sexo. Tiene una necesidad incontenible de recoger y manipular objetos al azar y llevárselos a la boca. Come en exceso y se concentra en los yogures que devora todo el día.

Escenario 4

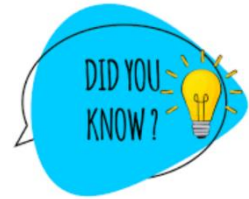
El Sr. O. ha olvidado que su hija vino a verle ayer. Necesita ayuda para vestirse adecuadamente. A veces abriga en verano. Ya casi no sale porque se pierde yendo a lugares que le son familiares. Necesita ayuda para realizar las actividades sencillas de la vida diaria y los trámites administrativos que le resultan demasiado complejos.

Escenario 5

La Sra. F. está muy angustiada. Cree que ve ratas en su cocina. Su memoria le falla cada vez más. Tiene dificultad para hacer su crucigrama. Se ha ido aislando gradualmente, en particular debido a sus dificultades para hablar. Camina con dificultad y muy lentamente sintiendo cierta rigidez muscular. A veces se cae debido a sus problemas de presión arterial. Su sueño es muy inquieto y con frecuencia tiene insomnio.

2. LAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS MÁS COMUNES EN LAS PERSONAS MAYORES: CARACTERÍSTICAS, EVOLUCIÓN, TRASTORNOS CONDUCTUALES ASOCIADOS

Una enfermedad mental es un conjunto de alteraciones en el pensamiento, la emoción y/o el comportamiento que reflejan un trastorno biológico, psicológico o del desarrollo de la función mental. Una enfermedad mental trae inevitablemente angustia al individuo y/o en sus relaciones sociales. Está causada por la interacción entre factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales que conducen a alteraciones en el cerebro.



Existen varias formas de clasificar y presentar las patologías psiquiátricas. Habitualmente, en términos convencionales, diferenciamos entre trastornos neuróticos y patologías psicóticas.

A. Relación de las principales patologías psiquiátricas encontradas en las residencias de mayores y en el domicilio

Neurosis o trastornos neuróticos

Aunque existen dificultades con la controvertida distinción entre neurosis y psicosis, se ha continuado como práctica convencional. Se utiliza la nueva clasificación DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la APA (Asociación Americana de Psiquiatría), y nos referimos más comúnmente a los trastornos neuróticos.

Trastornos neuróticos es el término utilizado para los trastornos psiquiátricos en los que la persona es consciente y se queja de su sufrimiento psíquico.

Generalmente se trata de trastornos de la personalidad, de gravedad leve, que rara vez conducen a trastornos graves del comportamiento.

La persona es consciente de su trastorno y tiene una percepción precisa de la realidad que le rodea. La enfermedad a menudo también está relacionada con un trauma psicológico reciente o antiguo.

Son por tanto trastornos psicológicos no psicóticos. El comportamiento puede estar muy alterado, aunque generalmente permanece dentro de los límites socialmente aceptables, pero la personalidad no está desorganizada. Las principales manifestaciones son ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivo-compulsivos, depresión.

El origen de los trastornos neuróticos es multifactorial. En la mayoría de los casos, son el resultado de una acumulación de factores sociales, ambientales, biológicos y genéticos. El envejecimiento y los cambios que conlleva pueden provocar descompensaciones psicológicas y la aparición de trastornos neuróticos.

Los principales tipos de trastornos neuróticos incluyen:

- **trastorno de pánico;**
- **ansiedad crónica**, que implica un estado de ansiedad prolongado, es decir, que dura más de tres meses;
- **neurosis de ansiedad**, directa o indirectamente relacionados con la ansiedad aguda o crónica y los ataques de ansiedad;
- **neurosis fóbica**, relacionado con un estado de malestar ante una situación o un elemento fóbico. La persona establece conductas de evitación, calma o escape. Con el avance de la edad, la sintomatología puede identificarse como estabilización o agravamiento;
- **neurosis histérica**, relativo a un estado psíquico y físico histérico. Se caracteriza por la conversión de angustias y malestares psicológicos en síntomas físicos (ataques de nervios, dolores somáticos, malestar, etc.);
- **neurosis obsesiva**, que es una situación clínica en la que las personas con esta enfermedad experimentan que su conciencia es asediada por imágenes, ideas o palabras, en contra de su voluntad. Luego usan rituales para tratar de defenderse. La progresión de esta patología en personas de edad avanzada puede ser grave y algunos pacientes solo serán diagnosticados en el momento de su ingreso hospitalario.

Los trastornos psicológicos asociados con la neurosis son en su mayoría de naturaleza emocional. Sin embargo, el paciente es muy consciente del malestar psicológico al que se enfrenta.

Estos trastornos a menudo toman la forma de:

- **trastornos del estado de ánimo:** depresión, trastorno bipolar, inestabilidad emocional: tristeza, ira, vergüenza, pánico, sentimientos de soledad, etc.;
- **desórdenes de ansiedad:** trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno fóbico, trastorno de estrés postraumático, etc.;
- **una percepción perturbada de las cosas:** cuestionamiento de la personalidad, percepción de voces inexistentes, alucinaciones, etc.;
- **trastornos obsesivo-compulsivos (TOC);**
- **Desorden de personalidad;**
- **relaciones sociales inestables:** comportamiento amenazante o incluso violento hacia sus amigos y familiares, etc.

Psicosis o trastornos psicóticos

Psicosis es un trastorno psicológico grave, del que el paciente no es consciente, caracterizado por una desintegración de la personalidad acompañada de trastornos de la percepción, el juicio y el razonamiento.

Según el DSM-5, los trastornos psicóticos se definen por anomalías en al menos una de las siguientes cinco áreas:

Ideas delirantes	<i>Sentir que uno puede controlar los pensamientos de los demás o que otros controlan los pensamientos de uno; Sentir que uno está siendo vigilado, seguido o perseguido.</i>
Alucinaciones	<i>Escuchar una voz o voces que nadie más oye; Ver cosas que nadie más ve; Oler olores que nadie más huele; Sentir sensaciones físicas inusuales, por ejemplo: tener la sensación de ser tocado por una persona invisible.</i>
Pensamiento desorganizado	<i>Pasar de un tema a otro; Dar respuestas que no son muy relevantes para el tema de la pregunta.</i>
Comportamiento motor muy desorganizado o anormal (incluida la catatonía)	<i>Estar agitado o, por el contrario, ser menos reactivo con el medio ambiente; Tener dificultad para organizar acciones hacia una meta.</i>
Síntomas negativos	<i>Experimentar una disminución en la expresión emocional; Experimentar una caída en la motivación; Experimentar una disminución en la capacidad de experimentar placer; Falta de interés en las interacciones sociales.</i>

Fuente CAMH

Los síntomas pueden ser angustiantes para la persona. Por ejemplo, pueden sentirse inseguros todo el tiempo.

La psicosis aguda afecta hasta 1 de cada 100 adultos mayores. Entre las personas con demencia, los síntomas psicóticos ocurren en 1 de cada 3 a 1 de cada 2.

Los factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de un estado psicótico son muy diversos:

- ciertas enfermedades, incluidas las enfermedades neurodegenerativas, que pueden alterar el funcionamiento del cerebro;
- los trastornos psiquiátricos (como la depresión, el trastorno bipolar, la manía...) también pueden conducir a la psicosis;
- las personas con ciertos trastornos psiquiátricos (como la esquizofrenia) experimentan episodios psicóticos repetidos y/o prolongados;
- el uso de ciertas sustancias o medicamentos también puede causar un brote psicótico;
- el cansancio excesivo o el estrés pueden conducir a la psicosis en las personas que son propensas a ello.

Los principales síntomas psicóticos pueden presentarse de forma individual o simultánea.

Las principales formas de trastornos psicóticos son las siguientes:

- **esquizofrenia** definida por la manifestación de varios síntomas de psicosis que conducen a dificultades significativas en el funcionamiento. Los síntomas (alucinaciones, delirios, habla y comportamientos desorganizados, pensamientos negativos) están presentes durante al menos un mes;
- **Trastornos esquizoafectivos:** la persona tiene síntomas de esquizofrenia y alteración del estado de ánimo que pueden ocurrir al mismo tiempo o alternativamente;
- **psicosis maníaco-depresivo** o trastorno bipolar: los síntomas psicóticos de este tipo de enfermedad alteran más el estado de ánimo que los pensamientos. El trastorno bipolar normalmente se caracteriza por síntomas de depresión alternados con síntomas de euforia. El término 'hipomaníaco' se utiliza para describir el episodio de euforia leve y 'maníaco' cuando la euforia es más pronunciada.
Durante el episodio maníaco, el estado de ánimo es eufórico o exagerado, aunque en algunos casos puede ser irritable;
- **trastornos delirantes** afectando principalmente pensamientos e ideas. La persona con un trastorno delirante está convencida de que sus ideas son ciertas, aun cuando exista evidencia en contrario;
- **depresión psicótica:** la persona experimenta depresión severa con síntomas psicóticos sin la fase maníaca característica del trastorno bipolar;
- **psicosis reaccionaria breve** con los mismos trastornos que la esquizofrenia (delirios, alucinaciones, desorganización del habla y del comportamiento). Sin embargo, aparecen repentinamente y, a menudo, se desencadenan por un estrés significativo. El breve episodio psicótico no dura más de un mes. A partir de entonces, la persona vuelve a funcionar normalmente;
- **trastornos psicóticos inducidos por sustancias:** en este trastorno, la pérdida de contacto con la realidad ocurre durante o poco tiempo después del uso de sustancias como el alcohol o medicamentos;
- **psicosis orgánica:** los síntomas psicóticos pueden ocurrir como resultado de una enfermedad física o una lesión en la cabeza.

Los trastornos psicóticos más comunes en personas mayores de 65 años son la esquizofrenia y el trastorno delirante.

Trastornos límite de la personalidad

Este término define personalidades con gran inestabilidad de las relaciones afectivas interpersonales y de autoimagen asociada a una marcada impulsividad.

Se estima que debe haber cinco de los siguientes criterios presentes para confirmar este diagnóstico:

- esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real e imaginario;
- relaciones interpersonales intensas e inestables que alternan entre la idealización y la decepción;
- perturbación de la propia imagen;
- impulsividad que conduce a trastornos del comportamiento;
- inestabilidad afectiva por cierta labilidad emocional, o incluso variaciones en el estado de ánimo (aburrimiento, ansiedad...);
- sensación crónica de vacío;
- ira intensa e irrazonable o dificultad para controlar y manejar la ira;
- pobre procesamiento de la información que conduce a errores en el pensamiento (distorsiones cognitivas).

Estas personas tienen dificultad para controlar sus emociones, especialmente la ira repentina, lo que las hace muy impredecibles. Estos cambios intensos y rápidos en sus juicios y emociones a menudo resultan en comportamientos impulsivos que son incapaces de controlar y luego se arrepienten.

La característica más comúnmente observada que orienta el diagnóstico es sin duda un miedo visceral al abandono, sostenido por el hecho de que estas personas tienen una autoimagen negativa y una profunda falta de autoestima. Gastan mucha energía tratando de luchar contra el riesgo de abandono/rechazo, ya sea real o imaginario.

Los síntomas evolucionan muy rápidamente con períodos de calma y luego patológicos marcados por un aumento de las adicciones, automutilaciones y, en ocasiones, intentos de suicidio. Los trastornos pueden combinarse con otros trastornos mentales como la depresión, la ansiedad o los trastornos alimentarios, etc. Las relaciones sociales suelen verse afectadas por el alto nivel de impulsividad e intensa búsqueda emocional de la persona con el trastorno. El diagnóstico puede ser difícil al principio debido a la naturaleza altamente fluctuante de los síntomas, y los trastornos límite de la personalidad pueden confundirse con trastornos psicóticos o bipolares.

Las causas de estos trastornos están relacionadas con:

- antecedentes psiquiátricos familiares;
- variaciones en sustancias cerebrales llamadas neurotransmisores;
- parámetros ambientales: antecedentes de maltrato físico, abuso, abandono emocional, etc.

Poniendo el foco en los trastornos depresivos

La depresión es una condición importante en el adulto mayor por su frecuencia, pero también por sus consecuencias para el individuo, su familia y la sociedad.

Según la OMS, la depresión afecta al 4,4% de las personas en todo el mundo, lo que representa aproximadamente 300 millones de personas. La prevalencia aumenta con la edad, alcanzando su punto máximo alrededor de los 60-65 años (cuando las personas se jubilan). La depresión afecta entre el 8 y el 16 % de las personas mayores de 65 años y entre el 12 y el 15 % de las personas mayores de 85 años.

La definición de depresión en la persona mayor es la misma que la de un joven, pero cada criterio tiene características más específicas en la persona mayor.

Diagnosticar la depresión en las personas mayores es difícil porque los signos del envejecimiento, los efectos secundarios de (a menudo muchos) medicamentos, los inevitables procesos de duelo y la presencia de comorbilidades en gran medida confunden el problema.

Según el DSM-5, un diagnóstico de depresión se confirma cuando al menos 3 de los siguientes síntomas están presentes durante un período de más de dos semanas:

- estado de ánimo deprimido (tristeza, pesimismo, melancolía). Atención, este síntoma a veces está ausente en las personas mayores;
- una pérdida de motivación e interés (abulia). A veces es difícil distinguir este síntoma de la pérdida de capacidades funcionales relacionada con la edad;
- dificultad para experimentar placer y emociones en general (anhedonia);
- pérdida de autoestima;
- sentimiento de culpa;
- fatiga, debilidad;
- indecisión y/o capacidad reducida para concentrarse;
- pensamientos morbosos recurrentes, que deben diferenciarse de las preguntas y reflexiones existenciales consideradas naturales al final de la vida;
- variaciones de peso. Más comúnmente, es una pérdida de peso que se observa en las personas mayores;
- trastornos del sueño. Generalmente, las personas deprimidas sufren despertares tempranos y somnolencia y, más raramente, hipersomnia;
- trastornos psicomotores. La mayoría de las veces consiste en agitación o ralentización.

Cuando 5 (o más) de estos síntomas están presentes, nos referimos a ello como un episodio depresivo mayor.

A veces hay otros síntomas relacionados: aislamiento, somatización, delirios, dolor físico, agresividad, etc.

La depresión no debe confundirse con la tristeza reaccionaria y transitoria que se produce después de un evento doloroso (p. ej., después de un duelo).

Existen varias formas de depresión en las personas mayores, siendo las principales:

- depresión melancólica, que se manifiesta en angustia emocional, abatimiento y mutismo (que provoca apatía extrema – resignación, abandono). El riesgo de suicidio es alto en este tipo de depresión;
- depresión hipocondríaca asociada a preocupaciones somáticas y dolor físico (fatiga, dolor difuso...);
- depresión delirante asociada a episodios delirantes con diversas temáticas: delirios paranoides, delirios de celos, delirios de incurabilidad, delirios de negación de órganos (también llamado delirio de Cotard: la persona afirma que algunos de sus órganos están podridos o han desaparecido);
- pseudodemencia depresiva, que se asocia con deterioro cognitivo significativo;
- depresión hostil marcada por comportamiento agresivo y abuso verbal o físico, o acoso;
- depresión ansiosa, que se asocia con ansiedad generalizada (preocupación y desasosiego constantes). A menudo se complica por una drogodependencia de ansiolíticos (en particular, benzodiazepinas) y, a veces, de alcohol;
- depresión conativa, que se centra en una pérdida de motivación y una desconexión emocional y relacional sustancial.

B. Ilustración para mejorar la diferenciación entre los diversos trastornos en la práctica profesional y ayudar a comprender los cambios involucrados.



Vincular la patología psiquiátrica con el escenario presentado según los síntomas psicoconductuales descritos

escenario 1

La Sra. V. suele ser una residente tranquila. Hoy está pasando por bastantes momentos de desorientación. Está cada vez más agitada. Expresa una gran ansiedad y explica que no entiende lo que sucede a su alrededor. Se ve demacrada y perpleja. Se mueve mucho, en todas direcciones, con un propósito desconocido.

Escenario 2

El Sr. D. tiene miedo al contacto social. Se queda en su habitación tanto como sea posible y teme las situaciones grupales (como las actividades en el interior).

Escenario 3

La Sra. R. es hiperactiva. No ha dormido en dos noches. Siempre parece tener algo que hacer. Su habla es rápida (logorrea), se mueve de un tema a otro.

Escenario 4

El Sr. A. está convencido de que todos están enojados con él. En particular, el vecino de su casa que parece ser el responsable de lo que le sucede. Su discurso parece estar bien razonado, aunque no siempre aporta alguna prueba de lo que dice.

Escenario 5

La Sra. C. habla en un tono monótono. Su visión de las cosas es sombría. Dice que ya no tiene ganas de nada. Se acusa a sí misma de ser responsable de su condición y de no tener ya ningún valor.

Escenario 6

El Sr. G. es provocativo. Parece indiferente a los efectos que esto tiene en quienes lo rodean. Notamos que tiene una fuerte propensión a mentir e inventar hechos con el fin de quedar bien.

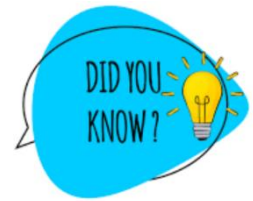
Escenario 7

La Sra. F. no soporta que nada se mueva en su entorno (especialmente en su habitación). La presencia de una persona en su espacio tiende a incrementar sus comportamientos verbales y conductuales repetitivos.

3. TRASTORNOS QUE NOS MOLESTAN: DESCIFRANDO LOS TRASTORNOS HABITUALMENTE OBSERVADOS EN LAS RESIDENCIAS DE PERSONA MAYORES Y EN EL DOMICILIO

Un comportamiento puede definirse como "una secuencia ordenada de acciones destinadas a adaptar al individuo a una situación tal como la percibe e interpreta".

Jean COTTRAUX, psiquiatra y psicoterapeuta francés, especialista en Terapia Cognitivo Conductual



Las experiencias internas, las necesidades y las ansiedades son difíciles de expresar y las manifestaciones conductuales suelen ser la "expresión representada" de la vida mental.

No hay nada aleatorio en el comportamiento del paciente: es el resultado de una falta de comprensión de su propio entorno y de lo que se espera de él, relacionado con la progresión de la enfermedad, de la que muchas veces no es consciente.

A. Comprensión del concepto de trastorno del comportamiento.



Preguntas y respuestas sobre el concepto de trastornos del comportamiento

- ¿Qué es un trastorno del comportamiento?
- ¿Puede afectar a alguien?
- ¿Siempre tiene un significado?
- ¿Qué expresa?
- ¿Cuál es su origen?
- ¿Qué es un trastorno de conducta positivo o deficitario?

B. Definición del concepto de trastorno del comportamiento y la terminología asociada

Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece la siguiente definición de trastornos del comportamiento:

'Los trastornos mentales y del comportamiento son condiciones clínicamente significativas que se caracterizan por un cambio en el pensamiento, el estado de ánimo (emociones) o el comportamiento asociado con angustia psicológica y/o deterioro de las funciones mentales.'

Para calificar como un trastorno del comportamiento, deben estar presentes las siguientes tres características:

- conducta inapropiada o aberrante en lugares y situaciones con referencia a las normas sociales y/o culturales comúnmente aceptadas;
- romper con el comportamiento anterior de la persona;
- impacto en las actividades de la vida diaria.

Los trastornos pueden ser el resultado de cambios funcionales relacionados con patologías demenciales:

- reducción de la inhibición de conductas inapropiadas;
- mala interpretación de señales visuales y auditivas;
- deterioro de la memoria a corto plazo;
- Capacidad reducida o incapacidad para expresar necesidades.

Además, los residentes con demencia a menudo no se adaptan bien a las reglas de la vida institucional. Las horas de comida, de acostarse y las necesidades no siempre se adaptan a sus hábitos. Entre estos individuos, los síntomas psicoconductuales aparecen o empeoran cuando el entorno es más exigente y menos familiar.

Los trastornos físicos pueden agravar los síntomas psicoconductuales, en parte porque las personas enfermas no pueden comunicarse con normalidad acerca de su afección. Pueden causar delirio que, combinado con la patología, puede agravar los trastornos de conducta.

Significado y significado

No obstante, algunos comportamientos pueden ser significativos para la persona, incluso si no lo son para quienes la rodean (a priori y si uno no se toma el tiempo de tratar de comprenderlos). Estos comportamientos se vuelven desacertados para ellos (en su realidad según sus normas, valores, convenciones sociales...) pero pueden adaptarse a la persona. Los trastornos pueden por tanto ser un verdadero medio de expresión de la persona, particularmente en el caso de los trastornos de la comunicación verbal.

Los trastornos del comportamiento pueden tener una amplia variedad de causas. Para saber qué acción tomar, el proceso de comprensión del origen de los trastornos es fundamental si queremos poder apoyar lo mejor posible a la persona y reaccionar de forma adecuada (p. ej., para evitar que se agrave la expresión de los trastornos).

Para mejorar el trato de los profesionales con estos pacientes, en la práctica se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- *¿Es el comportamiento realmente inapropiado?* Las personas mayores con deterioro cognitivo carecen de la capacidad de analizar, comprender y reaccionar adecuadamente ante situaciones inusuales. El comportamiento puede ser adecuado y acorde con la realidad de la persona que percibe la situación. Un trastorno de conducta normal es ante todo 'una reacción anormal en una situación anormal' (según Viktor FRANKL).
- Las personas mayores *tienen el trastorno, pero ¿quién está siendo perturbado?* (Daniel GENEAU). Es importante considerar si el comportamiento es más perturbador para la familia, el profesional o la propia persona mayor.

Etiología

Los trastornos del comportamiento son el resultado de una interacción muy compleja de posibles causas. Es vital tratar de entender el origen del trastorno si queremos poder apoyar a la persona de la mejor manera posible.

Es necesario considerar las posibles causas de un trastorno del comportamiento:

- **Identificar causas somáticas.**
 - Una infección (especialmente urinaria o dental);
 - Retención urinaria;
 - impactación fecal;
 - Un trastorno metabólico;
 - Una candidiasis (especialmente oral);
 - Una descompensación de una patología crónica;
 - Comorbilidad neurológica (ictus, hematoma subdural, coma no convulsivo, etc.);
 - Dolor (balanzas Doloplus®, Algoplus®, ECPA®);
 - Deshidratación...

- **Identificar una causa psiquiátrica.**
 - síndrome depresivo;
 - Ataque de ansiedad severo;
 - La descompensación de una patología psiquiátrica preexistente...

- **Identificar los factores cognitivos predominantes** que tienen mayor impacto en la adaptación de la persona mayor a la vida diaria
 - Memoria, orientación, juicio, comunicación, praxis, funciones ejecutivas, etc.;
 - Vulnerabilidad, especialmente emocional, con reacciones a veces irracionales.

- **Identificar signos de comorbilidades somáticas inestables**, especialmente el dolor, y reevaluar los tratamientos.

- **Busque, trate o compense cualquier déficit sensorial potencial.**

- **Identificar factores de personalidad.**
 - Historia de vida, carácter, reacciones previas a situaciones estresantes o problemas de salud, etc.

- **Identificar factores interpersonales.**
 - Actitud y estado de ánimo de los cuidadores, otros residentes y familiares;
 - Nivel de información y formación de los profesionales;
 - Su capacidad de comunicarse, empatizar, anticiparse a las necesidades de la persona y adaptarse a sus síntomas;
 - Fobia a la movilización, al contacto físico cercano a veces experimentado como agresivo, intrusivo (reflejos defensivos);

- **Identificar los factores relacionados con el medio ambiente.**
 - Ubicaciones impuestas, tipos de instalaciones;
 - Ruido, luz, olores;
 - Organización del día, etc.;
 - Cambios organizacionales en apoyo y cuidado;
 - Cambios en el espacio vital;
 - Cambio de contactos involucrados con la persona;
 - Situación de conflicto o presión interpersonal experimentada;
 - eventos familiares...

Procedimiento para la consideración y análisis de los trastornos

- Etapas de la atención
 - El abordaje diagnóstico (NPI-ES, escala de Cohen Mansfield...)
 - El enfoque terapéutico
 - Vigilancia y prevención
- Los elementos básicos del cuidado.
 - Descripción precisa de los trastornos, teniendo en cuenta lo que la persona dice sobre ellos;
 - Investigación sobre sus causas y el significado que se les debe dar (medios de expresión de la persona, mecanismo de defensa, etc.);
 - Análisis de las actitudes previas de profesionales y familiares hacia estos trastornos.
- Objetivar los trastornos
 - ¿Cuál es el trastorno?
 - ¿Cuándo aparece el trastorno?: a qué hora del día, de cuidados y apoyo...
 - ¿Dónde: en el dormitorio, en el pasillo, en el baño...?
 - ¿Con quién...?

C. Descifrar los principales trastornos observados en patologías neurodegenerativas o psiquiátricas para mejorar su identificación y manejo en la práctica

En términos generales, se hace una distinción entre dos tipos principales de trastornos del comportamiento:

- **Trastornos positivos o productivos:** Estos son vistos por amigos y familiares como perjudiciales, perturbadores o peligrosos para las personas y las propiedades que los rodean: agitación, deambular, agresividad, gritos, impaciencia, huir, comportamientos culturalmente inapropiados, desinhibición sexual, eliminación o daño de goteros o apósitos. La frecuencia de trastornos conductuales 'positivos' es alta en las patologías demenciales.
- **Trastornos negativos o deficitarios:** estos se manifiestan en forma de retraimiento, apatía (indiferencia emocional), adinamia, desmotivación general e incluso somnolencia casi constante. También puede haber: mutismo, tristeza e insomnio pacífico. Éstos a veces son descuidados por los profesionales, ya que la persona mayor puede ser percibida como tranquila o se supone que disfruta de la

soledad, pero de hecho conducen rápidamente al desaprendizaje y, por lo tanto, eventualmente a una dependencia adicional.

Clasificación de los Síntomas o Trastornos Conductuales y Psicológicos de la Demencia (BPSD)

▪ **Afectivo y emocional**

- Depresión: estado de ánimo triste de larga duración con pérdida de interés y placer en la mayoría de las actividades que la persona suele disfrutar;
- Ansiedad;
- Apatía: caracterizada por aplanamiento de las emociones, pérdida de iniciativa y pérdida de interés;
- Elación;
- Trastornos emocionales;
- Comportamientos regresivos.

▪ **Psicópata**

- Alucinaciones: percepciones sensoriales sin objeto (visual o auditivo);
- Trastornos de la percepción;
- Ideas delirantes: percepción errónea de la realidad (la mayoría de las veces sobre temas de persecución, robo, celos, abandono, engaño, etc.).

▪ **Conductual**

- Agitación (comportamiento verbal o motor excesivo), gritos;
- Agresividad;
- inestabilidad psicomotora;
- Compulsión;
- Oposición;
- desinhibición, comportamiento inapropiado en relación con las normas sociales o familiares;
- Pérdida de significado social;
- Comportamiento motor aberrante (actividad estereotipada repetitiva que es inapropiada o no tiene un propósito aparente).

▪ **Trastornos Básicos de la Conducta**

- Ritmo sueño-vigilia;
- Comportamientos alimentarios.

tipos de trastornos	Manifestaciones conductuales
Apatía	Trastorno motivacional caracterizado por aplanamiento de las emociones, pérdida de iniciativa y pérdida de interés. Este es el trastorno de conducta más común en la enfermedad de Alzheimer (60%).
Ansiedad	Nerviosismo, comportamiento de evitación, síntomas somáticos (palpitaciones, dolor de garganta, dificultad para respirar). La persona está ansiosa e incapaz de relajarse.
Depresión	Se caracteriza por un estado de ánimo triste y/o pérdida de impulso, interés y placer en la mayoría de las actividades de larga duración, pesimismo y pensamientos suicidas. Este síndrome depresivo es común al comienzo de la enfermedad. Se asocia a mayor deterioro funcional, deterioro cognitivo más rápido, mayor mortalidad... Está infradiagnosticada porque afecta al menos a la mitad de los enfermos.
Oposición	Negativa verbal o no verbal a aceptar cuidados, a comer, a garantizar la higiene, a participar en cualquier actividad.
Agitación	Comportamiento verbal o motor excesivo e inapropiado. Este es un trastorno común, especialmente en formas avanzadas de la enfermedad. Se caracteriza por conductas verbales (repetir las mismas palabras) o físico-motoras inapropiadas. En términos de la función motora, la agitación puede tomar la forma de un incesante pisoteo con un comportamiento errante. La agitación puede combinarse o no con agresividad.
Agresividad	Comportamiento físico o verbal que se experimenta como amenazante o peligroso para las personas que lo rodean o para el individuo.
Comportamientos motores aberrantes	Actividades repetitivas y estereotipadas sin propósito aparente o con un propósito inadecuado (deambular, movimientos incesantes, actitudes de apego, etc.) Las conductas pueden tener diferentes motivaciones o causas en respuesta a la ansiedad, la conducta exploratoria, puede ocurrir exclusivamente en la noche o en un momento determinado del día, relacionado con una meta desajustada en relación a la vida de la persona mayor.
Desinhibición	Comportamiento inapropiado en relación con las normas sociales o familiares (p. ej., comentarios groseros, gestos inapropiados, actitudes sexuales incongruentes, comportamiento inmodesto o intrusivo).
Gritos	Vocalizaciones de alta intensidad y repetitivas que pueden o no ser comprensibles.
júbilo/euforia	Una sensación de sentirse demasiado bien, demasiado feliz en relación con el estado habitual de uno. Familiaridad, sentido del humor infantil, bromas infantiles. La jactancia, la exageración, la bravuconería.

Irritabilidad/estado de ánimo inestable	Nerviosismo, cambios de humor, arrebatos repentinos de ira. Comportamiento malhumorado e irritable, difícil vivir con él, buscando argumentos.
ideas delirantes	Percepciones erróneas o juicios erróneos de la realidad, no vistos críticamente por la persona. Los temas más comunes son persecución (robo, daño), no identificación (delirios de presencia de un impostor o doppelganger), abandono, celos.
alucinaciones	Percepciones sensoriales sin ningún objeto real a percibir, la mayoría de las veces visuales y auditivas (ratones caminando debajo de la cama...). Impresión de sensaciones inusuales: olores, sabores en la boca, sensaciones corporales (algo que se arrastra debajo de la piel o toca al paciente). Los trastornos delirantes y alucinatorios estarían presentes en formas moderadas en un 25 a 30% de los casos y estarían asociados a un deterioro cognitivo más rápido. También pueden causar CDPS con agitación, comportamiento agresivo y oposición.
Trastornos del ritmo sueño-vigilia	Trastornos del sueño con la duración y calidad del sueño. Deambulación nocturna, actividades nocturnas inapropiadas (vestirse, planear una salida). El ciclo día-noche puede estar invertido (ciclo nictemeral): excesiva somnolencia diurna...
Trastornos de la alimentación	Pérdida o aumento del apetito. Pérdida de peso o aumento de peso. Cambios en el comportamiento alimentario (demasiada comida en la boca, alimentación repetitiva y estereotipada...).

Características

Los trastornos psicológicos o de conducta se manifiestan como una ruptura con el comportamiento previo de la persona:

- pueden estar precedidos por cambios mínimos a menudo percibidos por los profesionales mucho antes de la crisis;
- en presencia de deterioro cognitivo, ningún cambio en el comportamiento se considera trivial.

Fluctúan en intensidad o son episódicos. La respuesta a las terapias no farmacológicas también fluctúa. Son interdependientes ya menudo combinados.

Tienen consecuencias importantes:

- riesgo de abuso o negligencia;
- empeoramiento del pronóstico funcional de la enfermedad;
- riesgo de prescripción de medicamentos inapropiados;
- mayor riesgo de hospitalización;
- riesgo de agotamiento de los profesionales y cuidadores, y sufrimiento de los seres queridos.

D. Ilustración con ejemplos concretos para mejorar la identificación y diferenciación de los diversos trastornos en la práctica profesional



Vincular el trastorno de conducta con el escenario presentado, según su descripción

escenario 1

La Sra. O. habla con los actores de televisión como si fueran personas en la sala.

Escenario 2

El Sr. M. se vuelve beligerante. Se pelea constantemente con otro residente e insulta regularmente a los profesionales.

Escenario 3

La Sra. B. interactúa muy poco con quienes la rodean. No está interesada en ninguna actividad nueva.

Escenario 4

El Sr. Z. duerme mucho durante el día en su sillón. Deambula mucho por la noche.

Escenario 5

La Sra. C. ya no reconoce a su madre. Habla groseramente y se comporta de una manera muy vergonzosa en público.

Escenario 6

El Sr. G. es muy tranquilo y sereno, pero alterna estas fases con períodos de violencia verbal e incluso física.

Escenario 7

La Sra. F. no plantea ningún problema durante el día. A la hora de acostarse, parece muy ansiosa sin razón aparente y exige atención.

Escenario 8

La Sra. L. pasa su tiempo hurgando, abriendo y vaciando los armarios de su casa.

Escenario 9

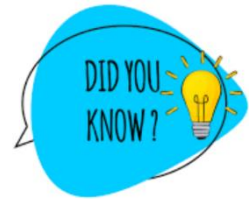
El Sr. J. hace bromas infantiles que solo le divierten. Pellizca a otros residentes o toma sus cosas sin devolvérselas solo por diversión.

Escenario 10

La Sra. S. está perdiendo peso. Ya no tiene apetito. Incluso las comidas que solía amar ya no le interesan. Las comidas se han convertido en una pesadilla. Juega con la comida en su plato. Cuando los cuidadores la obligan a comer, se da la vuelta y escupe la comida.

4. AGRESIVIDAD/VIOLENCIA Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

La agresividad es un trastorno del comportamiento común en las personas con demencia. Aunque hasta el 80% de las personas con demencia presentan un comportamiento agresivo, este no es un trastorno inevitable.



A. Los trastornos de conducta y la agresividad/violencia no son necesariamente sinónimos

El hecho de que una persona mayor tenga una enfermedad neurodegenerativa no significa que necesariamente se vuelva agresiva. Cuando se observa un cambio en el estado de ánimo o en el comportamiento, primero se deben descartar problemas somáticos o un entorno inadecuado.

Si la agresividad es un síntoma de demencia, es importante destacar que también es una reacción defensiva natural del ser humano, ante una amenaza frente a un supuesto peligro y también un medio de expresión en el sentido de que la persona no necesariamente tiene otros medios de autoexpresión.

En efecto, la persona mayor que padece trastornos cognitivos pierde su capacidad de comprensión y comunicación debido a su patología.

También es importante recordar que la agresividad es un componente fundamental de la naturaleza humana. No es necesariamente sinónimo de violencia. La agresividad es un comportamiento común que todo profesional debe afrontar independientemente del contexto en el que se encuentre.

Es durante el cuidado personal (aseo, vestido) que la agresividad es más frecuente, cuando la distancia entre el cuidador y la persona cuidada es mínima, y cuando es probable que la persona mayor experimente dolor o ansiedad.

Una persona mayor con deterioro cognitivo pierde gradualmente su capacidad de hablar, interpretar y adaptarse a los estímulos ambientales, debido a la enfermedad. Por lo tanto, solo pueden expresarse a través de la agresividad.

El origen de la agresividad en las personas mayores con demencia es, por tanto, multifactorial y puede ser el resultado de un sufrimiento (físico o psíquico), una necesidad insatisfecha y la frustración asociada, un entorno o comportamiento inadecuado, la ansiedad o una llamada de auxilio.

Como con cualquier trastorno del comportamiento, es importante identificar la causa y no estigmatizar a la persona.

B. Identificación de factores de agresividad y violencia en los trastornos de conducta

Los trastornos agresivos pueden surgir específicamente de:

- factores individuales relacionados con la persona mayor: personalidad, conductas y demandas inadecuadas, adicciones, frustraciones por necesidades insatisfechas, etc.;
- factores fisiológicos, somáticos y neurológicos: patologías neurodegenerativas o psiquiátricas y trastornos psicoconductuales asociados, patologías médicas agudas, estados dolorosos, interacciones medicamentosas, etc.;
- factores relacionados con los profesionales: actitudes defensivas, falta de respeto a los derechos y libertades de la persona mayor, comportamientos inadecuados al contexto situacional y para la persona mayor, malos tratos, necesidades mal identificadas, estrés, agotamiento profesional, falta de motivación, falta de formación, etc.;
- factores ambientales: entornos arquitectónicos y sociales inadecuados, contaminación acústica, conflictos familiares, etc.;
- factores relacionados con la organización del trabajo: largos tiempos de espera, sobrecarga de trabajo, medidas restrictivas y/o coaccionantes, tendencia a banalizar los actos de violencia, falta de apoyo de la institución, etc.

Con el fin de mejorar la identificación de las conductas agresivas para mejorar el tratamiento de la causa, existen varias herramientas para evaluar las conductas agresivas, entre ellas:

- la Escala de Agresión de Ryden, una escala para evaluar el comportamiento agresivo en una persona con demencia;
- Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield, una escala de evaluación específica para la agitación observada en las instituciones.

C. Manifestaciones, características y rasgos específicos de las 'conductas problemáticas'

El concepto de 'conductas problemáticas' no es necesariamente fácil de definir de manera clara y definitiva.

Se manifiestan en forma de conductas agresivas, violentas y altamente disruptivas. En la literatura se utilizan diferentes terminologías: *conductas agresivas, agresiones, agresividad, ira, conductas destructivas, conductas desafiantes, trastornos de conducta, trastornos de conducta, trastornos graves de conducta, violencia, conductas disfuncionales y disruptivas.*

Estos son particularmente comunes en las fases agudas de los trastornos psicóticos, neuróticos o de la personalidad. Por último, existen algunas enfermedades orgánicas que pueden manifestarse por un trastorno del comportamiento (tumores, ictus, epilepsia, trastornos metabólicos, etc.).

Los 'comportamientos problemáticos' pueden ser multifactoriales y manifestarse en una variedad de formas y en diferentes entornos. Es importante recordar que no todos los comportamientos socialmente inadaptados o inusuales son 'comportamientos problemáticos'.

Para mejorar su identificación, los sistemas de referencia los han categorizado de la siguiente manera:

Campos/categorías	Manifestaciones conductuales
Autolesiones	<i>Morderse, tirarse del pelo, golpearse la cabeza, etc.</i>
Agresividad hacia los demás	<i>Golpear, empujar, dar puñetazos, patadas, bofetadas, tirar del pelo, etc.</i>
Comportamientos obstructivos de autoestimulación: estereotipia verbal y motora excesiva	<i>Balancearse, jugar con un hilo, repetir las mismas palabras, hacer ruido sin cesar, caminar, mover las manos, etc.</i>
Destrucción del entorno físico.	<i>Tirar y romper cosas, rasgar ropa, romper cristales, vajilla, derribar muebles, etc.</i>
Comportamiento social inadaptado	<i>Gritar, huir, desnudarse en público, oposición constante, inhibición o desinhibición masiva, etc.</i>
Trastornos de la alimentación	<i>Hiperselectividad, obsesiones por la comida, vómitos, búsqueda constante de alimento, etc.</i>

Fuente TIENE

El 'comportamiento problemático' se considera un problema grave cuando las acciones de la persona son particularmente severas, intensas, persistentes y repetidas y:

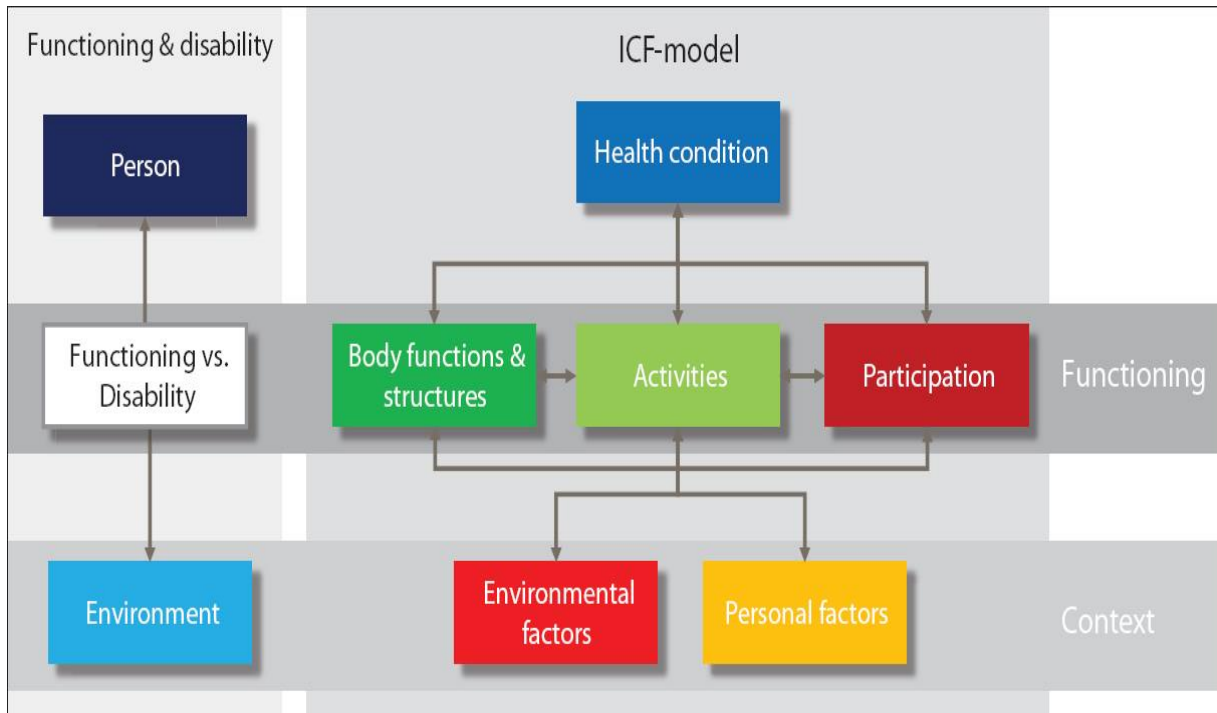
- interfieren o imposibilitan el aprendizaje que se supone que se está dando; y/o,
- comprometen la integridad y seguridad de la persona y de su entorno (cuidado, familia, profesionales, seres queridos, cuidadores); y/o,
- requieren un seguimiento continuo.

Los 'comportamientos problemáticos' se analizan de acuerdo con la nueva Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) de la OMS. Como indica ICF, se debe considerar la interacción entre los siguientes factores: factores personales y factores ambientales.

El entorno de la persona puede ser un desencadenante de un "comportamiento problemático". De hecho, la persona puede tener una percepción/comprensión de su entorno (físico y social) que influye en el inicio o el mantenimiento de un comportamiento problemático. Asimismo, la percepción que de la persona tiene el entorno social puede generar conductas problemáticas.

Se trata de un cambio de paradigma que implica dejar de centrarse en la persona y/o la forma de la conducta, ni en la patología, las deficiencias, la discapacidad, sino considerar la conducta problemática en la interacción e interrelación entre el individuo y su entorno.

Clasificación Internacional de Funcionamiento (ICF), Discapacidad y Salud, y la interacción de una persona con una condición de salud y el medio ambiente



Fuente TIENE

5. OTRAS PATOLOGÍAS DE LA VEJEZ

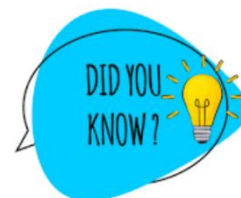
A. Relación de otras patologías relacionadas con el envejecimiento y sus consecuencias en la persona mayor

- Cánceres
- Patologías reumatológicas
- Patologías cardiovasculares
- Patologías respiratorias
- Patologías bucales y nutricionales
- Patologías dermatológicas
- Patologías urológicas
- Patologías digestivas

B. Características específicas relacionadas con la iatrogenia de fármacos

Si bien los medicamentos recetados tratan ciertas patologías específicas, también tienen efectos adversos, a veces graves, sobre el cuerpo y la psique de la persona. Es lo que se conoce como iatrogenia de fármacos.

La iatrogenia de medicamentos se refiere a todos los efectos adversos que puede causar un tratamiento médico, sean cuales sean los efectos, desde los más benignos hasta los más dañinos para el organismo. Estos efectos secundarios se denominan 'efectos iatrogénicos' cuando el tratamiento médico de un paciente desencadena síntomas diferentes de los que originalmente estaba tratando.



Las personas mayores forman una población especialmente expuesta a las consecuencias iatrogénicas de las drogas. Tradicionalmente se considera que están en riesgo.

De hecho, algunos estudios (Fourier A. et al. Características sociodemográficas y polifarmacia en personas mayores: datos del estudio Paquid) han demostrado que la media de medicamentos consumidos por persona mayor de 65 años al día es de 4,5.

El 90% de esta población toma al menos un medicamento y las prescripciones de medicamentos a mayores de 65 años (15% de la población general) representan un tercio de todas las prescripciones. Este nivel de consumo es un innegable factor de riesgo de accidentes iatrogénicos.

Dado que el uso de medicamentos se ha convertido en un lugar común, estos riesgos de iatrogenia se subestiman con demasiada frecuencia. En particular, son el resultado de:

- errores en la toma de la medicación. Drogas tomadas a destiempo, en doble dosis, etc.;
- interacciones entre diferentes fármacos en un mismo tratamiento.

Estos efectos adversos iatrogénicos aparecen en función de la dosis, la duración del tratamiento o con polimedicación, alcanzando el 58% con 5 fármacos y el 82% con 7 o más fármacos.

Las manifestaciones más comunes de estos efectos iatrogénicos son deshidratación con insuficiencia renal funcional, hipotensión ortostática a menudo complicada con caídas, hemorragias digestivas y delirio. Las principales clases terapéuticas implicadas son los fármacos cardiovasculares, los antiinflamatorios y los psicotrópicos.

Además del delirio, se ha demostrado que pueden ocurrir trastornos neuropsiquiátricos, incluida la agitación, como resultado de la iatrogenia de fármacos en las personas mayores.

IDENTIFICAR LAS RESPECTIVAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS CON RESPECTO A ESTOS CAMBIOS Y/O TRASTORNOS PARA ESTAR MEJOR PREPARADOS PARA MANEJAR SITUACIONES DE VIOLENCIA

1. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE ESTOS CAMBIOS/TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO EN LAS ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS

A. Comprender el impacto de estos cambios desde el punto de vista de la persona mayor, la familia o seres queridos, los profesionales o personas externas implicadas

Como hemos visto anteriormente, la pérdida de autonomía ligada al envejecimiento normal y patológico tendrá consecuencias en el comportamiento de las personas mayores, pero también en las actitudes de los profesionales y de su entorno.

Para analizar cada situación con objetividad y prevenir actitudes agresivas, es importante ponerse en el lugar de todos los involucrados, para comprender mejor el impacto de estos cambios y/o trastornos en ellos.



Colóquese en los zapatos de cada uno de los involucrados, identificando...

- ▶ los efectos e impactos de cada trastorno o cambio en la persona mayor, sus familias o seres queridos y los profesionales
- ▶ los comportamientos agresivos que pueden resultar de ello

	Persona mayor	familiares o seres queridos	Profesional
Pérdida del equilibrio, caídas.			
Limitaciones sensoriales			
Trastornos de la memoria			
Agnosia			
Ansiedad aguda			
Comportamientos repetitivos			
Depresión			
Desorden de ánimo			
Trastorno del lenguaje			
Trastornos por déficit de atención			
Desorden alimenticio			
Hipertonía			
Pérdida de autonomía			

Dificultades para adaptarse			
-----------------------------	--	--	--

B. Aportar un nuevo punto de vista mediante el análisis de situaciones agresivas específicas

Teniendo en cuenta algunas situaciones específicas en las que se produce la agresividad, podemos observar que la agresividad puede deberse, en particular, a una mala comprensión de la situación inducida por los cambios propios del envejecimiento, a una identificación incorrecta de las necesidades, a una incompreensión de la persona, a un entorno inadecuado para sus necesidades. Tomemos algunas situaciones agresivas vividas en una institución o en el hogar: ¿cómo las interpretaría?



Análisis de situaciones agresivas: Cuáles son las consecuencias del envejecimiento en la persona mayor, las personas de su entorno y los profesionales

escenario 1

La Sra. G. sufre de patologías demenciales, particularmente agnosia. Eve, su cuidadora, se acerca a ella y comienza a desnudarla. La Sra. G. se vuelve agresiva, agarrando el brazo de Eve con mucha violencia imposibilitando el cuidado, a pesar de que Eve normalmente la cuida todos los días.

Escenario 2

El Sr. M., que padece la enfermedad de Alzheimer, deambula por los pasillos de la residencia de personas mayores en busca de su esposa. Entra en la habitación de la Sra. X. Ella comienza a insultarlo ya gritar. Valerie, una asistente de cuidado, muy molesta por la situación, lo toma del brazo para acompañarlo a su habitación, recordándole que su esposa murió hace unos años. Reacciona muy violentamente hacia la Sra. X. y Valerie.

Escenario 3

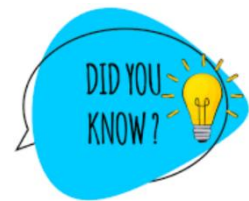
La Sra. C. está perdiendo gradualmente sus habilidades físicas. Habitualmente muy cuidadosa con su apariencia, rechaza cualquier oferta de ayuda de los cuidadores para llevar a cabo su cuidado personal, lo que le provoca irritación. Esta negativa de ayuda conduce a una higiene corporal deficiente que genera olores desagradables para las personas cercanas a ella, por lo que se quejan. La familia de la Sra. C está muy descontenta con los profesionales, creyendo que están haciendo mal su trabajo.

Escenario 4

El Sr. C. toma muchos medicamentos durante las comidas y, debido a problemas para tragar, los mezcla con la comida. Ahora se niega a comer, culpando a los profesionales por el mal sabor de la comida. Están molestos por este motivo, ya que la comida es muy buena, y por su actitud quisquillosa. Están perdiendo la paciencia y están pensando en iniciar la alimentación artificial.

2. IDENTIFICAR SUS RESPECTIVAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS PARA ESTAR MEJOR PREPARADOS PARA MANEJAR SITUACIONES DE VIOLENCIA

La agresividad, en particular, proviene de la frustración de las necesidades no satisfechas. Antes de conocer las necesidades individuales, es importante conocer las necesidades básicas comunes a todos los seres humanos para mejorar la comprensión y aceptación de cada individuo con sus diversos sentimientos (que provienen de necesidades satisfechas o no satisfechas) y potencialidades.



A. Para un mejor conocimiento de las necesidades para minimizar las frustraciones y las reacciones defensivas, y para dar respuestas adecuadas

Para los seres vivos, una necesidad es un sentimiento de carencia, privación o insatisfacción, que los empuja a realizar actos percibidos como necesarios, incluso indispensables. El objetivo de estos actos es hacer desaparecer este sentimiento de carencia: la satisfacción de la necesidad.

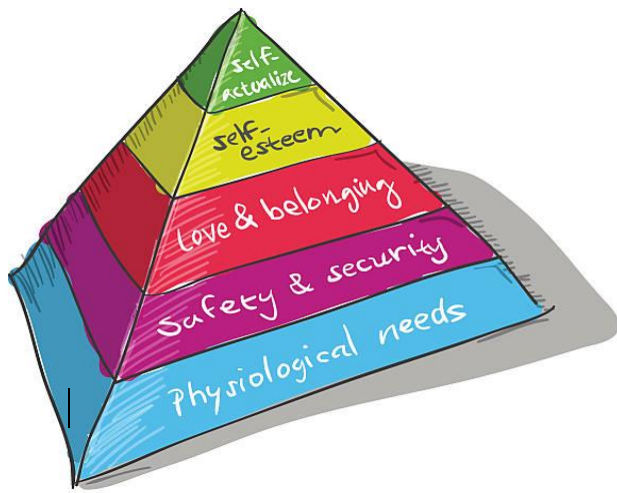
La necesidad básica es indispensable para el ser humano a fin de mantener su vida y asegurar su bienestar. Las necesidades cambian con la edad y las circunstancias. Pueden ser físicos y fisiológicos, psicológicos y emocionales, sociales y culturales. Si una persona mayor experimenta una pérdida total de autonomía, no puede realizar por sí mismo las acciones adecuadas para satisfacer sus necesidades.

La jerarquía de las necesidades según A. MASLOW

Creada por Abraham Maslow, la pirámide de Maslow (la pirámide de las necesidades) funciona para organizar las necesidades humanas según su prioridad. Enumera 5 necesidades en las áreas de necesidades esenciales (fisiológicas y de seguridad), necesidades psicosociales (pertenencia y autoestima) y la necesidad de autorrealización.

Esta clasificación corresponde al orden en que aparecen las necesidades para la persona en cuestión, la satisfacción de las necesidades en un nivel genera las necesidades en el siguiente nivel.

Sin embargo, esta priorización es cuestionable en algunos casos. La experiencia nos muestra que, para una persona mayor, la falta de satisfacción de las necesidades en los niveles superiores puede llevarla a hundirse en la apatía. Aristóteles dijo que 'el hombre es un animal social', es decir, los seres humanos tienen una necesidad social por naturaleza tan importante como sus necesidades fisiológicas. Hoy, los avances en neurociencia, psicología clínica y social van en esa dirección: el equilibrio psicológico también es necesario para la supervivencia.



- *Necesidades psicológicas*

Las necesidades fisiológicas son la losa de cimentación de la pirámide. Son necesidades básicas directamente relacionadas con la supervivencia del individuo. Se trata típicamente de necesidades concretas (comer, beber, vestir, reproducirse, dormir, etc.). A priori, estas necesidades están cubiertas para la mayoría de nosotros, sin embargo, no todos tenemos la misma apreciación de estas necesidades. Esta diferencia de apreciación puede conducir a una situación que se considerará insatisfactoria para la persona y a su vez la necesidad de ser satisfecha dará lugar a una motivación para la persona.

- *La necesidad de seguridad*

La necesidad de seguridad proviene de la aspiración que tiene cada uno de nosotros de estar protegidos física y mentalmente. Es complejo, porque el sentimiento de inseguridad se manifiesta de manera diferente según el individuo.

- *La necesidad de pertenecer*

La necesidad de pertenecer representa el tercer nivel de la pirámide de Maslow. Gira en torno a la necesidad de afecto, amor y socialización. El individuo entonces siente la necesidad de amar y ser amado. También sienten la necesidad de unirse a grupos o comunidades o de desarrollar su círculo de amigos y relaciones.

- *La necesidad de autoestima*

La necesidad de estima se define por una necesidad de realización personal y confianza en uno mismo. El individuo desea realizar cosas que susciten el respeto de sus allegados, de sus conocidos, pero también de los extraños.

- *La necesidad de cumplimiento*

Esta necesidad consiste en la autorrealización como individuo, explotando al máximo sus potencialidades. Sólo se puede considerar si se cumplen las cuatro necesidades anteriores.

En el contexto de la satisfacción de estas necesidades de las personas mayores, consideramos que toda la pirámide movilizará conocimientos relacionados con la comprensión de las personas mayores y su entorno. Niveles 1 y 2: conocimientos sobre asistencia en la vida diaria, alimentación, mantenimiento del medio ambiente, higiene y comodidad; niveles 3, 4, 5: conocimientos relacionados con la experiencia en relación con la relación de apoyo y escucha.

Las 14 necesidades básicas según V. HENDERSON

En 1960, una enfermera americana, Virginia Henderson, muy comprometida con el cuidado de los enfermos y el buen trato, elaboró una lista de 14 necesidades básicas que son imprescindibles para una buena calidad de vida y cuidado del paciente. Su objetivo era mejorar las condiciones de tratamiento de los pacientes en los hospitales. Sin embargo, este modelo conceptual se aplica a la autonomía de las personas mayores y sigue vigente en la actualidad. Incluso se ha convertido en una referencia.

Las 14 necesidades básicas funcionan como una pirámide, donde una necesidad debe ser validada y satisfecha para pasar a la siguiente. En la práctica, es necesario analizar si cada necesidad está satisfecha o si existe un obstáculo para su satisfacción.

Caen en las cinco categorías de Maslow porque cada necesidad depende de factores fisiológicos, psicológicos, sociales o culturales.

En el contexto del abordaje del cuidado, es necesario estar atentos a la atención de las necesidades de la persona mayor en todos los niveles y no sólo en el registro de las necesidades fisiológicas primarias.

14 Components of Virginia Henderson's Nursing Need Theory

<https://nurseslabs.com/nursing-theories/>

- 1  Breathe normally.
- 2  Eat and drink adequately.
- 3  Eliminate body wastes.
- 4  Move and maintain desirable postures.
- 5  Sleep and rest.
- 6  Select suitable clothes; dress and undress.
- 7  Maintain body temperature within a normal range by adjusting clothing and modifying the environment.
- 8  Keep the body clean and well groomed and protect the integument.
- 9  Avoid dangers in the environment and avoid injuring others.
- 10  Communicate with others in expressing emotions, needs, fears, or opinions.
- 11  Worship according to one's faith.
- 12  Work in such a way that there is a sense of accomplishment.
- 13  Play or participate in various forms of recreation.
- 14  Learn, discover, or satisfy the curiosity that leads to normal development and health, and use the available health facilities.

(C) ATTRIBUTION-SHAREALIKE 4.0 INTERNATIONAL

Nurseslabs

Estas necesidades se definen detalladamente en un formato de grilla que nos permite evaluar las necesidades de la persona mayor y brindarle el mejor apoyo posible fomentando su autonomía. Esta herramienta es utilizada por los profesionales en la personalización de la relación asistencial y el cuidado.

Otros enfoques de las necesidades

El enfoque de estimulación basal, concebido en Alemania por Andrés FRÖHLICH (profesor en educación especializada), tiene como objetivo ayudar a las personas que experimentan una pérdida de autonomía, incluidas las personas mayores que sufren demencia, lo más cerca posible de sus necesidades particulares, teniendo en cuenta sus habilidades y recursos, particularmente en los campos de la percepción, el movimiento y la comunicación.

Comenzando con las necesidades de Maslow, las desglosa de la siguiente manera:



Andreas FRÖHLICH (necesidades básicas)	Andreas FRÖHLICH (necesidades específicas)
Independencia Autonomía, autodeterminación Reconocimiento y autoestima	Necesidad de personas que lo entiendan, incluso sin lenguaje verbal, y que tengan en cuenta sus habilidades.
Conexión, aceptación, ternura. Comunicación	Necesidad de proximidad física cercana para percibir a otras personas.
Seguridad, estabilidad relaciones seguras	Necesidad de proximidad física para facilitar acercamientos básicos al entorno y vivir las propias experiencias

Necesidad de estimulación, cambio y movimiento.
Necesidad de evitar el hambre, la sed y el dolor.

Necesidad de que un tercero **le** mueva o cambie de posición
Necesidad de que un tercero se encargue de uno

Marshall ROSENBERG (fundador de Comunicación No Violenta) propone una clasificación en 7 categorías de necesidades (a veces 9, pero son categorías diferentes). No se trata de una clasificación piramidal (como la presenta Maslow), sino de una coexistencia de estas necesidades:

- Autonomía (elegir nuestros sueños, metas y valores y nuestras estrategias para alcanzarlos);
- Celebración (celebrar la vida y el cumplimiento de los sueños de uno, marcando la pérdida y el duelo);
- Integridad (creatividad, autenticidad, significado, autoestima);
- Interdependencia (amor, aceptación, aprecio, consideración, comunidad, confianza, comprensión, apoyo, honestidad);
- Alimentación a nivel físico (aire, comida, ejercicio físico, protección, descanso, agua, cobijo, tacto...);
- Jugar (diversión, risas, expresión artística);
- Comuni3n de esp3ritu (belleza, armon3a, inspiraci3n, orden, paz).

Se propone un v3nculo entre necesidades y emociones. Seg3n su teor3a, cuando somos capaces de identificar nuestras emociones, debemos preguntarnos qu3 necesidad expresan. Por lo tanto, es 3til buscar la necesidad insatisfecha detr3s de la ira, porque la ira es una expresi3n distorsionada de nuestras necesidades no satisfechas.

Seg3n Marshall Rosenberg: 'todo mensaje, independientemente de su contenido o forma, es la expresi3n de una necesidad'.

Some Basic Feelings We All Have

Feelings when needs are fulfilled

• Amazed	• Fulfilled	• Joyous	• Stimulated
• Comfortable	• Glad	• Moved	• Surprised
• Confident	• Hopeful	• Optimistic	• Thankful
• Eager	• Inspired	• Proud	• Touched
• Energetic	• Intrigued	• Relieved	• Trustful

Feelings when needs are not fulfilled

• Angry	• Discouraged	• Hopeless	• Overwhelmed
• Annoyed	• Distressed	• Impatient	• Puzzled
• Concerned	• Embarrassed	• Irritated	• Reluctant
• Confused	• Frustrated	• Lonely	• Sad
• Disappointed	• Helpless	• Nervous	• Uncomfortable

Some Basic Needs We All Have

<p>Autonomy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Choosing dreams/goals/values • Choosing plans for fulfilling one's dreams, goals, values <p>Celebration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celebrating the creation of life and dreams fulfilled • Celebrating losses: loved ones, dreams, etc. (mourning) <p>Integrity</p> <ul style="list-style-type: none"> • Authenticity • Creativity • Meaning • Self-worth <p>Interdependence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceptance • Appreciation • Closeness • Community • Consideration • Contribution to the enrichment of life • Emotional Safety • Empathy 	<p>Physical Nurturance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Air • Food • Movement, exercise • Protection from life-threatening forms of life: viruses, bacteria, insects, predatory animals • Rest • Sexual expression • Shelter • Touch • Water <p>Play</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fun • Laughter <p>Spiritual Communion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beauty • Harmony • Inspiration • Order • Peace • Honesty (the empowering honesty that enables us to learn from our limitations) • Love • Reassurance • Respect • Support • Trust • Understanding
---	--

©CNVC. Please visit www.cnvc.org to learn more.

Volver a la idea de necesidades satisfechas/no satisfechas/individuales

La motivación de la conducta de un individuo es la satisfacción de sus necesidades, cuya conciencia puede variar.

Mientras que la falta de satisfacción de estas necesidades provoca sufrimientos físicos y psíquicos, carencias y frustraciones.

La satisfacción regular y continua de las necesidades tiende a prevenir ciertas conductas agresivas y violentas.

Por lo tanto, es fundamental respetar las necesidades básicas de todas las personas que reciben apoyo en una situación de pérdida de autonomía, pero es necesario tener en cuenta las necesidades y deseos individuales de cada persona mayor.

Vínculo entre necesidades, emociones y autoestima

De acuerdo con el trabajo de Marshall ROSENBERG, las emociones nunca ocurren al azar. Son los mensajeros de nuestras necesidades insatisfechas y de nuestra autoestima.

Detrás de cada emoción desagradable, hay una necesidad insatisfecha. Puede ser la necesidad de ser escuchado, de ser respetado, de ser valorado, de estar seguro, de ser amado, de ser reconocido, etc. Satisfacer una necesidad es muy importante porque marca la forma en que el individuo se atiende a sí mismo, se respeta y se valora a sí mismo. Además, cuanto más vital

es la necesidad insatisfecha, más fuerte es el sentimiento de malestar y más se expresa físicamente. Es importante saber descifrarlo, porque mientras no consigamos descubrir y satisfacer la necesidad desesperada, la emoción volverá.

Las necesidades no son nuestros únicos disparadores emocionales. De hecho, nuestras necesidades están directamente alineadas con si nuestros valores son respetados o no, si podemos disfrutar de nuestros placeres o no, y si nuestras creencias se realizan o no. Todos estos también están relacionados con nuestra autoestima. Por ejemplo, si se viola mi valor de 'respeto', expresaré la necesidad 'Necesito sentirme respetado'. Del mismo modo, cuanto más baja es nuestra autoestima, con más fuerza sentimos las llamadas emociones negativas: 'Me considero inútil, me siento triste, necesito que me aseguren que tengo valor, que soy amable y amado'.

La falta de satisfacción de una necesidad provocará una emoción que consume energía como la ira, la tristeza, el miedo, el asco. Comprender nuestras emociones y buscar nutrir y satisfacer nuestras necesidades es fundamental para nuestro bienestar, nuestra realización y nuestra autoestima.

Necesidades básicas versus necesidades de la persona mayor: ejemplos de conciliación de estas necesidades en prácticas de apoyo

NECESIDADES PRIMARIAS	
Estar limpio	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los hábitos y rituales habituales relacionados con la higiene. - Respetar el interés por la presentación personal: peinado, uñas, maquillaje, perfumes, crema hidratante.
Estar bien vestido	<ul style="list-style-type: none"> - Haga que la persona elija su ropa en lugar de imponerle su elección. - Asegúrese de que su ropa esté limpia.
Para comer, beber, dormir	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurarse de que la alimentación proporcionada sea adecuada a las necesidades o dificultades específicas de la persona, asegurarse de que tenga hidratación y sueño. - Identificar hábitos y rituales de estilo de vida. - Respetar sus gustos y preferencias alimentarias. - Adaptarse lo más posible al ritmo de la persona.
Para sentirse seguro	<ul style="list-style-type: none"> - Minimice los obstáculos en el entorno, al moverse, tranquilice a la persona sobre otras personas mayores. - Utilice la comunicación empática.
NECESIDADES INTELECTUALES	
Tener y conocer la propia posición dentro de la propia historia y dentro del mundo.	<ul style="list-style-type: none"> - Infórmese sobre el camino de la persona a través de la vida. - Comunicar sobre su historia pasada y presente. - Infórmeles sobre eventos dentro del establecimiento y también fuera.
Para desarrollar áreas de interés.	<ul style="list-style-type: none"> - Infórmese sobre sus diversas áreas de interés e incorpórelas a la relación cuidador/receptor de cuidados. - Desarrollar las relaciones y la vida local. - Introducir nuevas áreas de interés a través de la facilitación y la conversación.
NECESIDADES PSICOLOGICAS	
Respeto de la privacidad	<ul style="list-style-type: none"> - Respetar su modestia, su espacio personal y su entorno.
Reconocimiento de uno mismo y de la propia identidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar la inversión profesional reconociendo la singularidad de cada persona.
NECESIDADES RELACIONALES	
Para restablecer la comunicación verbal.	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender y aceptar las diferencias entre individuos y entre generaciones. - Desarrollar todos los modos de comunicación.
Para construir nuevas relaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar los encuentros con otras personas mayores. - Presentar a todos los involucrados con la persona.
NECESIDADES EMOCIONALES	
Para mantener vínculos con familiares y amigos.	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar una relación de confianza con sus seres queridos. - Integrar a los miembros de la familia en la relación de cuidado.
NECESIDADES EXISTENCIALES	
Para reducir el sufrimiento físico y la angustia emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Tener en cuenta las quejas de la persona. - Trabajar para controlar el dolor y el malestar. - Transmitir información sobre cualquier cambio de actitud. - Desarrollar todos los modos de comunicación.

B. Identificación y seguimiento de necesidades y expectativas reales

Análisis de necesidades y expectativas reales según el método Valorisation-ESMS® de Paul VEROT

Paul VEROT, formador y consultor, ex director de un establecimiento para personas mayores y discapacitadas en Francia desarrolló y probó un método llamado Valorización-ESMS® con el objetivo de mejorar el análisis de las necesidades y expectativas de las personas mayores para brindarles las y respuestas satisfactorias.

Se basa en varias herramientas, incluida la Brújula, que permite a los profesionales estructurar sus cuestionamientos al apoyar a la persona mayor, centrándose en sus necesidades reales y aspiraciones.

La brújula consta de los siguientes puntos cardinales:

- **Punto cardinal 1: Lista de aspiraciones y necesidades de la persona mayor**

Esta lista se elabora analizando las necesidades reales de la persona mayor (explícitas o implícitas, expresadas o no), sus deseos y deseos, teniendo en cuenta sus capacidades y habilidades: luego tratamos de identificar la necesidad real de la persona con respecto a su diferencia, su singularidad y el contexto situacional.

- **Punto cardinal 2: Verificación y priorización de las aspiraciones y necesidades de la persona mayor**

Este paso conduce a una necesaria investigación de la buena comprensión de las necesidades y aspiraciones de la persona mayor por parte de los profesionales, y de la evaluación de sus capacidades y habilidades.

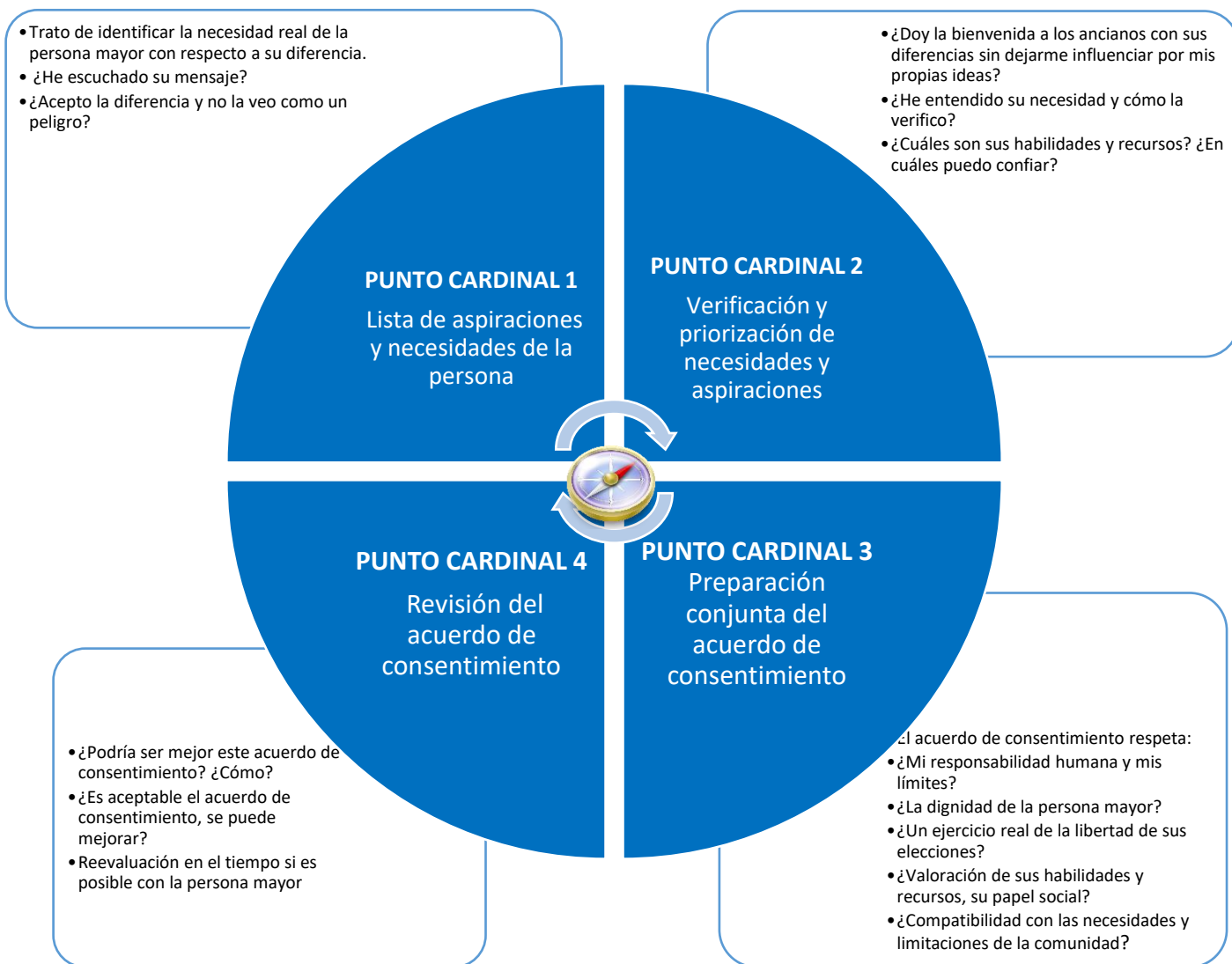
Estos dos primeros puntos cardinales conducen al reconocimiento de la persona ya la objetivación de sus opiniones y elecciones.

- **Punto cardinal 3: Elaboración conjunta del acuerdo de consentimiento**

El objetivo es dar una respuesta satisfactoria a las necesidades reales de la persona mayor que sea compatible con las necesidades y condicionantes de la comunidad. Se fundamenta en el reconocimiento de la persona mayor como persona de pleno derecho y de la responsabilidad humana del profesional a partir de los principios de dignidad de la persona mayor, valoración de sus capacidades y respeto de sus derechos.

- **Punto cardinal 4: Revisión del acuerdo de consentimiento**

Esto implica reajustar las respuestas proporcionadas a las necesidades de la persona mayor de acuerdo con el contexto situacional, apoyándose en preguntas adicionales resultantes de la observación de los profesionales, solicitudes de la persona o su familia, documentos como la historia de vida y colección de deseos.



La brújula. Fuente: Formaciones PVF

Caso de estudio

Análisis de una necesidad con la herramienta brújula para un residente agresivo y violento

Fatoumata, una cuidadora, informa que en la mañana descubrió al Sr. A., quien tiene una discapacidad visual, en una habitación sucia: el Sr. A. se había quitado la protección, orinó y defecó en el piso; él mismo estaba sucio. En estas circunstancias mostró reacciones muy violentas hacia este profesional que le sugiere ir al baño. Él la insultó, diciendo que a él no le gustaba que lo lavaran, que ella tenía la culpa de que él estuviera sucio porque el incompetente personal no venía a verlo con la frecuencia suficiente, ni lo suficientemente rápido como para acompañarlo al baño. En esta situación, el Sr. A. hizo comentarios racistas sobre Fatoumata en particular. Frente al Sr. A., estae cuidadora se preguntaba qué actitud adoptar, ya que las explicaciones y los intentos de razonar con el Sr. A. solo aumentaban su agresividad. Por otro lado, Fatoumata sintió que no tenía que aguantar al Sr.

Análisis de las respectivas necesidades y expectativas con la herramienta brújula

TEMA 1 / Análisis de necesidades y expectativas	
Necesidades físicas	Fatoumata nos explicó que el Sr. A. necesitaba: <ul style="list-style-type: none"> - estar limpio; - seguridad, porque este residente con discapacidad visual corría el riesgo de caerse al piso sucio.
Necesidades psicológicas	El Sr. A. explicó que necesitaba que lo acompañaran al baño y acusó al personal de no responder con la suficiente rapidez a sus llamadas; dijo que el personal era incompetente. Fatoumata piensa que para el Sr. A., presentarse como víctima de la incompetencia del personal le permitió legitimar su actitud y mantener el control de la situación. El Sr. A. negaba el hecho de haber ensuciado su habitación; Fatoumata cree que esta negación puede deberse a un sentimiento de vergüenza que el Sr. A. pueda sentir por la situación.
Necesidades expresadas/ no expresadas	Fatoumata indica que no profundizó en su análisis de este punto durante su encuentro presencial.
TEMA 2 / Comprensión/verificación de necesidades	
Más allá de las necesidades de higiene y seguridad, Fatoumata consideró que fueron las necesidades psicológicas las más notorias: relata que, en su opinión, fue la forma en que el profesional le explicó al señor A. que su habitación y él mismo estaban sucios que desencadenó la violencia.	
Representaciones personales del profesional	Fatoumata se abstuvo de hacer cualquier juicio de valor o responder a los insultos del Sr. A.
Objetivación de las elecciones de la persona.	Fatoumata afirmó que no abordó este punto durante el incidente porque para ella era obvio que el deseo del Sr. A. era estar limpio.
¿Qué destrezas y habilidades podría utilizar el Sr. A. para ayudarlo a aceptar el baño?	Fatoumata indicó que no había abordado este punto.

**ADOPTAR LA POSICIÓN ADECUADA EN LA RELACIÓN DE APOYO
CON UNA PERSONA MAYOR PARA PREVENIR LA VIOLENCIA**



ADQUIRIR LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL APOYO CUIDADO A LAS PERSONAS MAYORES VULNERABLES CON AUTONOMÍA REDUCIDA

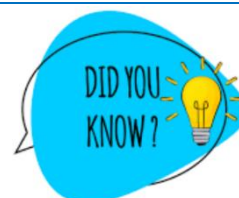
1. LOS PRINCIPIOS QUE SOSTIENEN LA RELACIÓN DE APOYO BASADA EN UN ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA

A. La relación de ayuda y apoyo: una relación basada en comunicaciones e influencias recíprocas

La relación de ayuda: una definición

La relación de ayuda se define como el apoyo psicológico, proporcionado profesionalmente o no, en la mayoría de los casos en forma de conversaciones uno a uno, para personas en condiciones de angustia mental o que necesitan apoyo.

Según Carl ROGERS, la relación de ayuda es 'una relación en la que al menos una de las partes tiene la intención de promover el crecimiento, desarrollo, madurez, mejora del afrontamiento de la vida de la otra (individual o grupal)'.



En un entorno de cuidados, la relación de ayuda se define generalmente como 'la capacidad potencial de un cuidador para inducir a cualquier persona en dificultad a movilizar sus propios recursos para hacer frente mejor a una situación: esto es cuidado relacional'. Requiere un compromiso recíproco. Se basa en la confianza y la empatía. Es una relación con fines terapéuticos, con el objetivo de brindar ayuda a un paciente, a corto plazo o por un período prolongado.

El propósito de la relación de ayuda es traer lo siguiente a las personas que están siendo ayudadas:

- un sentimiento de ser acogido y comprendido;
- percepción más clara de sus propias situaciones e identificación de sus propias necesidades;
- el reconocimiento del significado que le atribuyen a sus experiencias cognitivas y afectivas, que alteran su vida y provocan que algunas necesidades no sean satisfechas;
- reconocimiento de sus capacidades y deficiencias y descubrimiento de recursos internos o externos;
- capacidad de iniciar cambios o de adaptarse a la situación.

Relación de ayuda y apoyo

Apoyar a las personas mayores significa cuidarlas. Implica conocerlos mejor para adaptar la atención y los servicios prestados a sus necesidades individuales y, por lo tanto, implementar un enfoque coherente para trabajar con ellos.

No se trata necesariamente de pasar más tiempo con la persona, sino de aprovechar mejor el tiempo dedicado y compartir más eficazmente la información recopilada sobre la persona, entre profesionales.

Esta definición va más allá de la visión de la salud para conciliar curar con cuidar. Estas dos palabras comparten la misma raíz original, pero han llegado a representar dos conceptos diferentes. La primera palabra se refiere al concepto de una acción técnica, mientras que la segunda implica que el profesional está prestando atención a la persona mayor y viendo valor en su interacción, en las pequeñas cosas de la vida cotidiana. De hecho, ahora existe una expectativa general de que cualquier profesional que trabaje en el sector de la salud y la atención social irá más allá de la visión del tratamiento o los procedimientos de atención puramente técnicos.

'Apoyar a alguien significa caminar con él, dejando la dirección y el paso a elección de la persona que se apoya'. Abad DAGENAI

Este enfoque no se preocupa por compensar las deficiencias de la persona, sino por:

- **recurrir** a sus propios recursos;
- adoptar una actitud empática en lugar de representar a la persona;
- centrarse en lo positivo y creer en las propias capacidades;
- resaltar la independencia e iniciativa de la persona;
- iniciando – guiando – apoyando.

Ética del apoyo o ética del cuidado

Esto lo podemos asociar con la ética del Cuidado (Carol GILLIGAN).

El objetivo de la ética de los cuidado es brindar apoyo de acuerdo con los siguientes principios: atención a los demás, cuidado, responsabilidad, consideración, asistencia mutua, atención a las necesidades, relaciones y circunstancias específicas, trabajo y atención a la vulnerabilidad y dependencia de las personas. Así, por ejemplo, cuando se trabaja con una persona mayor que padece la enfermedad de Alzheimer, o cualquier otro trastorno psicológico o cognitivo que afecte la conciencia de uno mismo y del mundo, al continuar percibiendo y considerándolo como persona cuando se dirige a él. , estás permitiendo la afirmación de quiénes son como personas y al mismo tiempo preservas su dignidad en tu percepción de ellos. Por lo tanto, son las relaciones que se establecen entre las personas las que les aportan esa sensación de ser personas ellos mismos, además de que hacen surgir ese mismo sentimiento en los demás.

Dentro de una relación de ayuda, es importante distinguir entre los siguientes principios:

Caring about: atención a las necesidades
Cuidando: responsabilidad
Cuidado: habilidad
Recibir atención: capacidad de respuesta

El apoyo con una perspectiva ética permite al profesional:

- analizar sus prácticas profesionales;
- dar sentido a sus acciones;
- encontrar un mejor enfoque en la persona mayor como una persona completa por derecho propio;
- ajustar su visión de la persona y sus acciones y comportamientos hacia la persona.

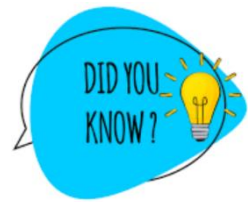
El profesional debe guiarse por la ética en el día a día de sus actuaciones y comportamientos:

Reflexión	⇒Cuestionar las propias prácticas profesionales ante un dilema
Posicionamiento	⇒Actitudes del profesional en relación al problema
Decisión	⇒Búsqueda de buenas prácticas: la solución más "justa" y respetable

B. El enfoque centrado en la persona propuesto por Carl ROGERS

El principio del enfoque.

Según Carl ROGERS, psicólogo estadounidense, fundador del enfoque centrado en la persona: 'el individuo tiene dentro de sí mismo vastos recursos para comprenderse a sí mismo, para modificar su concepto de sí mismo, sus actitudes básicas y su comportamiento autodirigido; estos recursos sólo pueden aprovecharse si se puede proporcionar un clima definible de actitudes psicológicas facilitadoras'.



Se trata de una relación interpersonal con el fin de promover el crecimiento, la madurez y una mayor capacidad para afrontar la vida movilizando los propios recursos.

Las 5 actitudes facilitadoras en el corazón del enfoque centrado en la persona

Estas actitudes facilitadoras en el corazón del enfoque centrado en la persona se basan en varios componentes esenciales:

Congruencia: concierne a los cuidadores profesionales y lo que aportan a la relación de ayuda. Necesita saber permanecer genuino, auténtico y fiel a sí mismo, frente a la persona atendida, con expresión abierta, en sus actitudes, de los sentimientos que lo motivan, sin esconderse detrás de una máscara.

Empatía: requiere ponerse en el lugar de la persona, comprender su vida y sentir sus emociones, sin identificarse con su experiencia. Esta actitud proporciona comodidad.

Aceptación positiva incondicional: esto significa aceptar a la otra persona tal como es, como ser humano con todas sus facetas (cualidades, defectos, recursos, límites, etc.). Esto requiere construir una atmósfera de aceptación, respeto y confianza, con una actitud positiva y sin prejuicios. La persona cuidada es vista como un individuo único y libre, capaz de tomar sus propias decisiones, aunque en ocasiones necesite ayuda para ese proceso.

Presencia: la relación es ante todo una presencia para el otro, 'estar ahí' y disponible. Este concepto se puede definir como la capacidad de estar allí físicamente y la capacidad de estar con la persona psicológicamente. Representa una combinación de la fuerza que generará confianza con la tranquilidad y la dulzura necesarias para un enfoque compasivo y humano.

Escucha atenta: debe ser comprensivo y no directivo. No se trata de dar consejos, expresar ideas propias o hacer interpretaciones, sino que se trata de crear condiciones para que la persona sea capaz de resolver su propio problema y encontrar sus propias soluciones. La escucha es activa: el profesional muestra su nivel de atención, para ayudar y favorecer el desarrollo de la persona. Requiere implicación personal. Esta escucha activa incluye la técnica de la reformulación, es decir, resumir la historia de la persona, así como el silencio en ocasiones.

2. CONSIDERACIÓN DEL MAYOR COMO ADULTO RESPONSABLE Y CIVIL

A. La persona mayor, una persona que tiene derechos, libertades y expectativas

Marco normativo

La protección de los derechos fundamentales de las personas mayores se basa en un conjunto de textos internacionales y europeos (ratificados por Francia) destinados a proteger a todos los seres humanos y, en particular, a los más vulnerables entre ellos.

A nivel europeo, las personas mayores pueden acogerse al Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (CEDH), que consagra, en particular, el derecho de todas las personas al respeto de su vida privada y familiar, prohibición de toda discriminación y el respeto a la propiedad.

La Carta Social Europea revisada también afirma el derecho a la protección de la salud y el derecho de las personas mayores a la protección social, incluida, para quienes viven en instituciones, la garantía de una asistencia adecuada con respecto a la privacidad y la participación en la determinación de las condiciones de vida en la institución. Estos derechos deben ejercerse sin discriminación.

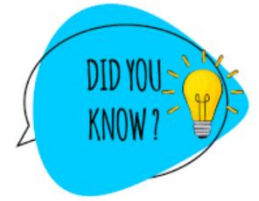
En el derecho francés, la Ley 2002-2, de 2 de enero de 2002, de reestructuración de las acciones de asistencia sanitaria y social, establece principios fundamentales. Reafirma la importancia que se otorga a los propios usuarios y pretende promover la independencia, la protección de las personas y el ejercicio de sus derechos ciudadanos.

En particular, el artículo 7, codificado en el artículo L 311-3 del Código de Acción Social y de la Familia, establece que “se garantiza el ejercicio de los derechos y libertades individuales a todas las personas acogidas en instituciones sanitarias y de asistencia social”.

Así se especifica que la persona tiene derecho a:

- ser tratados con respeto a su dignidad, integridad, privacidad, intimidad y seguridad;
- ir y venir libremente;
- libre elección entre los servicios apropiados que se les ofrecen, particularmente en el contexto de la admisión a una institución especializada;
- atención y apoyo personalizado de buena calidad, con respeto al consentimiento informado de la persona;
- confidencialidad de la información relativa a la persona;
- acceso a información sobre su atención;
- información sobre sus derechos fundamentales y las protecciones legales y contractuales disponibles para ellos, y sobre los medios de reparación disponibles para ellos;
- participación directa en el plan de admisión y apoyo.

Ejercicio de estos derechos en la práctica



Para garantizar el ejercicio efectivo de estos derechos y, en particular, para prevenir cualquier riesgo de abuso, el legislador ha puesto en marcha varias herramientas, Destinado a:

- informar a la persona de sus derechos (folleto de acogida, reglamento de funcionamiento, carta de derechos y libertades de la persona admitida para acogimiento, contrato de residencia, plan de la institución);
- contribuir al funcionamiento de la institución (Conseil de Vie Social - Consejo de Vida Social);
- ayudar a la persona ingresada para la atención a defender sus propios derechos (recurso a persona calificada);
- fortalecer los controles e inspecciones para garantizar una buena atención;
- asistir a los profesionales en su práctica utilizando recomendaciones de buena práctica profesional;
- evaluar las actividades y servicios prestados por las instituciones de salud y asistencia social.

El sistema utilizado para la evaluación, con objetivos definidos en la ley, deberá tener en cuenta, en particular, lo siguiente:

- la personalización del apoyo mediante la evaluación continua de las necesidades y expectativas de las personas apoyadas; los métodos utilizados para desarrollar y actualizar el plan personalizado; la recopilación y circulación de información en torno al plan personalizado;
- la garantía de los derechos y la participación de los usuarios a través de la implementación efectiva de los derechos en la operación diaria; el proceso implementado para tomar en cuenta la expresión colectiva; la organización práctica para la integración de amigos y familiares y representantes legales.

Herramientas relacionadas

- *La Carta de Derechos y Libertades*

Cada organización sanitaria y social debe emitir una Carta de Derechos y Libertades con el fin de intentar garantizar que la persona atendida pueda ejercer sus derechos y libertades, mediante la afirmación de una serie de derechos y principios fundamentales.

Los derechos recogidos en la Carta pretenden constituir referencias de buen trato en la atención al usuario porque están ahí para evitar cualquier abuso.

Respetar la carta significa tratar bien al usuario situándolo en el centro del sistema de atención, teniendo en cuenta sus necesidades e individualidad, y procurando mantener o desarrollar su independencia, relaciones familiares e integración social.

Los principios de la Carta son los siguientes:

- Artículo 1:** Principio de no discriminación (por origen étnico o social, opiniones políticas o religiosas, discapacidad, edad, orientación sexual, etc.).
- Artículo 2:** Derecho a una atención o apoyo adecuado (y personalizado).
- Artículo 3:** Derecho a la información (sobre la atención solicitada, la organización y funcionamiento de la institución, la forma de atención, las asociaciones de usuarios que trabajen en el mismo ámbito, etc.).
- Artículo 4:** Principio de libertad de elección, consentimiento informado y participación de la persona.
- Artículo 5:** Derecho a renunciar (o solicitar un cambio en) los servicios prestados.
- Artículo 6:** Derecho al respeto de las relaciones familiares (con el objetivo de fomentar el mantenimiento de las relaciones familiares y evitar la separación de las familias).
- Artículo 7:** Derecho a la protección (respeto a la confidencialidad de la información, derecho a la seguridad incluyendo la atención de la salud y la seguridad alimentaria, derecho a la atención, derecho a un seguimiento médico adecuado).
- Artículo 8:** Derecho a la independencia (sujeto a decisión judicial), derecho a la libre circulación, fomento de visitas dentro y fuera de la institución, así como la posibilidad de conservar los efectos personales y disponer de los propios bienes e ingresos.
- Artículo 9:** Principio de prevención y apoyo (existen posibles consecuencias emocionales y sociales del cuidado, se debe facilitar el papel de las familias o seres queridos, se debe brindar el apoyo adecuado a los momentos al final de la vida con respeto a las prácticas religiosas o creencias de ambos la persona y sus seres queridos).
- Artículo 10:** Derecho a ejercer los derechos civiles atribuidos a la persona ingresada para su acogimiento.
- Artículo 11:** Derecho a la práctica religiosa (y respeto mutuo por las creencias, creencias y opiniones). Este derecho se ejerce siempre que ello no suponga una perturbación del normal funcionamiento de las entidades.
- Artículo 12:** Respeto a la dignidad e intimidad de la persona.

- *Folleto de bienvenida*

El folleto de bienvenida es una auténtica herramienta de información y comunicación para las personas mayores. Es un breve documento de presentación de la institución, entregado a la persona en el momento de su ingreso para facilitar su integración y fomentar elecciones informadas sobre el uso de los servicios.

- *Contrato de residencia y Documento Individual de Cuidados*

El contrato de residencia -o Documento Individual de Atención (DIPC)- formaliza la relación entre el usuario y la institución o servicio sanitario o sociosanitario. Define los objetivos y la naturaleza de la atención o apoyo de acuerdo con los principios éticos, las recomendaciones de buena práctica profesional y la institución o plan de servicios.

- *Persona calificada*

La persona habilitada es una persona física, designada conjuntamente por el representante del Estado, la Agencia Regional de Salud y el presidente del Consejo Departamental, para apoyar a cualquier persona en el cuidado de una institución y servicio de salud o asistencia social, en defensa de sus derechos. .

- *Reglamento de funcionamiento*

Este reglamento define los derechos de la persona internada para el cuidado y las obligaciones y deberes necesarios para respetar las reglas de la vida colectiva dentro de la institución.

- *Conseil de Vie Sociale (Consejo de Vida Social)*

Es un órgano elegido por los residentes y familiares de una institución de salud y asistencia social para reforzar los derechos de los residentes. Promueve la expresión y participación de los residentes y sus familias en la vida de la institución.

- *Institución o plan de servicio.*

Este plan define los objetivos de la institución o servicio, particularmente en términos de coordinación, cooperación y evaluación de actividades y calidad de los servicios, así como sus procedimientos organizativos y operativos. Este plan se prepara por un período máximo de cinco años previa consulta con la CVS o, en su caso, posterior a la implementación de otra forma de participación. Formaliza la identidad, los valores, la organización, los objetivos y las perspectivas de futuro de la institución o servicio. Es una herramienta de información para los usuarios, y para los organismos de supervisión y financiación y los socios.

B. Centrarse en la dignidad de la persona mayor

La dignidad de la persona humana es el principio de que una persona nunca debe ser tratada como un objeto o un medio para un fin, sino como una entidad intrínseca. La persona merece respeto incondicional, independientemente de su edad, género, salud física o mental, posición social, religión u origen étnico.

El derecho a la dignidad es ahora un derecho fundamental, con un conjunto de principios deontológicos que conjugan las exigencias profesionales con el respeto a la persona mayor como ser humano. Está incluido en el artículo L. 1110-2 del Código de Salud Pública francés (CSP). Esto abarca tanto el reconocimiento de la propia dignidad como el reconocimiento mutuo de la dignidad de los demás. La dignidad que siente una persona mayor depende de cómo se ve a sí misma, especialmente si se siente amenazada, pero también de cómo es vista por los demás.

De ahí el papel fundamental que juegan los profesionales con respecto a la persona mayor que es a la vez un ser humano más y también una persona vulnerable con pérdida de independencia. Estos últimos no siempre tendrán los medios para asegurarse de ser tratados con respeto y sentirse dignos, como una persona plenamente competente en relación con los profesionales y también con sus seres queridos.

Así, los profesionales de la salud deben 'realizar su trabajo con respeto a la persona, a la vida humana y a la dignidad' (Código Francés de Ética Médica).

Dignidad significa conciliar la intimidad, la confidencialidad y el respeto a la persona mayor en las acciones de la vida cotidiana.

C. Foco en los derechos cívicos de la persona mayor

La persona mayor es un **ciudadano** por derecho propio, con su propia historia, que necesita ser reconocida en términos sociales y societarios.

Independientemente de su edad, discapacidad o estado de salud, entorno de vida o nivel de vida, toda persona debe tener lo siguiente:

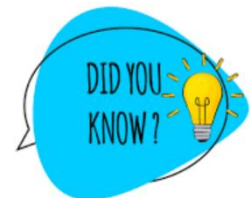
- la capacidad de expresar sus derechos cívicos;
- los beneficios de los derechos oficialmente compartidos y reconocidos;
- la capacidad de expresar sus elecciones en cada momento de su vida;
- reconocimiento en su participación en la vida social;
- el derecho a ser escuchados ya participar en la toma de decisiones sobre todos los asuntos que les conciernen.

3. ADAPTACIÓN DEL APOYO PARA BRINDAR RESPUESTAS APROPIADAS A LAS CAPACIDADES, NECESIDADES Y EXPECTATIVAS INDIVIDUALES DE LA PERSONA MAYOR

A. Conocimiento de la persona mayor para identificar y atender mejor sus necesidades

Recopilación de datos

La recogida de datos se concreta en la búsqueda, recogida y cotejamiento de información de la persona mayor o de sus familiares y amigos con el fin de saber más sobre ellos, fomentar su independencia y adecuar el apoyo propuesto. Esto favorecerá el bienestar de la persona mayor que se sentirá escuchada y comprendida y evitará frustraciones o comportamientos inadecuados.



Este es un elemento fundamental para contribuir al proceso de definición, implementación y ajuste del programa personalizado de la persona. La periodicidad de la evaluación de necesidades deberá adaptarse en función de la evolución del estado de salud de la persona mayor o de cualquier otro acontecimiento.

El objetivo es:

- ofrecer un apoyo personalizado que responda a las necesidades, expectativas y hábitos de vida de la persona;
- ayudar a mantener su independencia de acuerdo con sus capacidades mediante la movilización de sus propios recursos y habilidades retenidas conservadas, residuales?;
- mantener su vida social y definir actividades apropiadas;
- para ajustar su plan personalizado continuamente.

Por lo tanto, la recopilación de datos incluirá la siguiente información sobre la persona:

- su historia de vida/biografía;
- La personalidad de ellos; Su personalidad
- su entorno social, familiar y profesional;
- sus hábitos, ritmo de vida;
- sus intereses y preferencias pasadas y presentes;
- estado de salud e historial médico;
- sus necesidades y expectativas;
- su satisfacción con los servicios ofrecidos;
- sus creencias y prácticas religiosas, etc.

Hacer hablar a la persona mayor: fomentar el habla en el día a día

Es necesario que los profesionales incluyan tiempo para que las personas mayores se expresen en varios momentos de la vida cotidiana:

- durante los procedimientos de atención;
- en las comidas;
- durante actividades grupales con el facilitador de vida social;
- durante la mediación individualizada;

con sus seres queridos; etc.

La clave es hacerlo a intervalos regulares, para que la persona mayor los identifique como posibles momentos de expresión.

Estos diversos momentos deben coordinarse de manera que faciliten la expresión de cada persona:

- algunas personas no se atreverán a expresarse en un grupo, por lo que se deben fomentar las conversaciones uno a uno en un entorno apropiado;
- algunos estarán más estimulados por las discusiones con otras personas (familiares o amigos, otros residentes, etc.), por lo que será necesario un acercamiento cuidadoso para interrogarlos si no se expresan o dejarles pasar la palabra a otros si el intercambio es demasiado centrado en la expresión de algunas personas.

Los profesionales deberán resumir lo que extraen de su interacción con la persona mayor antes de continuar (parafraseando en el momento de la entrega). Esto permite comprobar que hay acuerdo sobre lo que se acaba de decir y, en ocasiones, aclararlo o matizarlo.

Las reuniones de equipo deben permitir a los profesionales:

- traer a colación lo dicho por las personas mayores;
- identificar detalles específicos, puntos comunes, elementos recurrentes;
- asegurarse de que los servicios prestados sean personalizados y coherentes;
- encontrar las respuestas para proporcionar.

Esto produce una implementación más concreta del enfoque de calidad en el día a día.

El tiempo de expresión disponible en el día a día debe ser también un tiempo de retroalimentación a las personas mayores sobre discusiones previas: soluciones encontradas, limitaciones de la institución, etc.

B. Consideración del plan personalizado, una herramienta para lograr que las personas mayores tengan agencia en su propio apoyo individualizado

Principio

El plan personalizado es un enfoque dinámico para el apoyo a la persona mayor, basado en un compromiso entre sus necesidades y expectativas, las expectativas de sus familiares y amigos, la viabilidad para los profesionales y el plan de la institución.

Por lo tanto, el plan personalizado debe:

- hacer todo lo posible para facilitar la expresión de las necesidades y expectativas de la persona mayor;
- ser trabajado conjuntamente con la persona, en la medida de lo posible, con la ayuda de su representante legal cuando sea necesario;
- respetar el consentimiento informado de la persona, que debe solicitarse sistemáticamente cuando la persona pueda expresar sus deseos y participar en la decisión; en su defecto, deberá obtenerse el consentimiento de su representante legal.

Esta participación en el propio plan es un derecho de la persona mayor, no una obligación; por otro lado, es obligación de los profesionales invitar a las personas mayores a participar en las diversas decisiones que le conciernen.

En la mayoría de las situaciones, las personas atendidas se encuentran en una situación de vulnerabilidad cuando se encuentran con un grupo de profesionales. Estos últimos, por tanto, deben estar atentos a sus necesidades para buscar, fomentar y apoyar esta participación para que sea efectiva.

Cada persona apoyada tiene unas expectativas y necesidades únicas que el profesional intentará integrar en el plan personalizado. Se produce por una colaboración dinámica entre la persona mayor (y/o su representante legal) y los profesionales.

El plan personalizado ofrece una forma de establecer claramente los términos de la negociación en apoyo entre el respeto a la libertad de elección de la persona mayor y el deber de la institución de protegerla.

La implementación de respuestas personalizadas a las necesidades individuales.

Para evitar los riesgos de despersonalización y estandarización que pueden generar las lógicas organizativas y funcionales, la Ley de 2 de enero de 2002 hace hincapié en el principio de personalización.

Para ilustrar este punto, podemos relatar la situación de una residente que explicó su rutina de higiene a una nueva cuidadora, y luego esta le dijo que, como profesional, esto era algo que ella sabía hacer y no necesitaba que le dijeran cómo hacerlo. él. El residente respondió: 'Qué bueno que sepas lavar, pero te voy a decir cómo lavarme'.

Este principio de personalización se expresará, como hemos visto, mediante el plan personalizado y el ejercicio de los derechos y libertades individuales de la persona, y más particularmente el respeto a su intimidad y vida privada.

En las instituciones, esta conciliación entre la vida colectiva y la individualización se centra en tres ejes (Fuente: Recomendaciones HAS 'Conciliación de la vida colectiva y personalización de los cuidados y apoyos'):

- **Intimidad, privacidad y personalización**
 - **El individuo en la vida colectiva**
 - **El contexto de vida colectiva en su entorno.**
- *Intimidad, privacidad y personalización*
Se recomienda lo siguiente:
 - personalizar el apoyo a la persona mayor trabajando con ella en la elaboración de procedimientos de intervención y atención, explicándole la cartilla de acogida, que debe ser sencilla, accesible y acogedora, y presentándole al profesional que le acompañará en las primeras etapas;
 - respetando el espacio personal, facilitando el sentido de propiedad de la persona sobre su habitación, confirmando la privacidad que ofrece, disponiéndola y garantizando la confidencialidad de la correspondencia;
 - respetando la vida cotidiana, con la aplicación práctica del respeto a la intimidad en relación con los procedimientos de atención y las rutinas

de higiene, la protección de la privacidad y el respeto de la confidencialidad en relación con los demás residentes, facilitando las visitas y respetando su carácter privado, estableciendo una estructura organizativa y equipamiento para permitir la personalización de aspectos domésticos individuales.

▪ *El individuo en la vida colectiva de la institución*

Este segundo tema trata de la persona individual dentro de la vida colectiva, atendiendo a:

- cotidianidad colectiva – la disposición del espacio debe permitir distinguir e identificar diferentes áreas para contribuir a la forma en que los residentes viven juntos (mejor convivencia comunitaria); las horas de las comidas deben organizarse para permitir tanto las cenas en grupo como las comidas en privado; la organización de levantarse y acostarse, relacionada con las rutinas personales y los hábitos de vida, debe ser personalizada;
- actividades colectivas con contenido específico y objetivos de actividad grupal, con propuestas de tiempos de comunicación e interacción y actividades que permitan a los residentes involucrarse más en la organización de la vida colectiva;
- mediación en la vida colectiva por parte de los profesionales, observando la vida cotidiana sin ser intrusivos, personalizando su ropa, ayudando a las personas mayores a mantener su privacidad, siendo conscientes de cómo los profesionales se dirigen a ellos, apoyando a los residentes en los puntos de transición de su rutina diaria, asegurando la flexibilidad en momentos colectivos de convivencia, hablando y explicando eventos excepcionales para los residentes y gestionando las interrupciones en la vida colectiva.

▪ *El contexto de vida colectiva en su entorno.*

Finalmente, este último tema trata sobre el contexto de convivencia colectiva, considerando:

- organización general y trabajo en equipo: desarrollo de principios rectores para la organización y definición del esquema operativo, buscando diversificar los modos de intervención y/o inclusión en red, teniendo en cuenta el tamaño de la estructura para organizar las unidades de vivienda, aclaración y especificación de composición de grupos (similitud, diversidad), establecimiento de encuentros para que los profesionales discutan y reflexionen;
- desarrollo y comunicación de reglas para la vida colectiva: identificación de reglas para la vida colectiva, organización de tiempos para la interacción y discusión en torno a estas reglas e implementación práctica de derechos y libertades, declaración de reglas colectivas de una manera que fomente el empoderamiento de los residentes, apoyo para su apropiación de estas reglas.

C. Análisis diario de la demanda, expectativas, necesidades y habilidades de la persona mayor para ofrecerle un apoyo adecuado y de calidad.

Esto implica ofrecer un apoyo personalizado de acuerdo con las necesidades individuales de la persona mayor genuinamente identificadas. Cabe señalar que las necesidades de una persona cambiarán regularmente y que es importante reajustar su apoyo de acuerdo con sus nuevas necesidades.



Propuesta de acompañamiento personalizado de acuerdo a las respectivas necesidades y expectativas utilizando la herramienta brújula

el señor X. se negó a comer, quejándose de que su comida sabía mal; objetó que Julia, la cuidadora, mezclara su medicación con su comida. Esta práctica estaba en vigor en el centro anterior del Sr. X. y se continuó por el doble motivo de que este hábito de estilo de vida estaba incluido en el expediente de admisión y que el Sr. X. tenía dificultad para tragar cuando tomaba su medicación con un poco de agua. Nadie en el equipo había pensado en cuestionar si esta práctica le convenía a este residente... hasta el punto en que el residente se opuso repentina y agresivamente.

TEMA 1 / Análisis de necesidades y expectativas	
Identificación de aspiraciones o necesidades, deseos, expectativas, etc....	<p>Necesidades físicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comer adecuadamente. - Tomando su medicación. <p>Necesidades psicológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disfrutar tomando sus comidas. - Necesita expresar sus preferencias y ser tomado en cuenta.
Hacer que la persona mayor hable	<p>¿He considerado la individualidad única de la persona?</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Julia] 'Por un lado, consideré los riesgos de la posibilidad de que la comida cayera por el camino equivocado'. - [Julia] 'Se había continuado con la práctica de mezclar la medicación con la comida y nunca nadie había pedido la opinión del señor X.'
Valoración de lo que dice la persona mayor y de sus capacidades	<p>[Julia] 'No creo que un apoyo personalizado me lleve a decirle al señor X. que así ha sido durante años, que está anotado en su expediente y que tenemos que seguir haciéndolo así'.</p> <p>¿Qué habilidades y destrezas tiene el Sr. X. que podrían ser útiles aquí?</p>

	[Julia] 'La capacidad del Sr. X. para expresar claramente una elección o un deseo es un elemento nuevo: queda por desarrollar.'
TEMA 2 / Comprensión/verificación de las necesidades reales	
Entendimiento de sus necesidades	<p>¿Se ha entendido correctamente la necesidad real del Sr. X.? ¿Cómo puedo verificar esto?</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Julia] 'Conseguí que el señor X. hiciera una cata a ciegas del plato inicial y del plato con la medicación; la prueba se realizó varias veces y confirmó cada vez que indicó que el plato que contenía el medicamento estaba amargo y no era de su agrado.' - [Julia] 'Me guie escuchando las necesidades y los deseos del Sr. X. en lugar de las limitaciones organizativas o las prácticas actuales.'
Verificación objetiva de sus necesidades.	<p>¿He considerado la individualidad única de la persona?</p> <ul style="list-style-type: none"> - [Julia] 'Entiendo y escucho lo que dice el Sr. X. porque esta práctica claramente altera el sabor de los platos.' - [Julia] '¿El peso de mis representaciones personales influyó en mi actitud? No me dejé influenciar por las prácticas laborales actuales, ni por ideas preconcebidas sobre la situación.' <p>¿Ha hecho definitivamente la persona una elección objetiva?</p> <ul style="list-style-type: none"> - A pesar de su deficiencia en el habla, el Sr. X. sabe expresar su acuerdo u oposición (expresiones verbales y no verbales). - [Julia] 'El señor X. fue capaz de expresarme claramente sus deseos y preferencias; sin embargo, tuvo que rechazar la comida para ser (finalmente) escuchado.'
Apreciación del valor de las capacidades de la persona mayor	El Sr. X. obviamente tiene alguna habilidad para degustar; además, su oposición bastante abrupta a una práctica que había tenido lugar durante mucho tiempo podría representar un desarrollo y parece ofrecer una oportunidad a ser aprovechada para aumentar su poder de decisión y acción.
TEMA 3 / Colaboración en la respuesta personalizada	
<p>Respuesta de soporte personalizada propuesta por Julia y el equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mezclando el medicamento al comienzo de la comida con una pequeña cantidad de compota de frutas con un sabor lo suficientemente fuerte como para disimular el amargor... El Sr. X. estuvo de acuerdo y durante unos días, Julia probó este método con él, probando varias variedades de compota de frutas hasta que ella encontró uno que se adaptaba a él particularmente. 	

Ella propuso que:

- Este método de toma de medicamentos debe registrarse y debe ser aplicado por todos los profesionales para el Sr. X.

TEMA 4 / Reajuste de las prácticas de apoyo

¿Qué otras sugerencias se podrían considerar, en base a la situación analizada?

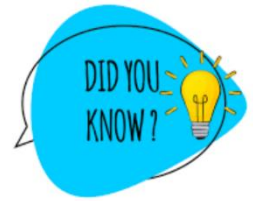
- Investigue otras situaciones en las que el estallido de energía demostrado por el Sr. X. podría utilizarse para imaginar otros logros que aumentarían su independencia (que se incluirán en su plan personalizado).
- Repensar los procedimientos actuales de dispensación de medicamentos en relación con esta práctica y aplicarla con el objetivo de brindar una buena atención al resto de residentes.
- A futuro, al desarrollar planes personalizados, revisar y verificar con mayor profundidad que las prácticas sean definitivamente adecuadas a los hábitos de vida tomados del expediente de admisión.

Fuente 'El método Valorisation-ESMS: Pensar y actuar de manera diferente en instituciones y servicios de salud y atención social' - Paul VEROT

4. ÉNFASIS EN EL VALOR DE LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA MAYOR EN LA VIDA COTIDIANA

A. Evaluación de sus habilidades.

La grilla AGGIR es la herramienta de referencia nacional francesa para evaluar el grado de dependencia de las personas mayores. La medición de la pérdida de independencia se utiliza para determinar el nivel de dependencia de la persona (referido como GIR para Groupe Iso Ressources - Iso Resource Group). Esto cubre las acciones básicas de la vida diaria con algunos otros elementos adicionales.



Hay seis GIR clasificados del 1 al 6:

- El nivel 1 o GIR 1 corresponde a una pérdida total de independencia;
- El nivel 6 o GIR 6, en cambio, corresponde a la independencia total.

A partir de observaciones y una serie de preguntas, el equipo sociosanitario completa la tabla AGGIR y determina el grupo GIR al que pertenece la persona mayor.

El responsable de la evaluación, el observador, asigna un identificador (A, B, C) en función de si la persona mayor:

- A: realiza la acción sola, correctamente, completamente, de la manera habitual;
- B: realiza la acción de manera parcial, incorrecta o no en la forma habitual;
- C: no hace la acción.

El observador evalúa así 10 criterios relacionados con la pérdida de independencia en términos físicos y psicológicos.

Solo estos 10 criterios, llamados 'variables discriminantes', se utilizan para determinar la GIR:

1. Consistencia: conversación o comportamiento que tiene sentido;
2. Orientación: capacidad para orientarse en el tiempo y el espacio;
3. Higiene: la capacidad de uno para lavarse a sí mismo;
4. Vestido: vestirse, desvestirse, presentación de sí mismo;
5. Alimento: comer alimentos preparados;
6. Eliminación: manejo de la higiene urinaria y fecal;
7. Transferencias: levantarse, acostarse, sentarse;
8. Movimiento en el interior: movilidad espontánea, incluso con un aparato;
9. movimiento al aire libre: circular desde la puerta de entrada sin medios de transporte;
10. Comunicación remota: utilizando medios de comunicación, teléfono, timbre, alarma.

También existen grillas y herramientas para observar habilidades sociales, funciones cognitivas, de memoria, etc., como el MMSE; AIVD; NPI-ES, etc.

Además de esta evaluación continua de las capacidades de la persona mayor en el día a día, al análisis de habilidades y potencialidades habría que añadir los siguientes elementos:

- recopilación de datos diarios;
- un proceso de hacer preguntas a la persona mayor y su familia y amigos;
- un proceso de observación activa y continua;

- comunicaciones escritas y orales de traspaso.

B. Potenciar el sentido de independencia y participación de la persona mayor

Independencia o mejora del sentido de valor de las habilidades retenidas conservadas

El apoyo debe estar enfocado a mantener la independencia de la persona. La independencia es la capacidad y el derecho de una persona para hacer sus propias elecciones y decisiones con respecto a la ley y la práctica común.

Es importante distinguir entre diferentes niveles de independencia:

- capacidad de reflexionar sobre la situación y tomar una decisión: capacidad de decisión;
- habilidad para implementar y ejecutar la propia decisión: capacidad ejecutiva.

Nunca debemos olvidar que cada persona es diferente y por lo tanto tiene un nivel diferente de independencia en las actividades de la vida cotidiana. Es importante observar bien para evitar el fracaso, insistiendo en lo posible en que la persona haga la acción por sí misma.

El sentido de independencia también se potenciará utilizando ayudas físicas y asistencia humana, y la planificación del entorno.

▪ *Independencia con ayudas físicas*

El equipo apropiado puede permitir que la persona mayor continúe haciendo las cosas por su cuenta. Este equipo compensará la reducción o pérdida de la capacidad y, por lo tanto, permitirá que la persona continúe haciendo las cosas por su cuenta. Diferentes tipos de equipos pueden facilitar muchas tareas o acciones cotidianas:

- ayuda para moverse, dentro y fuera: bastón, andador, silla de ruedas, rampa de acceso, etc.
- ayuda en la preparación y consumo de las comidas: cubiertos con mango grande antideslizante, tabla auxiliar de corte antideslizante con clavos, borde de plato elevado, vaso con muesca para nariz, etc.
- asistencia de medicamentos: pastillero, triturador de pastillas y cortador de tabletas, etc.
- asistencia de traslado: cama de hospital, silla elevadora, etc.
- auxiliares de higiene: asiento de inodoro elevado, asiento de baño, etc.
- ayudas para vestirse: ayudas para calcetines, agarrador de mango largo, ayuda para vestirse con sostén, etc.
- ayudas de comunicación: audífonos, teléfonos de botones grandes, etc.
- ayudas para la actividad: bolígrafo con peso, tarjetas gigantes, sujetalibros, lupa con luz, etc.

▪ *Independencia con ayuda humana*

La asistencia humana puede brindar apoyo en la vida cotidiana a la persona mayor que experimenta pérdida de independencia. La asistencia humana ayudará o compensará lo que la persona mayor ya no puede (o no quiere) hacer sola. Por lo tanto, la asistencia ayudará a animar y motivar a la persona en las actividades de la vida cotidiana.

La interacción aliviará la dificultad al compensar ciertas discapacidades. Se basa en mejorar la sensación de potencial retenido mediante el uso de los siguientes enfoques profesionales:

- OBSERVACIÓN.
- ORIENTACIÓN verbal y activa (por ejemplo, tomando la mano de la persona) según el tipo de discapacidad;

- SUGERENCIA, pero no imposición;
- ASISTENCIA/APOYO – no hacer las cosas en lugar de, sino hacer las cosas CON;
- PREVENCIÓN de fallas;
- EXPLICACIÓN de acciones;
- Tomando tiempo;
- PROVISIÓN de una respuesta graduada adecuada al nivel de independencia.

- *Independencia ayudada por el entorno*

El entorno jugará un papel crucial en la independencia de la persona mayor. El objetivo es implementar pautas simples y completas para facilitar la vida diaria de la persona mayor.

Algunos ejemplos:

- Señalización clara y sencilla para facilitar los movimientos, e identificación (pictogramas, código de colores, letra grande, etc.) según corresponda a las capacidades de la persona mayor;
- Uso de fotos para crear un ambiente familiar;
- Diseño arquitectónico para crear espacios seguros: rampas de acceso, barras de apoyo, iluminación adaptada, esquemas de contraste y color;
- Establecimiento de señales sensoriales: olores, sonidos, texturas...
- Instalación de objetos que facilitan la reorientación de personas desorientadas...

Valoración de la participación activa de la persona mayor

Los relatos de personas mayores, familiares y profesionales sobre los detalles prácticos de la participación activa en las acciones de la vida diaria:

La participación se da día a día, en la vida cotidiana. - un profesional

Adoptar una actitud positiva y apreciativa

'Apreciar las habilidades retenidas *conservadas*, no los fracasos'

"Hablamos sobre los platos que le encantaba hacer"

'Usar todas las habilidades retenidas *conservadas, residuales*, en lugar de mirar lo que falta' – profesionales

Dar tiempo a la persona para que haga las cosas por sí misma.

'Que aquellos que puedan lavarse y moverse lo hagan ellos mismos' -un profesional

Anime a la persona a expresarse con el uso de técnicas de comunicación como preguntas abiertas, reformulación

'Se siente bien porque te escuchan como una persona completamente activa. Es saber que la gente nos escucha lo que nos hace felices'- un residente

Ayudar a las personas a comprender: cómo funciona la institución, enfermedades, etc.

'Cuando no entendemos, no nos sentimos escuchados y entonces tendemos a exigir, a reclamar' – una familia

Respetar el propio ritmo de la persona.

'Hay que adaptarse al ritmo de la persona mayor, tener paciencia' – un profesional

Adoptar posiciones corporales y posturas para fomentar la interacción.

'Me senté a su lado en su cama' – un profesional

'Hay posturas que ayudan: la forma de sonreír, cómo eres con la persona, poniéndote al mismo nivel'- un profesional

Respetar las elecciones de la persona en la relación de ayuda

'Pongo lo que la persona quiere primero, eso es lo más importante' – un profesional

Conozca a la persona y véala en su totalidad.

"No solo sus problemas de salud, sino también ver cómo se siente, qué es importante para ella en la vida, su historia". - un profesional

'Tienes que animar a la persona a 'ser', no a 'hacer'. Haz espacio para la persona, considérala. Asegúrese de que ella sigue siendo una persona'- un profesional

Fuente: Promoción Santé Bretagne

C. Obtención del consentimiento o acuerdo de la persona mayor

Consentir

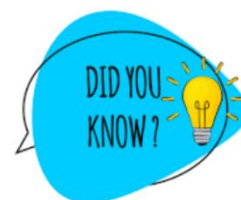
Definición

'El consentimiento es la acción de dar su consentimiento, a una acción, a un plan.'

Fuente Larousse

El consentimiento es un acuerdo de intención. Es un derecho basado en la información, pero también en la independencia de la persona, corolario del principio del respeto a la dignidad de la persona. Cuando la atención es brindada por cualquier profesional, este principio también asegura una relación de confianza.

Obligar a una persona a un cuidado que no ha elegido es una grave violación de su libertad individual, salvo en los casos expresamente previstos por la ley.



El consentimiento debe ser 'libre e informado'. Esto significa que no debe obtenerse bajo coacción. La persona también debe dar su consentimiento después de haber recibido previamente del profesional información clara, completa, comprensible y adecuada sobre su situación.

Acuerdo

Definición

'Acto por el cual alguien expresa su apoyo o su aprobación a una idea o proposición formulada por otra persona.'

Fuente Larousse

La adhesión es relativamente pasiva, pero, sin embargo, refleja la adhesión a una proposición que se explica y comprende. La persona no se opone a la decisión; lo aprueban.

Para una persona mayor y, además, que padece una enfermedad neurodegenerativa, puede ser difícil expresar sus deseos. Por ello, el concepto de asentimiento por ausencia de oposición permite salvar este obstáculo y comprobar que, si no hay pleno acuerdo, al menos hay falta de oposición. La diferencia entre esas condiciones es sutil pero muy real. Esto tiene el mérito de colocar a la persona mayor en el centro del proceso de toma de decisiones, sin dejar de tener en cuenta su fuerza de voluntad, que, sin embargo, sigue siendo capaz de tomar decisiones sin dar su pleno consentimiento.



En su opinión, ¿qué actitudes y comportamientos profesionales deberían favorecerse para obtener el consentimiento de una persona mayor o el asentimiento de una persona con trastornos cognitivos?

D. Aumentar el poder de la persona mayor para tomar decisiones y tomar decisiones

Centrarse en el concepto de empoderamiento

El concepto de empoderamiento corresponde a la idea básica de que los individuos tienen derecho a participar en las decisiones que les afectan. El empoderamiento también se basa en el principio de que las habilidades o capacidades requeridas para implementar el cambio objetivo de una intervención social están presentes en los individuos, o al menos que existe el potencial para adquirirlas.

Este término se refiere tanto a una capacidad de acción como a un proceso y busca apoyar a las personas para que puedan adquirir el poder que necesitan.

El término poder aquí se refiere a la habilidad que posee un individuo:

- elegir libremente;
- ser capaz de convertir una elección en una decisión práctica;
- actuar de acuerdo con su decisión, aceptando las consecuencias.

El proceso de empoderamiento individual es un proceso de desarrollo personal que se desarrolla en cuatro áreas diferentes: participación, habilidades, autoestima y conciencia crítica.

Estos cuatro componentes interactúan entre sí, cada uno de ellos fortaleciendo a los demás. De hecho, el proceso de adquisición de poder a nivel individual se desarrolla gradualmente.

En términos concretos, este concepto pretende obtener los siguientes beneficios:

- tener una buena imagen de sí mismo;
- tener un sentido de satisfacción personal, autoeficacia;
- tener un sentido de control interno;
- sentirse conectado;
- estar en un proceso de crecimiento o desarrollo;
- experimentando esperanza;
- tener un sentido de justicia social y una mejor calidad de vida.

Procedimiento de implementación

Este concepto no exige que ninguna persona, incluidas las personas con problemas de juicio, tenga que enfrentarse a elecciones que puedan ponerlas en peligro o a responsabilidades que no puedan asumir. Solo implica asumir el papel de 'ayudar a tomar decisiones' o 'enseñar a tomar decisiones', en lugar de 'tomar las decisiones por la persona', y también esforzarse por estimular y alentar las opciones y preferencias de estilo de vida, y luego saber cómo responder. a ellos

El profesional deberá velar por que se valore el empoderamiento de la persona mayor, mediante:

- favorecer el acceso y uso del espacio vital de la persona de acuerdo con sus elecciones y ritmo de vida, como cualquier otro ciudadano;
- valorando su experiencia, su conocimiento vivencial, en actos de apoyo y cuidado;
- animándolos a participar en las actividades de la vida diaria de acuerdo con sus

habilidades conservadas: higiene parcial y movimiento, ayuda con las comidas, participación en actividades, jardinería, bricolaje, etc.;

- valorando su expresión a pesar de su pérdida de independencia;
- permitiéndoles recibir servicios personalizados que respeten sus elecciones, expectativas y necesidades específicamente;
- permitirles decidir o rechazar los servicios que se les ofrecen;
- permitiéndoles dar instrucciones de fin de vida y testamentos vitales, con la certeza de que serán respetados...



En mi práctica, ¿cómo puedo animar a una persona mayor a participar en las actividades de la vida cotidiana?

		Acciones a realizar
Levantando		
Procedimientos de atención	de	
Vestirse		
Comidas		
Actividades		
Viajar		
Movimiento		
Hora de acostarse		

5. ORGANIZACIÓN QUE SE ADAPTA A LA PERSONA MAYOR Y NO AL VICEVERSA

En Francia, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) aboga por el enfoque 'domiciliario' para apoyar a las personas mayores con pérdida de independencia.

Este consiste en hacer un hogar como principio independientemente del lugar donde se encuentre viviendo una persona, con el fin de garantizar los plenos derechos cívicos de la persona.

Se trata de permitir que cada persona en una institución viva en su propia casa sea dueña de su propio lugar, es decir, defina sus propias reglas de práctica y civismo que se aplican a su espacio privado, desde el acceso hasta la organización de la vida cotidiana, según a sus propias elecciones, preferencias y aspiraciones.

La respuesta a las necesidades de las personas, según este enfoque domiciliario, debe tener en cuenta cuatro grandes aspectos: atención, asistencia y apoyo, alojamiento y presencia social.

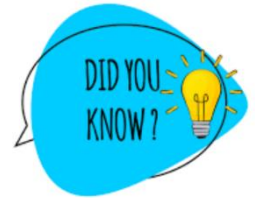
Se trata de cambiar la percepción de 'residente bajo cuidado' a 'ocupante activamente involucrado' o de 'bienvenido a nuestro hogar' a 'bienvenido a su hogar'. Por lo tanto, las prácticas de cada profesional deben evolucionar para tener en cuenta esta aspiración: el hogar.

PREVENIR LA ADOPCIÓN DE ACTITUDES NOCIVAS

1. LOS MECANISMOS DE DEFENSA Y SUS IMPACTOS EN LA RELACIÓN DE APOYO Y EN EL COMPORTAMIENTO

El término 'mecanismo de defensa' fue utilizado por primera vez por Sigmund FREUD, pero fue Anna FREUD quien terminó produciendo un libro completo dedicado al concepto: 'El ego y los mecanismos de defensa'.

Un mecanismo de defensa es una estrategia defensiva que solemos poner en marcha sin ser conscientes de ello, para escapar de una ansiedad o de un conflicto interno.



El concepto de mecanismos de defensa puede explicarse de forma muy sencilla: basta con sustituir 'mecanismo' por 'reflejo' y 'defensa' por 'protección'.

Los mecanismos de defensa psicológica son un conjunto de operaciones y estrategias que se utilizan para tratar de reducir o suprimir cualquier cambio que pueda poner en peligro el bienestar y la integridad psicológica.

Son de gran utilidad en la vida cotidiana y pueden activarse en caso de:

- un impulso inconsciente que quiere volverse consciente;
- un miedo real o imaginario;
- un estallido emocional;
- un sentimiento de inseguridad;
- una amenaza a la integridad.

Los mecanismos de defensa pueden tener un gran número de consecuencias para amigos y familiares. Varían según el(los) mecanismo(s) de defensa utilizado(s).

Por ejemplo, puede haber:

- conflictos, disputas, desacuerdos;
- devoción total, empatía excesiva e inapropiada;
- trastornos del comportamiento, violencia, irritabilidad;
- aislamiento, retiro, etc.

Dado que los mecanismos de defensa protegen la integridad psicológica de una persona de acuerdo con sus recursos, pueden ser interpretados de diferentes maneras por los seres queridos de la persona, quienes no siempre los comprenden.

Identificando los mecanismos de defensa de las personas mayores, de las familias y de los profesionales implicados, podemos:

- mejorar la comunicación en la relación de ayuda;
- mejorar la comprensión de los comportamientos y actitudes identificados como extraños o inapropiados;
- prevenir ciertos comportamientos nocivos y destructivos.

Los mecanismos de defensa de los profesionales y/o amigos y familiares frente a La persona mayor en la relación de ayuda y cuidado

Mintiendo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El profesional (o amigo o familiar) miente a sabiendas a la persona mayor para no tener que lidiar directamente con sus reacciones. Preservan la confianza de la persona. ▪ La persona mayor vive bajo una ilusión y no puede iniciar el proceso de aceptación de la situación.
trivialización	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El profesional (o amigo o familiar) muestra indiferencia ante lo que dice la persona. Ocultan su angustia emocional. Esto evita que se sientan abrumados por la emoción. ▪ La persona mayor no se siente reconocida ni escuchada.
Paso a un lado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El profesional (o amigo o familiar) no entra en contacto relacional con la persona, su respuesta es <u>fuera</u> de sintonía. Esto implica rechazar la confrontación, evitando tener que aceptar la propia angustia. ▪ La persona mayor se siente impotente y su angustia aumenta.
Falso consuelo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El profesional (o amigo o familiar) está demasiado enfocado en sacar lo mejor de la situación cambiante, habla demasiado optimista sobre las cosas y le da a la persona falsas esperanzas. ▪ La persona mayor está fuera de sintonía con la realidad.
Racionalización	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El profesional utiliza un lenguaje incomprensible, lleno de tecnicismos, impidiendo cualquier diálogo genuino y sin dar respuesta a la pregunta de la persona. Los aspectos emocionales se sofocan detrás de la lógica. ▪ La persona mayor no comprende, la relación se tensa, lo que aumenta su angustia.
Evitación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El profesional (o amigo o familiar) se comporta de forma evasiva con la persona mayor (ya sea físicamente, al no visitarla, o psicológicamente, al no prestarle atención) para evitar tener que enfrentarse directamente a una situación difícil. Por ejemplo, nunca se encuentran con los ojos de la persona. La relación se reduce a información indirecta y técnica. ▪ La persona mayor experimenta una sensación de exclusión y soledad.
Burla	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El profesional (o amigo o familiar) no se comunica mucho y utiliza la ironía o el cinismo. Se apartan de una relación genuina y no reconocen el sufrimiento, que se banaliza. Hacen esto para distanciarse de sus emociones. ▪ La persona mayor se repliega en su angustia, silencio y soledad.
corriendo por delante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El profesional (o amigo o familiar) utiliza diversas tácticas para evitar un problema o una situación aterradora. No permiten que la persona haga preguntas. ▪ La persona mayor queda aturdida y su angustia aumenta.
identificación proyectiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El profesional (o amigo o familiar) traslada a la persona mayor sus propias emociones, reacciones y pensamientos a partir de una experiencia compartida. ▪ La persona mayor tiene la ilusión de que su sufrimiento es compartido. Pueden sentirse culpables, o su angustia puede

aumentar si el sufrimiento continúa a pesar de haber seguido las instrucciones dadas.

Los mecanismos de defensa de las personas mayores frente a los profesionales o seres queridos en la relación de ayuda y cuidado

Represión	<ul style="list-style-type: none"> La persona mayor reprime sus deseos, pensamientos o experiencias perturbadoras desde su conciencia. Aunque inaccesibles a la conciencia, los elementos reprimidos aún permanecen activos y son un implacable drenaje de energía mental, que puede tomar la forma de fatiga, inhibición y agotamiento general de la personalidad.
Rechazo	<ul style="list-style-type: none"> La persona mayor ha asimilado la realidad, pero la rechaza y la rechaza. Se niegan a aceptar que lo que se dice tenga algo que ver con ellos.
Negación	<ul style="list-style-type: none"> La persona mayor niega la realidad de una percepción vivida como peligrosa, insoportable o dolorosa (ej.: negación de su enfermedad o incapacidad).
Proyección agresiva	<ul style="list-style-type: none"> La persona mayor proyecta su malestar en forma de agresión sobre profesionales o seres queridos. Adoptan comportamientos exigentes, incluso tiránicos, inconsistentes y caprichosos. Esto puede ir desde la simple crítica hasta los insultos e incluso la violencia.
Regresión	<ul style="list-style-type: none"> La persona mayor se comporta como un niño y no utiliza el autocontrol, porque sabe que el profesional o sus seres queridos lo están cuidando. Pierden la independencia. Ellos tenderán a pedir mucho más, utilizando diferentes medios emocionales para que las personas se queden más tiempo con ellos, para seguir cuidándolos.
idealización	<ul style="list-style-type: none"> La persona mayor se atribuye cualidades exageradas a sí mismo o a los demás. Este proceso les permite evitar tener que enfrentarse a la realidad.
Aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> La persona mayor habla de un tema sensible con precisión y detalle, sin emoción; parecen impasibles, lo que impide las interacciones.
Formación reactiva	<ul style="list-style-type: none"> Un impulso (inconsciente) que es inaceptable para la persona mayor se transforma (en la conciencia) en su opuesto. Como reacción, la persona entonces manifestará o adoptará un comportamiento aceptable que es diametralmente opuesto a sus tendencias instintivas. Por ejemplo, la amabilidad y el altruismo exagerados pueden representar una formación de reacción contra la agresión inconsciente.
Agitación pasiva	<ul style="list-style-type: none"> La persona mayor es incapaz de afirmarse en la relación. Con una respuesta pasivo-agresiva, intentan marcar su disconformidad mientras dan la apariencia de apoyo.

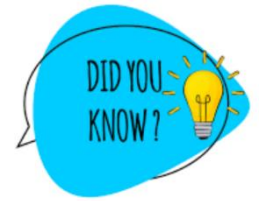
Hay muchos otros mecanismos de defensa. Algunos de estos mecanismos pueden ocurrir en cada actor: la persona mayor, la familia o amigos y los profesionales.

2. IDENTIFICACIÓN DE ACTITUDES NOCIVAS

En la relación de ayuda entre un profesional y una persona mayor podemos hablar de una relación asimétrica por la vulnerabilidad y fragilidad de esta última, en particular por su progresiva pérdida de independencia, pérdida de estatus social, aislamiento, institucionalización, etc.

Como recordatorio, el concepto de simetría se refiere al equilibrio o similitud entre dos partes, mientras que la asimetría se refiere a la falta de equilibrio.

En su práctica, los profesionales pueden verse inducidos a adoptar actitudes nocivas que podrían reforzar el desequilibrio en la relación y conducir a conductas agresivas y violentas.



A. Centrarse en ciertas actitudes dañinas en la relación de ayuda

Infantilización y 'lenguaje de los mayores'

Esta actitud puede considerarse abuso emocional. Es un mecanismo inconsciente que, sin embargo, produce consecuencias nocivas para la persona mayor.

Las causas de esta infantilización pueden ser múltiples, como, por ejemplo:

- deficiencias cognitivas como trastornos de la memoria y la percepción, ralentización del pensamiento y dificultades para resolver problemas;
- deficiencias motoras que conducen a una pérdida de independencia;
- comportamiento regresivo de la persona mayor, no correspondiente a su edad o a su madurez psicológica;
- el aislamiento y la soledad de la persona mayor, que puede llevar a la culpa o incluso a la lástima;
- las conexiones afectivas y familiares que dificultan mantener la 'distancia adecuada' con la persona mayor.

Aunque el lenguaje debe adaptarse a la capacidad de comprensión de la persona mayor, se debe tener cuidado para garantizar que no sea demasiado simplista. El 'lenguaje de las personas mayores', cuando se usa en las condiciones incorrectas induce a la infantilización: hablar demasiado lento, voz aguda, entonación exagerada, sustitución de pronombres (p. ej., 'mi', 'tú', etc.), uso de diminutivos y repeticiones ('mi señorita', 'pobrecita', etc.), lenguaje emocional inapropiado ('mi querida', 'mi querida', etc.), estereotipos ('jefe').

Para la persona mayor, esta actitud es una muestra de falta de respeto que refleja una imagen denigrante de sí misma. Esto coloca al profesional y a la persona mayor en una relación desigual. La persona mayor se convierte en un objeto de cuidado, una pequeña cosa frágil y vulnerable que necesita ser cuidada. Esto conduce a una pérdida de independencia, un empobrecimiento de la expresión oral, una caída en la autoestima y así comienza el círculo vicioso.

También representa una despersonalización en la relación que puede resultar en agresión y violencia. La Universidad de Miami ha demostrado que esta actitud infantilizadora, y en particular el 'lenguaje de los mayores', puede provocar una reacción repentina y excesiva ante una interacción ordinaria, como insultos, gritos o un acto de agresión física hacia el cuidador.

Juegos de poder, manipulación, dominación

Claude STEINER, un analista transaccional estadounidense, proporciona la siguiente definición: 'un juego de poder es una transacción consciente o una serie de transacciones en las que una persona intenta ejercer control sobre el comportamiento de otra'.

Por lo tanto, es un comportamiento o una serie de comportamientos empleados por la persona para ganar dominio o control sobre otra persona. Así, una persona trata de hacer que la otra persona haga, diga, piense o sienta lo que ella quiere que haga, diga, piense o sienta, en contra de su propia voluntad o sin su conocimiento.

Esto puede aparecer en cualquier momento y en cualquier tipo de relación. De hecho, tan pronto como se establece una dependencia entre dos personas, existe el riesgo de un juego de poder. Esta actitud se opone a la cooperación y no permite el desarrollo de la independencia.

Los juegos de poder son la manifestación más clásica de la manipulación explícita o implícita. Crean relaciones de dominación y dependencia. La relación de dominación surge cuando, en una relación entre personas con paridad, una de ellas utiliza uno de sus atributos de poder para dominar a la otra.

Estos atributos de poder se transmiten principalmente a través del cuerpo o de las palabras. Claude STEINER define así cuatro modos de juego de poder, que toman la forma de tres maniobras principales: intimidación (física, verbal), manipulación y prevención del pensamiento.

Los modos de expresión de los juegos de poder:

- psicológico sutil: utilizo palabras para obtener sumisión, a través de insinuaciones, dobles sentidos (transacciones ulteriores).
*Ejemplos: llamar a alguien por su apodo en una situación inapropiada; usar términos menos respetuosos para devaluar a alguien; dar información incompleta; usar el estatus de uno para presionar al otro; **denigrar**; hacer esperar a la gente; avergonzar; alarmarle; interrumpir a la otra persona, terminar su frase; fingiendo no ver a alguien; devaluando; constantemente refiriéndose a los errores de la otra persona; etc.*
- físico sutil: utilizo mi cuerpo o un elemento espacial para obtener la sumisión.
Ejemplos: pararse muy cerca de la otra persona, invadiendo su espacio personal; ceñudo; pareciendo enojado; hacer gestos indicativos de fuerza; etc.
- crudo psicológico: muestro claramente que puedo usar palabras para herir, menospreciar, causar sufrimiento.
Ejemplos: humillación; chantaje; culpa; amenazas; insultos; mentiras flagrantes; discriminación; insinuación; intimidación; racismo; etc.
- física cruda: demuestro claramente que puedo usar la fuerza para herir, para causar sufrimiento, para causar miedo...
Ejemplos: acoso físico; violencia, golpes, bofetadas; aterrorizando; dando la señal del dedo; etc.

Falta de distancia profesional, falta de control sobre las emociones.

La distancia profesional puede definirse como “el límite moral y psicológico a la expresión de los valores personales en el contexto de la actividad profesional”. Se trata de encontrar el equilibrio adecuado entre la implicación y la "autoprotección" individual.

La falta de distanciamiento profesional puede conducir a una excesiva implicación del profesional, con el consiguiente descontrol de sus emociones y agotamiento profesional, pero también en el uso de actitudes y palabras que pueden ser perjudiciales para la persona mayor. Esta actitud surge cuando hay algo en la situación de la persona mayor que resuena con la experiencia e historia personal del profesional. Además, cuando es presa de sus emociones, el profesional pierde objetividad y ya no es capaz de mantener la distancia profesional. Por otro lado, el distanciamiento excesivo puede ser igual de perjudicial para la persona mayor porque puede llevar a una incomprensión de su situación y de lo que está viviendo.

El profesional debe saber identificar sus propias emociones, porque reconocerlas permite controlarlas, para evitar acabar en una relación intensa. Para evitar una emoción excesiva, es importante que el profesional se involucre a una distancia adecuada.

La distancia profesional adecuada es aquella que permite una comunicación de buena calidad con el usuario y, por lo tanto, una escucha atenta de sus necesidades, pero también de sus angustias. Por lo tanto, para establecer una buena distancia profesional, el profesional debe tener la 'buena intención', es decir, la voluntad de encontrar un cierto equilibrio entre lo que quiere aportar a la otra persona y lo que esta tiene derecho a esperar como la persona a la que se ayuda.

Elementos clave para la distancia correcta:

- ▶ Enfoque centrado en la persona (inteligencia técnica versus inteligencia sensible), intención correcta
- ▶ La emoción no está ausente, sino que permanece contenida sin resultar abrumadora para el profesional (control de emociones)
- ▶ Identificación de mecanismos de defensa en la relación para un buen equilibrio
- ▶ Establecimiento de límites en la relación: formalidades, vocabulario, mantener la cortesía, evitar la intrusión en la vida privada del otro, reglas...
- ▶ Uso de la comunicación proxémica (Edward T. Hall): espacio íntimo, personal, social, público
- ▶ Marco claro para el profesional: objetivos, roles, tareas, límites, roles y tareas de otros profesionales
- ▶ Enfoque ético (respeto a las expectativas y negativas, consentimiento, sentido de las acciones...)
- ▶ Reconocimiento de los propios límites profesionales para entregar si es necesario

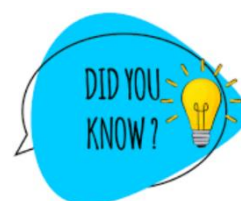
sentencias

Según Carl ROGERS, los juicios no fomentan el desarrollo de la personalidad. Por lo tanto, no pueden ser parte de la relación de ayuda. También plantea que un juicio positivo es tan amenazante como uno despectivo, ya que decirle a alguien que está haciendo lo correcto implica que también tenemos derecho a decirle que está haciendo lo incorrecto. Si conseguimos mantener una relación sin juicios de valor, por tanto, la persona podrá darse cuenta mejor de que 'el lugar del juicio, el centro de la responsabilidad reside en sí mismo'. En la relación con la persona mayor conviene prohibir esta actitud para que se aprecien sus derechos cívicos, su autoestima y su autodeterminación.

Sesgo cognitivo

La teoría del sesgo cognitivo fue desarrollada a principios de la década de 1970 por los psicólogos Amos TVERSKY y Daniel KAHNEMAN.

Un sesgo cognitivo es un patrón de pensamiento engañoso basado en una lógica defectuosa. Esta forma de pensamiento le permite al individuo hacer un juicio o una decisión rápidamente. Los sesgos cognitivos influyen en nuestras elecciones, especialmente cuando se trata de grandes cantidades de información o cuando el tiempo es limitado. Se produce una forma de mal funcionamiento en nuestro razonamiento.



Nuestro cerebro interpreta nuestro entorno a través de la simplificación y forma estereotipos, prejuicios, creencias y categorizaciones que usamos para ordenar el mundo que nos rodea. Nadie es inmune a los sesgos cognitivos, que en la mayoría de los casos son inconscientes. Actúan como una especie de reflejo y pueden vincularse a emociones -miedo, ira, ansiedad- o a hábitos de pensamiento adquiridos hace mucho tiempo. También satisfacen las necesidades inherentes a las personas: la necesidad de seguridad, autoestima y pertenencia social.

Pueden dar lugar a errores de percepción, razonamiento, valoración, interpretación lógica, juicio, atención, etc., ya conductas o decisiones inadecuadas. Actúan como filtros, ya que la persona solo validará lo que vaya en la dirección del filtro. Es importante que el profesional sea capaz de identificar o reconocer sesgos cognitivos en la relación con la persona mayor porque, bajo la presión del tiempo, estos pueden llevar a la banalización de situaciones cotidianas, a acciones reflejas y a respuestas inadecuadas en términos de apoyo y cuidado.

B. Identificación de otras actitudes dañinas en la relación de ayuda para limitar las respuestas agresivas y violentas

- Prohibiciones, privaciones;
- Trivialización, minimización;
- Fracaso;
- Sustitución;
- Culpa;
- Cosas que no se dijeron;
- Falta de respeto a la privacidad;
- Falta de consideración, etc.



Identificar actitudes nocivas (por su nombre) en la relación con la persona mayor que puedan desencadenar la agresión

escenario 1	<i>'Señor A., déjeme hacerlo, no podrá abotonarse la chaqueta.'</i>
Escenario 2	<i>'Buenos días hermosa, ¿tuviste una buena noche?'</i>
Escenario 3	<i>No puedes salir de tu habitación, o te perderás con tu enfermedad de Alzheimer.</i>
Escenario 4	<i>'¿No está de buen humor señora X? No es nada, será mejor mañana. Es normal, es la vejez. Vamos... vamos a limpiarte rápido.</i>
Escenario 5	<i>¡¡¡Vi al Sr. Z. salir de tu habitación esta mañana!!! Suponiendo que tu hijo se enterara... ¿qué pensaría?</i>
Escenario 6	<i>Te traeré un yogur con tal de que termines lo que hay en tu plato.</i>
Escenario 7	<i>¿Sigues viendo ese programa de televisión? ¡Vamos, señora P., no tiene la edad adecuada para eso!</i>
Escenario 8	<i>'Vamos, levántese rápido Sra. R. Tengo muchas otras cosas que hacer, tengo que ir a lavar a la Sra. Grumpy en 114'.</i>
Escenario 9	<i>'¡Deje de llorar Sr. F.! Yo también estaré llorando porque me recuerdas a mi papá. Lo siento mucho por ti, mi corazón está contigo. Es muy duro por lo que estás pasando.</i>
Escenario 10	<i>'Déjalo estar. Sabes que no tienes otra opción, de lo contrario tendremos que utilizar otros medios.</i>

GESTIÓN DE ACTITUDES FUNDAMENTALES QUE CONDUCEN A UNA COMUNICACIÓN DE ALTA CALIDAD

1. LOS FUNDAMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

A. Conceptos en comunicación

La comunicación, expresión de una necesidad fundamental

La comunicación es una parte inherente de la vida humana. Para lograr cualquier cosa, en cada momento de cada día, los seres humanos necesitamos comunicarnos. A menudo se comunican a través de palabras escritas o habladas, pero también a menudo con gestos, expresiones faciales, símbolos...

Los individuos no pueden funcionar sin comunicación, ni tampoco los grupos. En un nivel biológico básico, la comunicación ayuda a las personas a satisfacer sus necesidades de alimentación, vivienda y seguridad. Pero los individuos también necesitan de la comunicación para desarrollar plenamente su potencial humano; a través de la comunicación, los seres humanos desarrollan y expresan su identidad.

Comunicación y lenguaje: ¿semejanzas o diferencias?

El sistema de comunicación que se basa en códigos verbales o no verbales, utilizados para transferir información, se denomina lenguaje.

La forma en que se intercambia un mensaje o alguna información entre dos o más personas se llama comunicación.

Un idioma es una herramienta de comunicación, mientras que la comunicación es el proceso de transferir mensajes entre ellos.

El lenguaje se centra en signos, símbolos y palabras. La comunicación se centra en el mensaje.

En resumen

IDIOMA	COMUNICACIÓN
Sistema de comunicación basado en códigos verbales o no verbales utilizados para transferir información	Una forma de intercambiar un mensaje o información entre dos o más personas.
Herramienta	Proceso
Signos, palabras y símbolos.	Mensaje
Principalmente en los canales auditivos.	Todos los canales sensoriales
Dinámica	Estático

Comunicación y relación

Es importante no confundir los conceptos de relación y comunicación: la comunicación es uno de los modos de expresión como parte de la relación, es un medio a través del cual se construyen y desarrollan las relaciones.

Ninguna relación puede ser fuerte sin comunicación. La comunicación estructura la relación, la desarrolla y la transforma en profundidad: sin comunicación, la relación queda vaga e implícita, y por tanto vulnerable a todas las proyecciones subjetivas; los problemas que plantea lo no dicho. La comunicación puede aclarar u oscurecer la relación.

Una relación comunicativa incluye por tanto elementos verbales y sentimientos subjetivos, pero sobre todo la conexión que se establece con la persona. No debemos olvidar que la comunicación es un vínculo social que permite a la persona mantener su propia identidad. El individuo sigue siendo un ser comunicativo, sobre todo, hasta el final de su vida.

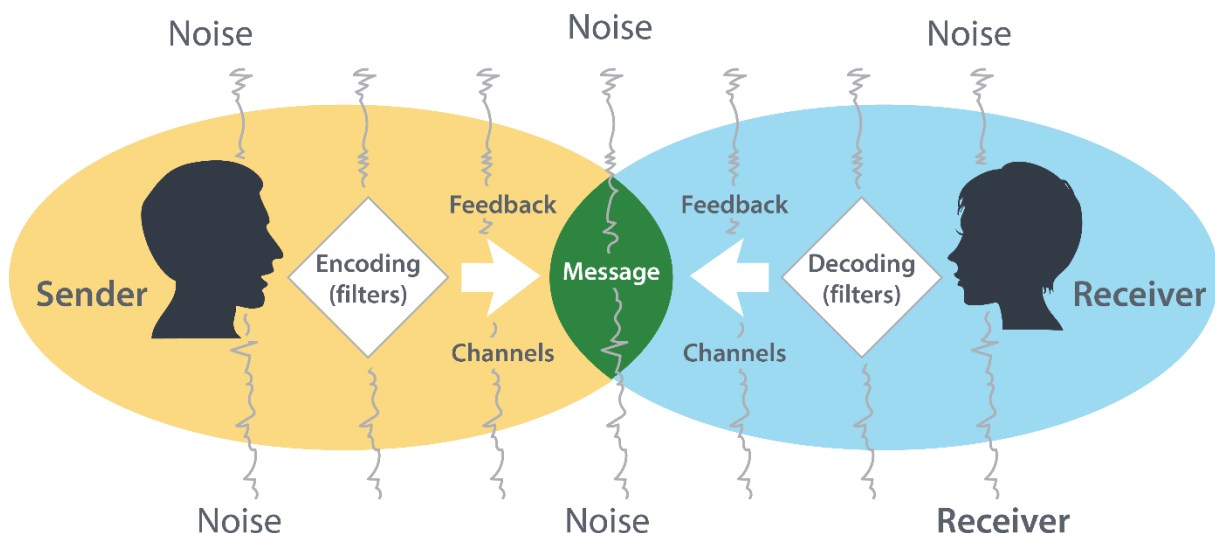
En resumen

RELACIONAL	COMUNICACIÓN
En cuanto a las relaciones entre los individuos	Todos los procesos físicos y psicológicos que forman parte de la operación de formar una conexión entre una o varias personas (emisor) y una o varias personas (receptor), con el fin de alcanzar determinados objetivos.

B. Mecanismos y funciones de comunicación

La comunicación y sus mecanismos.

El sistema de comunicación



El remitente: este es el que envía el mensaje, el que escribe, el que habla, el que envía la información.

El receptor: este es el que recibe el mensaje, el que lo lee, el que lo escucha, etc.

El mensaje: esta es la información enviada de acuerdo con una determinada forma, lo que se escribe, lo que se dice.

el referente: este es el tema del mensaje, de lo que estamos hablando.

El canal: este es el medio de transmisión, por visión o sonido, utilizado para establecer la conexión entre el emisor y el receptor.

- 5 canales sensoriales: visión, oído, tacto, olfato, gusto
- Los canales más utilizados en la comunicación: la visión y el oído
- El canal puede estar codificado

El código: este es el sistema de signos utilizado para componer el mensaje.

Decodificación de codificación: es el cifrado y descifrado del código utilizado, de acuerdo con los estándares compartidos y también sus filtros específicos.

Ruido: esto es cualquier cosa que interrumpe la comunicación.

Comentario: esta es la posibilidad de que el receptor responda al emisor (concepto derivado del trabajo de Norbert WIENER). El receptor ya no es pasivo, sino que pasa a ser activo, y a su vez se convierte en emisor. Algunas comunicaciones no permiten comentarios. El receptor permanece pasivo. La ausencia de retroalimentación a veces puede llevar al final de la comunicación.

El contexto: el marco en el que se desarrolla la comunicación. Se distingue entre contexto espacial (el lugar donde se produce la comunicación) y contexto temporal (el momento en que se produce la comunicación).

La situación en la que se desarrolla la comunicación influye en los actores.

Un mensaje sigue un camino largo. En cada paso, la información puede perderse o distorsionarse.

ENVIANDO EL MENSAJE			RECIBIENDO EL MENSAJE				
Intención	Expresión		Enviando	Percepción	Bajo-de pie	Aceptación	memorización
lo que queremos decir	Lo qué decimos	como lo decimos	que se envía	que se escucha	que se entiende	Lo que queremos entender	lo que se retiene

La comunicación y sus desafíos.

Según Alex MUCCHIELLI, profesor de ciencias de la información y la comunicación, existen cinco tipos de problemas de comunicación en particular:

- cuestiones de información: la comunicación es un acto de información;
- problemas de posicionamiento de identidad: comunicar significa posicionarse en relación con el otro;
- cuestiones de influencia: comunicar es ejercer influencia sobre los demás;
- cuestiones relacionales: comunicar es un acto de dar forma a las relaciones humanas;
- cuestiones normativas: comunicar implica proponer un conjunto de normas y reglas que apoyarán los intercambios.

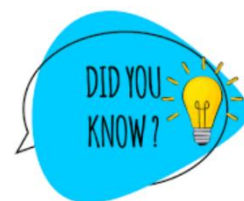
Problemas de comunicación para la persona mayor:

- ▶ Mantener la conexión social.
- ▶ Apoyar una acción terapéutica
- ▶ Fuente de autoconfianza, respeto y consideración.
- ▶ Prevención de los trastornos del comportamiento
- ▶ Ayuda con los procedimientos de atención.
- ▶ Mantener la independencia

C. Una comunicación, pero múltiples tipos de comunicación

Comunicación verbal, paraverbal y no verbal

Nos comunicamos a través del lenguaje, pero también a través de medios no verbales. Según Albert MEHRABIAN, la comunicación verbal representa solo el 7% del impacto de nuestra comunicación. La comunicación paraverbal tiene un impacto del 38% y la no verbal tiene un impacto del 55%.



Tipos de comunicación

VERBAL	PARAVERBAL	NO VERBAL
El vocabulario es fundamental, elegir las palabras adecuadas es importante para dar el significado deseado.	La comunicación paraverbal es el flujo de palabras habladas.	La comunicación no verbal es el lenguaje corporal.
<ul style="list-style-type: none">▪ Selección de palabras▪ Vaguedad y claridad▪ Nivel de idioma▪ Estructura de la oración▪ etc.	<ul style="list-style-type: none">▪ Articulación▪ Dicción▪ Volumen de voz▪ Timbre▪ Velocidad (lenta/rápida)▪ Ritmo (fluido/espasmódico)▪ Amplitud (alta/baja)▪ Tono (alto/medio/bajo)▪ cambios de tono▪ vacilaciones▪ pausas▪ silencios▪ palabras ruidosas▪ etc.	<ul style="list-style-type: none">▪ Actitudes, posturas.▪ Movimientos, gestos, micro-movimientos▪ Expresiones faciales: gestos, movimiento de cejas, labios, fosas nasales, ojos, mirada▪ Respirar, tragar▪ Tono muscular▪ Transpiración▪ Apariencia (ropa, peinado...)▪ Lenguaje de señas▪ etc.

Características de la comunicación no verbal

El lenguaje verbal es consciente, mientras que el lenguaje no verbal puede ser inconsciente. De hecho, a veces nos comunicamos de forma no verbal sin darnos cuenta. Hay gestos involuntarios como sonrojarse, parpadear, encogerse de hombros, suspirar, frotarse el lóbulo de la oreja, etc.

La comunicación no verbal se refiere a cualquier interacción o discusión que no utiliza el habla o las palabras. En otras palabras, representa el lenguaje corporal. Descifrar el lenguaje corporal de un individuo requiere sutileza. Nuestros ojos están acostumbrados a centrarse en lo obvio. Se trata de observar el cuerpo en su conjunto, así como ciertos detalles como nuestros gestos.

Aunque la comunicación verbal se limita a las palabras y la sintaxis utilizada, existe una variedad muy amplia de comunicación no verbal, lo que la hace extremadamente compleja pero también poderosa.

Para decodificar el lenguaje no verbal y sintonizar con la persona, será necesario observar la expresión de los signos enviados, porque tienen valor como lenguaje:

- Posturas
 - Posición del cuerpo, la cabeza, el busto, la forma de caminar, de pararse, de sentarse, de acostarse, etc.
- Gestos
 - Movimientos de las manos (cruzadas, abiertas, apretadas...), dedos, piernas, pies (pateo), el tacto de la mano (rápido, tierno...)
- Mirando
 - Fijo, furtivo, en blanco, ausente, ansioso, franco, chispeante, alentador, burlón, etc.
- Expresiones faciales
 - Fruncimiento del ceño, arrugas en la frente, muecas, etc.
- Manifestaciones autonómicas
 - Cambios en el color de la piel (palidecer, enrojecer, etc.), sudoración, respiración, deglución, etc.

Comunicación implícita/explicita: lo que decimos y lo que queremos decir

Toda comunicación tiene dos niveles de mensaje:

- Lo explícito: es el contenido de la comunicación (información enviada, consejos u órdenes dadas, solicitudes realizadas);
- Lo implícito se refiere a la relación de comunicación: toda la información (verbal y no verbal) que dice algo sobre la relación de comunicación en sí.

En resumen

EXPLÍCITO	IMPLÍCITO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo que se afirma completamente y no puede ser discutido. ▪ Lo que se expresa de forma completa y clara sin dejar lugar a la ambigüedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo que no se enuncia formalmente, sino que surge naturalmente de algo.

D. Condiciones de comunicación

Retrasos o barreras en la comunicación: mejor identificación de estos medios podemos evitarlos de manera más efectiva

La comunicación es un acto difícil en la medida en que puede haber, en cada etapa del proceso, un cierto número de interrupciones, barreras o retrasos.

Es fundamental conocer estos diversos problemas para reducirlos o eliminarlos, de manera que el mensaje ideado por el emisor pueda ser bien entendido por el receptor.

Aquí notamos algunos posibles retrasos o barreras relacionadas con:

- personas: problemas de expresión y comprensión, suposiciones, interpretaciones, mala redacción o elección del vocabulario, actitudes relacionales inadecuadas, falta de tiempo, etc.;
- el entorno ambiental: ruidos disruptivos, interferencias, lugares, etc.;
- el tipo de comunicación utilizada: tipo de comunicación inadecuado para la persona en cuanto a sus capacidades de comprensión y expresión;
- el contexto situacional: comunicación inapropiada, mal elegida para el contexto situacional, etc.

2. COMUNICACIÓN Y PERSONAS MAYORES

A. Comunicación y envejecimiento

Comunicación y envejecimiento normal

Las habilidades verbales generalmente se conservan en el proceso de envejecimiento, pero la comunicación puede verse alterada:

- Los déficits sensoriales (visión, audición) dificultan la comunicación y conducen a trastornos de comprensión;
- La memoria y el lenguaje dependen de otras funciones cognitivas, por ejemplo, la atención, que puede verse afectada con el envejecimiento;
- Las dimensiones afectivas y relacionales también deben ser tenidas en cuenta. Por ejemplo, una persona que está deprimida tenderá a aislarse y por lo tanto a limitar sus conexiones sociales y afectivas.

Durante el envejecimiento, la dificultad para encontrar palabras y los problemas de comprensión están directamente relacionados con problemas de atención y con un contexto sensorial desfavorable.

Comunicación y formas de demencia.

Las patologías demenciales provocan trastornos cognitivos, psicológicos y/o conductuales, alterando la vida relacional y la independencia en las acciones de la vida cotidiana del enfermo.

Inevitablemente, los trastornos de la memoria y del lenguaje (afasia de expresión y comprensión) repercuten en las capacidades comunicativas de la persona con demencia tipo Alzheimer.

- Los trastornos de la memoria tienen una influencia considerable en la comunicación porque el paciente no se encuentra en el mismo marco temporal cronológico que la persona con la que está hablando; están espacialmente presentes, pero temporalmente fuera de sintonía. La memoria de trabajo deteriorada conduce a perder el hilo de la conversación. Sin embargo, la eficiencia de la memoria procedimental permite que se produzcan reflejos verbales y no verbales hasta una etapa muy avanzada.
- Varios trastornos cognitivos afectan la comunicación: los problemas de atención impiden seguir una conversación, especialmente en un grupo; los trastornos del juicio y del razonamiento a menudo hacen que las palabras sean incoherentes; la falta de planificación debilita las iniciativas de comunicación.
- Los trastornos psicoconductuales, como la depresión y la ansiedad, también son perjudiciales para la comunicación. La depresión puede conducir al retraimiento y la apatía sobre la comunicación. La ansiedad puede causar agresión y estereotipia verbal.
- Los trastornos gnósticos tienen diversas consecuencias. La agnosia auditiva conduce a dificultades en la comprensión verbal y la prosopagnosia puede generar intentos de comunicación inapropiados.
- Los factores extrínsecos también influyen en la comunicación de los pacientes: se refieren al contacto, el contexto y el entorno.

Para las personas con formas de demencia, el deterioro verbal ocurre gradualmente: generalmente comienza con problemas para encontrar palabras, invención de nuevas palabras y casi siempre conduce a algún tipo de afasia. A veces sufren de [jergafasia](#) y su habla se vuelve confusa e incoherente sin vinculación evidente de ideas, perdiendo todo valor como mensaje comprensible.

A menudo, aunque la comunicación verbal ha desaparecido, la comunicación no verbal continúa. Luego juega un papel importante en el mantenimiento de la interacción, tanto en términos de expresión como de comprensión. De hecho, a veces, los gestos, las expresiones y las miradas pueden reforzar o incluso reemplazar el habla. Se ha demostrado que las personas mayores con formas de demencia utilizan más acciones no verbales. Sin embargo, también se ha demostrado que la progresión de la demencia induce una importante reducción cuantitativa de todo tipo de actos no verbales, con alteraciones en aspectos como la velocidad, la entonación y las pausas. La ausencia de entonación, por ejemplo, sería el resultado de una dificultad para modular el habla. En cuanto a las pausas, a menudo aparecen en lugar de una palabra.

En cuanto a la comunicación gestual, ésta parece conservarse relativamente bien y seguir siendo eficaz. Los ojos parecen jugar un papel hasta la etapa más avanzada de la enfermedad.

De hecho, los estudios han demostrado que las personas mayores afectadas por formas de demencia, en la etapa grave, conservan la sensibilidad al contacto visual.

B. La evaluación de la comunicación expresiva y receptiva es un requisito previo

Es recomendable realizar una evaluación de las habilidades comunicativas de expresión y recepción de la persona mayor, con el fin de adaptar y diversificar el modo de comunicación propuesto.

Esto será realizado por el equipo multidisciplinario en situaciones cotidianas y más formalmente por un logopeda.

Incluirá:

- habilidades de comunicación verbal y no verbal;
- funciones relacionadas con el lenguaje;
- nivel de integración visual;
- habilidades de interacción social, etc.

Existen varias herramientas de evaluación de la comunicación, incluida la Tabla de evaluación de la capacidad de comunicación (CAAC) para personas con la enfermedad de Alzheimer o un trastorno relacionado.

3. USO DE COMUNICACIÓN ÚTIL Y FACILITADORA CON LA PERSONA MAYOR

A. Los principios de la escucha activa y empática

Algunas técnicas de escucha activa para utilizar con la persona mayor para que se sienta comprendida y escuchada

Comunicar es, ante todo, saber escuchar: escuchar y oír.

La escucha activa, desarrollada a partir del trabajo del psicólogo estadounidense Carl Rogers (precursor de las técnicas no directivas), consiste en escuchar a la otra persona de forma atenta y no directiva, estableciendo confianza, respeto y empatía con la persona que se es. comunicándose con para que éstos puedan expresarse libremente, sin temor a juicios precipitados y sin presiones. Es muy útil en la relación de ayuda.

Retroceder demasiado, ser insensible a la persona con la que se está comunicando o repetir las cosas mecánicamente no fomenta una interacción y comprensión adecuadas.

Algunas técnicas de escucha activa para utilizar con la persona mayor para que se sienta comprendida y escuchada

La escucha activa permitirá que las personas mayores se sientan escuchadas, acompañadas y apoyadas. Más allá de una simple reformulación, aporta una liberación emocional imprescindible.

TÉCNICAS A UTILIZAR POR EL PROFESIONAL	EFECTOS EN EL COMPORTAMIENTO DE LA PERSONA MAYOR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoptar actitud física que indique disponibilidad (cara abierta y postura) 	<p>Esto le muestra a la persona mayor que la persona con la que está hablando está abierta y disponible para la discusión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoptar una actitud de neutralidad y amabilidad. ▪ Mostrar empatía 	<p>Esto permite que la persona exprese sus sentimientos libremente sin filtros ni prejuicios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permitir que la persona se exprese sin interrupción. ▪ Practica el silencio activo ▪ Respeta su ritmo 	<p>Esto demuestra respeto y consideración y aumenta su estima. Se sienten escuchados y confiados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Haz preguntas abiertas ▪ Anime a la persona mayor a aclarar sus pensamientos cuando sean vagos o demasiado generales. ▪ Dar señales visuales y verbales regulares de interés (asentir con la cabeza, hacer contacto visual, estar de acuerdo, frases de respuesta, etc.) ▪ Ayude a que la conversación avance sin introducir ideas propias (evite dar consejos o intentar cualquier interpretación) 	<p>Esto abre el diálogo y anima al hablante a expresarse dando más explicaciones.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar las palabras de la persona mayor en la reformulación (repetición de palabras clave) 	<p>Esto les demuestra que la persona con la que están hablando está prestando atención a lo que están diciendo y lo ha entendido correctamente, evitando malas interpretaciones.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parafrasea lo que dice la persona mayor con tus propias palabras 	<p>Esto le permite enfatizar lo que han dicho, para reflejarles el significado de lo que han dicho.</p>

B. Uso de técnicas de cuestionamiento y reformulación para facilitar la expresión y comprensión del hablante

Diferentes tipos de reformulación

La reformulación consiste en devolverle al hablante lo que acaba de decir, centrándose en:

- comprensión del mensaje;
- el contenido emocional percibido.

Esto facilita la expresión de la persona mayor, ya que se siente escuchada y comprendida, y asegura que la has entendido bien, repitiendo algunas de sus palabras o determinadas palabras clave.

Hay varios tipos de reformulación:

- *Eco reformulación*

Esto toma la forma de repetir las palabras del hablante palabra por palabra para usarlas... ¡como un loro!
Iniciadores: 'Estoy escuchando' / Repetición de palabra clave...

Ejemplo:
Tengo mi osteoartritis que me está dando dolor.
[Reformulación]
Escuché que su osteoartritis le está dando dolor.

Esto demuestra que has escuchado y eres empático. También puede ser útil ayudar a que la conversación avance sin interferir usando las propias palabras del hablante.

- *Reformulación reflejo o espejo*

Este método implica el uso de otras palabras propias, como una paráfrasis, para reformular las de su hablante para asegurarse de que ha entendido lo que está escuchando. Esto toma la forma de paráfrasis.
Iniciadores: 'Si he entendido bien... / En otras palabras... / Según usted... / Quiso decir que...'

Ejemplo:
Me niego a comer lentejas. Odio esto.
[Reformulación]
Si entiendo bien, te niegas a comer lentejas porque no te gusta este plato.

Esto es retroalimentación, verificando la información, lo que nos permite establecer si hemos entendido correctamente a nuestro hablante. También les permite escuchar lo que han dicho en una forma diferente, hacer cambios si es necesario y los anima a hablar.

- *Reformulación para aclarar o dilucidar*

Esta técnica tiene como objetivo obtener la clarificación de lo que ha dicho el hablante, eliminar la ambigüedad, avanzar hacia la concreción y la precisión, haciendo que el hablante aclare sus pensamientos. Se trata de ir más allá de lo dicho, utilizando lo que se ha entendido entre líneas o deducido.
Iniciadores: 'En otras palabras/ Entonces, básicamente... / Entonces, piensas que... / Si entiendo bien lo que me estás diciendo,'

Ejemplo:
Me cuesta moverme por mi casa y subir las escaleras. Ya no es adecuado para mi situación. Estoy viendo posibles soluciones con mi hijo.
[Reformulación]
Básicamente, su hogar ya no es adecuado para sus habilidades. ¿Estás planeando dejarlo?

Esto lleva al orador a responder, a aclarar sus pensamientos y ofrece un nuevo punto de vista para hacerlo pensar.

- *Reformulación para resumir*

Esto implica identificar los elementos esenciales de una conversación. Es muy útil para hacer un seguimiento y reenfocar algo de lo que se ha dicho.
Le permite validar un paso o reiterar un punto, aclarar la discusión e iniciar un nuevo punto de partida para la conversación.
Iniciadores: 'Así que quieres... / En resumen... / Así que básicamente... / Si te he entendido bien... / En pocas palabras...'

Ejemplo:
Puedo lavarme sin ayuda. Estoy acostumbrado a eso. Tengo una barra de apoyo en mi baño. Tengo una alfombrilla antideslizante en la ducha. preparo mi ropa...
[Reformulación]
Básicamente, quieres hacer tu propia rutina de higiene, porque tienes las ayudas físicas que necesitas y estás bien organizado. [Nuevo punto de partida] ¿Es

importante para ti manejar esto por ti mismo?

Esto le permite reenfocar lo que ha dicho el orador en los elementos más importantes de la conversación.

- Reformulación *inversa o deductive*

Esto es completamente deductivo, pero sin interpretación. Invierte la presentación del sujeto, pero sin distorsión. Es muy útil hacer que tu hablante retroceda un poco cuando está atrapado en un sentimiento que lo tiene atrapado. Esta técnica puede hacerles ver un lado diferente a lo que acaban de expresar. Esta reformulación también comienza con un lenguaje cuidadoso y se utiliza con un tono cuestionador.

Ejemplo:

Estoy triste. Mi hija se va al sur este fin de semana.

[Reformulación]

¿Quieres decir que no podrá visitarte y que estarás solo este fin de semana?

Tiene como objetivo sensibilizar a la persona ayudándola a expresar sus verdaderos sentimientos, necesidades y demandas.

El arte de hacer preguntas

Hacer preguntas es muy importante en la relación de ayuda. Animará a la persona mayor a expresarse; identificar sus necesidades; sentirse valorado; optimizar la cooperación, etc.

- **La pregunta abierta:** esto provoca la expansión. Por ejemplo: '¿dónde te gustaría ir a dar un paseo?'. Se invita a la persona mayor a elaborar su punto de vista (para aquellos que todavía tienen buenas capacidades cognitivas).
- **la pregunta cerrada:** esto requiere una respuesta sí o no. Por ejemplo: '¿quieres dar un paseo por el parque esta tarde?' SI/NO (para personas mayores con deterioro cognitivo).
- **Pregunta de opción múltiple:** esto ofrece una opción, por ejemplo, '¿Quieres ir a dar un paseo por el parque o ir a la sala de actividades?'. Este es el único tipo de pregunta donde es necesario que el profesional use su propio punto de vista individual para sugerir las opciones iniciales, pero a las que agrega 'o algo más'.
- **Reformulación:** la oración se construye gramaticalmente de manera afirmativa pero la comunicación no verbal es levemente cuestionadora. La afirmación valida lo dicho por el hablante; el leve cuestionamiento les da la oportunidad de reenfocar sus palabras para mejorar la comprensión. La reformulación es un caso especial de pregunta cerrada. Esta es una herramienta importante en la relación de ayuda (técnicas anteriores).
- **'Por qué':** preguntar por qué (incluso sin condiciones u obligación de responder) es complicado. Esta es una pregunta que es aún más abierta que la pregunta abierta. Le pide a alguien que nos proporcione directamente los motivos de sus pensamientos (por lo general, no se puede acceder al instante). Esto no se recomienda para su uso con personas que tienen trastornos de comunicación.

En resumen

TIPOS DE PREGUNTAS	Abierto	Cerrado
Neutral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pregunta que requiere un proceso de pensamiento con salida de información (explicación) y/u opiniones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pregunta aclaratoria y/o con respuesta informativa de tipo binario (sí/no). <i>Opción preferida para usar con personas que sufren de trastornos cognitivos.</i>
Inducido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La respuesta está contenida en la pregunta. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pregunta engañosa, a menudo una trampa.

C. Técnicas de comunicación verbal/no verbal para mantener la conexión comunicativa, para favorecer la expresión del hablante

Buen uso del habla para facilitar la comprensión de la persona mayor

- Vocabulario y elección de palabras.
 - Sencillo, familiar y adecuado para sus habilidades de comprensión.
 - Positiva y activa (empoderadora, alentadora...)
 - Uso de las mismas palabras para la repetición.
 - Semántica respetuosa con la persona mayor*: no degradar ni infantilizar
 - Expresiones a evitar que puedan ser mal entendidas, mal interpretadas
 - Vocabulario técnico a evitar

***EL PODER DE LAS PALABRAS**

Si las palabras tienen significado, también tienen intención, responsabilidad e incluso ética, que surge ante todo de las elecciones que se han hecho. Porque actúan directamente sobre la mente de quien las recibe. Pueden generar manifestaciones conductuales positivas (motivación, alegría...) o negativas (violencia, agresión, retraimiento...). Estas opciones son aún más importantes con personas mayores en situaciones vulnerables y con pérdida de independencia. El profesional deberá utilizar las palabras adecuadas para evitar cualquier desprestigio o desánimo de la persona mayor. Ejemplos:

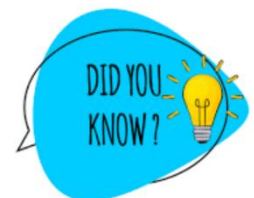
Palabras a prohibir	Palabras a preferir
<i>Almohadilla</i>	<i>Protección</i>
<i>Elevador de pacientes</i>	<i>Elevador de personas</i>
<i>Babero</i>	<i>Servilleta adaptada</i>
<i>Lavado</i>	<i>Higiene</i>
<i>dando comida</i>	<i>Ayudando con las comidas</i>
<i>Tomando</i>	<i>Acompañar</i>
<i>Demencia, perder la cabeza</i>	<i>Trastornos cognitivos</i>
<i>Abuelita, mi amor</i>	<i>Sra./Señorita/Sra.</i>
<i>Nosotros</i>	<i>I</i>

- Estructuración del habla
 - Oración corta y simple sin dar demasiada explicación.

- Un mensaje a la vez
- Sin doble sentido
- Poder vocal
 - Asegúrate de adaptarte a un contexto presencial
 - Evite hablar demasiado alto (sensación de agresión o dominación)
 - Riesgo de dañar la relación de comunicación
- Tono
 - Evita usar un tono monótono.
 - Modula tu voz para lograr que la persona sienta que estás pidiendo su atención, para que permanezca atenta
- Velocidad
 - Hablando a una velocidad moderada, no demasiado lento o exagerado, no demasiado rápido
- Articulación
 - Esencial para garantizar que el habla sea clara
- Pausas y silencios
 - Pausas regulares entre cada oración para facilitar la asimilación del mensaje
 - Saber aceptar los silencios (que le permiten a la persona integrar y asimilar lo que ha escuchado y expresarse a su vez si así lo desea)

Técnicas de sincronización para tranquilizar y relacionarse con la persona mayor

Sincronización es un término utilizado en PNL (Programación Neurolingüística) y en Hipnosis Ericksoniana para designar un conjunto de conductas, posturas, formas de hablar y de ser, conducentes a una comunicación de excelente calidad. Se trata de moverse y hablar del mismo modo que la persona que tienes delante, sin caer en la caricatura del mimo.



Sincronizarse implica, por tanto, adoptar el modo de comunicación de la otra persona, o al menos algo parecido. Es una forma de estar en la misma longitud de onda que la otra persona. La sincronización ayuda a establecer un clima de confianza y seguridad en la relación y a facilitar la comunicación.

En la práctica, basta con reflejar a la persona, es decir, establecer una simbiosis con nuestro hablante en los distintos niveles de comunicación verbal, paraverbal y no verbal y estado interno. La otra persona detectará inconscientemente los puntos en común.

Modo de sincronización	Técnicas de sincronización
Verbal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar el principal canal VAKO (visual, auditivo, cinestésico, olfativo). Por ejemplo: 'Puedo ver lo que quieres decir' (canal visual) ▪ Adaptarse al nivel de lenguaje de la persona ▪ Repite algunas palabras que surgen a menudo
paraverbal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoptar los mismos modos de comunicación paraverbal que la persona, en cuanto al tono de voz (bajo, alto), la velocidad de las palabras, el volumen, el ritmo, las pausas para respirar
no verbal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Copiar su lenguaje corporal: posición corporal, movimientos, gestos, respiración, expresiones faciales (mirada, sonrisa), etc.
Interno	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sincronizar con sus emociones, su estado de ánimo

Esta técnica de 'sincronización espejo' se utiliza en el método Validation® de Naomi FEIL para permitir al profesional entrar en el mundo emocional de la persona con trastornos cognitivos. Se utiliza para generar confianza con ellos cuando ya no se expresan verbalmente, para evitar que se vuelvan completamente retraídos. Para ello, el profesional utiliza principalmente la modalidad no verbal, observando atentamente la actitud, los ojos, las expresiones faciales, el labio inferior, el aspecto general, los movimientos repetitivos, etc. de la persona con demencia. Luego, el profesional trata de hacer coincidir su propia actitud, gestos y respiración con los de la otra persona para validarlos.

Técnicas para mejorar la autoestima

- *Refuerzo positivo*

El refuerzo positivo es un método utilizado para crear, mantener y/o inducir comportamientos apropiados. Esto se usa ampliamente en el trabajo con niños pequeños y en el trabajo con personas con discapacidades. En la relación de ayuda, su objetivo es alentar y mejorar el sentido de valor de la persona.

La idea es que cuanto más comuniquemos imágenes positivas a alguien, más confianza tendrá esta persona en nosotros y querrá mantener esa imagen. Por lo tanto, solo puede servir para fortalecer la relación. Un cumplido aumenta nuestra autoestima y nos anima a hacer más.

Elevo el sentido de autoestima de la persona usando lo positivo, pongo emoción (alegría) en validarlo, con 'puedes estar orgulloso de ti mismo, bravo...!.

Es importante asegurarse de que los refuerzos sean auténticos y fundamentados.

Este refuerzo puede basarse en:

- comunicación verbal (felicitaciones, aliento, aprecio...);
- comunicación no verbal (sonreír, asentir, saludar con la mano...);
- acciones o actitudes (recompensas, privilegios, tiempo con la persona...);
- ayudas, como objetos, imágenes...

- *Trazos o signos de reconocimiento*

Una de las principales necesidades de toda persona es sentirse reconocida, ya sea físicamente (con gestos) o verbalmente (con palabras amables). Para satisfacer esta necesidad, Eric BERNE, el fundador del Análisis Transaccional, utiliza el término trazo, para designar una unidad de reconocimiento.

Clásicamente existen dos formas de signos de reconocimiento: el signo condicional y el signo incondicional, que puede ser positivo o negativo.

TIPOS DE CARRERAS	POSITIVO	NEGATIVO
Condicional Estos signos se relacionan con acciones, comportamientos, hacer cosas.	<i>Sr. X, ¡ha hecho una buena elección con este jersey!</i>	<i>No te has abotonado la camisa.</i>
Incondicional Estos tratan del ser, de lo que el otro es	<i>¡Siempre estás elegante!</i>	<i>¡No eres bueno en eso!</i>
Impactos en el comportamiento de la persona. Auto confianza Relación Actuación	Ganar Alienta Mejora	Pérdida Destruye Reduce

En la relación de ayuda con la persona mayor será importante fomentar caricias positivas identificando en sus actitudes y conductas las caricias negativas que pueden entorpecer la relación.

La contribución de la comunicación no verbal a la comunicación verbal en la relación de ayuda y cuidado

Hoja de referencia de comunicación verbal/no verbal

Comunicación verbal

1. Comience cada conversación nombrando a la persona, identificándose y explicando el propósito de su visita.
2. Evite cualquier término vago o ambiguo.
3. Usa oraciones simples.
4. Indique las instrucciones una por una.
5. Evite el uso de palabras negativas o el imperativo.
6. Acepte que no siempre entenderá todo y observe la comunicación no verbal de la persona a la que ayuda.
7. Reformule si es necesario, para asegurarse de que está comprendiendo.
8. No corrija a la persona si usa palabras inapropiadas.

Comunicación no verbal

1. Asegúrese de adoptar una actitud abierta.
2. Tenga en cuenta cualquier deficiencia auditiva o visual.
3. Preste atención a su propia comunicación no verbal:
 - Tono de voz (empático);
 - Capta la atención con tus ojos;
 - Adapta el gesto a tu mensaje verbal.
4. Asegúrese de comunicarse con la persona en un ambiente tranquilo (evite el ruido, las luces excesivamente brillantes, etc.).

Comunicación verbal	Comunicación no verbal
<p>ESCUCHA ATENTA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asegúrese de que la persona entienda que nos preocupamos por ella. ▪ Mostrar autenticidad. ▪ Acepta los silencios. ▪ No monopolices la conversación, trata de escuchar y hacer preguntas alternativamente. ▪ Use reformulaciones para asegurarse de que se entienden entre sí. ▪ Fomentar la expresión de los sentimientos. ▪ Demuestra que entiendes sin juzgar. <p>ANÁLISIS DE CONTRATRANSFERENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar la atención y la vigilancia para permanecer objetivos y no subjetivos. 	<p>OBSERVANDO</p> <p>Escuche con todos los sentidos. Durante las interacciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limite las interrupciones (ruido, luz, lugar no propicio para la confidencialidad, etc.). ▪ Adoptar una actitud cómplice. ▪ Utilizar gestos apropiados para la comunicación verbal. <p>ACTITUD EMPÁTICA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intenta estar lo más cerca posible de la persona de forma empática para entenderla sin identificarte con ella.

4. USO DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVA ADAPTADA A PERSONAS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO

A. Adoptar una variedad de herramientas de comunicación

Las dificultades de comunicación pueden ser frustrantes tanto para la persona que intenta transmitir un mensaje como para la persona que lo recibe. Por lo tanto, no es raro ver una reducción flagrante o un cese total de la comunicación cuando uno u otro de los hablantes muestra poca o ninguna indicación de que está escuchando y/o comprendiendo. Este es el caso, por ejemplo, de las personas con trastornos cognitivos.

Es fundamental mantener la comunicación con estas personas. Definitivamente se necesita una gran cantidad de herramientas de comunicación para garantizar que se mantenga la comunicación con las personas mayores. Será necesario encontrar el equilibrio adecuado entre el tacto, el habla y la actitud. Esto se logra compartiendo momentos o actividades que estimulen la comunicación. Existen diferentes enfoques que combinan la comunicación verbal, no verbal y emocional.

B. El abordaje de mirar, hablar y tocar según la metodología Humanitude® de GINESTE-MARESCOTTI

Premisa

Por sus alteraciones cognitivas, la persona mayor con demencia será especialmente sensible a elementos paraverbales (la entonación de la voz, por ejemplo) y elementos no verbales de la relación (como la actitud del profesional y la forma en que utiliza el tacto). Si el profesional tiene una actitud inadecuada, sus gestos serán malinterpretados y el enfermo los vivirá como una intrusión. Esto tendrá el efecto de reforzar sus trastornos de conducta, incluida su agresividad.

La metodología de cuidado Humanitude® fue desarrollada por Yves GINESTE y Rosette MARESCOTTI para prevenir estas manifestaciones conductuales y fomentar una interpretación positiva del cuidado.

Uso de la mirada, el habla y el tacto.

El propósito de este método es permitir que la persona con demencia interprete los procedimientos de atención no como un acto de agresión, sino como un acto de bondad. Está organizado en torno a formas específicas de mirar, hablar y tocar a la persona.

▪ **Mirar**

Con la demencia, la imposibilidad de hablar no impide la comunicación. De hecho, mirar sigue siendo nuestra primera herramienta de comunicación. Desde nuestros primeros días, cuando aún no se puede usar el habla, la mirada es una forma de comunicación no discursiva que sigue siendo extremadamente expresiva. Donde las palabras todavía no son posibles, o ya no son posibles, o son inadecuadas, mirar todavía permite que las personas digan algo. Para hacer esto, mire constante y directamente a la cara de la persona, sostenga la mirada y no mire ni desvíe la mirada.

Según la metodología Humanitude®, la mirada debe incluir los siguientes elementos para que sea interpretada favorablemente:

- *mirada axial (de frente a la persona, no al costado);*
- *horizontal (a la altura de la persona, sin mirar hacia abajo);*
- *largo (se mantiene la mirada para asegurar que sea firme);*
- *cerca.*

▪ **Discurso**

Este sigue siendo nuestro principal medio de comunicación y contacto con los demás.

Según la metodología Humanitude®, el profesional debe anunciar con antelación las acciones que va a realizar y describirlas. Esto evita que la persona se sienta sorprendida ya que sabe de antemano lo que va a pasar.

▪ **Tocar**

El uso del tacto en esta técnica permite al cuidador obtener información sobre el estado de salud de la persona. El toque reconfortante es más una forma de atención, una forma de estar en contacto con la persona mientras aumenta su estima.

Según la metodología Humanitude®, debe ser:

- *profesional (es aconsejable aprender ciertas formas menos agresivas de tocar: por ejemplo, será preferible el 'agarre suave' y se debe evitar el 'agarre fuerte');*
- *progresivo (no empiece a tocar a alguien en un área sensible o íntima);*
- *continuo (una vez establecido el contacto, se mantiene);*
- *calmante (un toque suave que cubre grandes partes del cuerpo).*

Este toque no se reduce a un gesto técnico y utilitario, se ofrece, no se impone; entonces se convierte en contacto relacional, 'toque tierno'.

Técnicas relacionadas

- **Mantener la verticalidad**

Esto sigue siendo esencial para nuestras funciones motoras. Permite una buena percepción espacial y por lo tanto favorece una buena función cognitiva.

De acuerdo con esta metodología, una persona mayor que recibe apoyo correctamente debe estar de pie. Para ello, se aconseja evitar en lo posible los baños en la cama y conseguir que la persona mayor esté lo más erguida posible.

- **Retroalimentación sensorial**

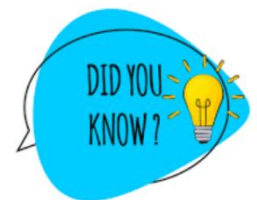
Hay varios canales de comunicación y varios sentidos que contribuyen a ello: la mirada, el habla y el tacto. La retroalimentación sensorial toma la forma de comunicación utilizando al menos dos de estos sentidos, idealmente los tres. El objetivo es enviar un mensaje consistentemente benévolo con el uso de varios sentidos al mismo tiempo. Por ejemplo, si estoy diciendo palabras tranquilizadoras, debo hablar con voz tranquila y mis gestos deben ser tranquilos. Si mis gestos son demasiado rápidos, ya no son coherentes con mi discurso.

- **Consolidación emocional**

Se trata de la terminación de la relación de ayuda y cuidado, donde el cuidador expresa explícitamente un mensaje positivo para reforzar que el procedimiento de cuidado salió bien. El objetivo es el refuerzo positivo de la memoria emocional de la persona para prepararla mejor para futuros procedimientos de atención.

C. Validación Emocional® según Naomi FEIL

Validation® es un método desarrollado por Naomi FEIL, psicóloga estadounidense, para fomentar la comunicación con personas mayores desorientadas o con trastornos cognitivos. Se basa en la idea de que siempre hay una razón detrás de cualquier comportamiento. Entender por qué las personas extremadamente mayores y desorientadas se comportan como lo hacen, y aceptar que ese comportamiento es suyo, es la clave para 'validarlas'.



Premisa

Naomi FEIL considera los trastornos de conducta de la persona mayor con demencia tanto como mecanismos de defensa como intentos de resolución de viejos conflictos. Ella basa su enfoque en el concepto de etapas de desarrollo de Erik ERIKSON, donde cada etapa de desarrollo corresponde a tareas específicas que deben realizarse. Agrega una última etapa a

esta teoría: la de la resolución, donde existe la preocupación de poner en orden la propia vida antes de dejarla, resolviendo conflictos pasados.

Hay 4 fases diferentes en esta etapa de Resolución:

- Fase 1: DESORIENTACIÓN
- Fase 2: CONFUSIÓN TEMPORAL
- Fase 3: MOVIMIENTOS REPETITIVOS
- Fase 4: ESTADO SIN RESPUESTA

Los 10 principios de la Validación®

- 1- Cada persona es única y debe ser tratada como individuo;
- 2- Toda persona es importante, esté o no desorientada;
- 3- Siempre hay una razón detrás del comportamiento de las personas desorientadas;
- 4- El comportamiento de las personas de edad avanzada no sólo está relacionado con cambios anatómicos en el cerebro, sino que refleja todos los cambios físicos, sociales y psicológicos que han tenido lugar a lo largo de su vida;
- 5- No se puede obligar a una persona muy anciana a cambiar su comportamiento, porque no puede cambiarlo a menos que quiera;
- 6- Las personas de edad avanzada deben ser aceptadas sin juicio;
- 7- Cada etapa de la vida representa ciertas tareas. El incumplimiento de estas tareas puede conducir a problemas psicológicos;
- 8- Cuando falla la memoria reciente, los adultos mayores intentan reequilibrar sus experiencias volviendo a sus viejos recuerdos;
- 9- Los sentimientos dolorosos disminuyen si son expresados, reconocidos y validados por alguien de confianza que sabe escuchar. Si se ignoran o se niegan, estos mismos sentimientos dolorosos aumentarán;
- 10- La empatía genera confianza, reduce la ansiedad y restaura la dignidad.

Empatía y emociones

Validation® se basa en gran medida en la empatía y, por lo tanto, en el reconocimiento de las emociones de la otra persona. Para Naomi FEIL, no reconocer las emociones de alguien es como negar al individuo. El método se basa, por tanto, en el encuentro con la persona, en encontrar la manera de establecer un vínculo de confianza y en una cierta apreciación de la persona como un individuo completo por derecho propio. Se trata de devolver la dignidad ahuyentando el doloroso sentimiento de inutilidad y soledad. Si hay valor y significado en el presente, la persona no tendrá por tanto la misma necesidad de encerrarse en el pasado.

¿Cómo validamos?

Validation® utiliza una amplia gama de técnicas verbales y no verbales para mantener una conexión con la persona independientemente de su nivel de desorientación. Las herramientas están ahí para reactivar memorias sensoriales, emociones y sentimientos y para facilitar su expresión.

A través de la escucha activa y modos de comunicación adecuados

Las interacciones verbales se llevan a cabo, siempre que sea posible, utilizando varios métodos:

- Haga preguntas cerradas (sí/no) o abiertas (¿quién, ¿qué, ¿dónde, ¿cuándo, ¿cómo?) para indicar su interés y permitir que la persona diga más si está dispuesta

- y es capaz de hacerlo y si todavía tiene lenguaje verbal.;
- Reformular palabras clave utilizadas por la persona, haciendo coincidir su voz;
 - Hacer referencia a su pasado, permitiendo que la persona traiga recuerdos y experiencias personales;
 - Practique cuestionar al extremo (¿siempre, nunca, muchas veces?) o imaginar lo contrario (¿y si sucediera lo contrario?), para permitirle a la persona aclarar los límites de lo que sucede;
 - Identificar y utilizar el sentido preferido de la persona (visual, auditivo o cinestésico);
 - Use la ambigüedad ("ellos", "eso" en lugar de un sustantivo específico) para concentrarse en el significado de lo que se dice cuando no comprende las palabras.

Las técnicas no verbales se vuelven aún más importantes cuando la comunicación verbal se vuelve demasiado difícil.

- Utilice la sincronización del espejo en función de la respiración, las expresiones faciales y los movimientos de la persona;
- Adopte un contacto visual cálido y genuino;
- Practique un toque respetuoso y apropiado para llamar la atención de la persona, responder a una necesidad de presencia o despertar viejos recuerdos táctiles;
- Utilizar la música, el canto y el baile, adaptándolos a las necesidades y emociones percibidas.

Comunicarnos con personas mayores desorientadas requiere que entremos por la puerta principal derecha:

- Utilice el reconocimiento y la 'sintonización' con las propias emociones, ya sea miedo, ira, tristeza o alegría.

Hacerse disponible

- Es necesario estar preparado. Antes de acercarse a la persona, el profesional se toma un tiempo para tomar conciencia de su propio estado interno en ese momento y se pone a disposición antes de entrar en el mundo de la otra persona.

Entrar en empatía con la persona

- Mediante una cuidadosa observación para tratar de identificar el estado emocional de la persona, el profesional alinea su propia actitud y postura con las de la persona y, de manera similar, modula el ritmo, el volumen y el tono de su propia voz para que coincidan con los de la persona.
- El acercamiento es respetuoso y atento, a una distancia adecuada intencionadamente para facilitar la relación y que resulte cómoda para la persona.



Experimentando con el método Validation®

Annie, una cuidadora, se presenta esta mañana para ayudar a Marguerite D. con su rutina de higiene. Marguerite D. ya se ha puesto el vestido por encima del camisón. Está descalza, despeinada y saluda a la cuidadora con estas palabras: '¡Vete a la mierda! ¡Te estás buscando una bofetada!'

Sra. D...

... es cruz

La Sra. D. está enfadada.

- ¿Enfadada de ver a una mujer joven frente a ella? (¿A quién le recuerda?)
- ¿Enfadada por tener que enfrentarse a su vejez, a sus discapacidades?
- Enfadada por...

Se utiliza a Annie como símbolo. La Sra. D. no la reconoce como su cuidadora.

Está enfadada con... alguien... de su pasado quizás o que le recuerda su dependencia, ¡cuando es tan independiente!

... tiene una historia

Cuando la Sra. D. ingresó al servicio, el equipo pudo recopilar algunos elementos importantes de su historia de vida.

Tiene 92 años. Octava de una familia de 11 hijos, tuvo que empezar a trabajar desde los 11 años. ¡Sabe limpiar, servir en el comedor y cocinar! Después de su matrimonio, no trabajó mucho fuera del hogar y crió a su único hijo, Alphonse. Ahora viuda, permaneció muy apegada a este hijo y no pudo tener una buena relación con su nuera. Actualmente, vive en un hogar de personas mayores y no permite que los cuidadores se acerquen a ella. Ha conocido a un residente que a veces cree que es su esposo y, a veces, su hijo. Su nombre es Alfonso.

... ¿ha vuelto a su pasado?

¿Quizás la Sra. D. todavía tiene algunas de las tareas de su vida por resolver? Algo en el ámbito de la intimidad (¿la búsqueda de un amor perdido?). ¿Quizás todavía echa mucho de menos su papel de madre? Parece tener dificultad (a veces) para aceptar que esta tarea de su pasado ya no es apropiada.

... ha perdido todas sus facultades cognitivas?

Obviamente, la Sra. D. no comprende la situación; no reconoce su necesidad de ayuda; se niega a que la toquen en las zonas privadas y se defiende de cualquier intrusión.

Tiene problemas de memoria y orientación en el tiempo y el espacio (no reconoce el lugar y la situación), problemas de reconocimiento (no reconoce al cuidador) y problemas para emprender acciones (no puede lavarse sola sin ayuda y orientación.), y errores de juicio.

Todos estos signos son parte de las indicaciones de demencia. Pero si no miramos más allá de esta visión de las cosas, podríamos perder completamente a la Sra. D.:

- sin identificar el significado de esta negativa y comprender cómo encaja en su historia personal
- sin reconocer su dificultad en usar sus gestos y palabras para expresar lo que es importante para ella.

La señora D. está muy agitada y desorientada. Se acerca a la etapa final de su vida. La cuidadora se ha convertido en el símbolo de lo que rechaza.

¿Qué debemos decirle y cómo?

- Puedo tratar de razonar con la Sra. D.: 'Vamos, me conoces, soy Annie, tu cuidadora y estoy aquí para ayudarte. Deja que suceda y todo estará bien.
Pero la Sra. D. no puede acceder a su pensamiento lógico... y puede permanecer sorda a mis palabras.
- Puedo tratar de distraerla agregando: 'mira ese hermoso sol. Tu hijo va a visitarte pronto, tienes que lucir bien para él.
Pero la señora D. no está viviendo la realidad del momento presente y si no se escucha su ira, crecerá.
- Puedo unirme a ella en un nivel emocional reflejando su ira, reconociendo el valor total de esta emoción que la abrumba, ayudándola a expresarla: '¡Me van a dar una bofetada si sigo así! Hay mucho por lo que enfadarse...

Esta actitud podría permitirle expresar su sentimiento de resentimiento, su angustia por ser despojada de su vida, de su privacidad.

¿Cómo la validas como profesional?

- Doy un paso atrás y respiro profundamente, dejando de lado mis propias preocupaciones del momento. Ahora estoy realmente disponible para la Sra. D.
- La observo: la veo, su rostro tenso, sus brazos cruzados, su respiración agitada.
- Adopto la misma actitud, la misma expresión facial y la misma respiración.

Entonces estoy sintiendo esta ira que ella está mostrando, y compruebo: '¡Estás muy enojado en este momento! ¿Por qué estás tan enojado?'

- [Señora. Respuesta de D.]: '¡Eres tú! ¡No te necesito! ¡Lo estoy manejando todo por mi cuenta!'

—'¡Lo estás manejando todo tú solo! ¡Eres una persona muy independiente! (reformulación)

- [Señora. Respuesta de D.]: '¡Claro! ¡Siempre he trabajado! ¡Sé lo que tengo que hacer!'

—'¡Siempre has tenido éxito en hacer todo lo que había que hacer! ¿Alguna vez has necesitado ayuda?'

- [Señora. Respuesta de D.]: '¡No había ninguna ayuda en esos días! Tenía que salir adelante...'

Y la conversación puede continuar: el enfado validado da paso a viejos recuerdos (reminiscencia) y momentos importantes que la señora D. revive contándoselos a la cuidadora.

Se establece la confianza y tal vez ella acepte ayuda con la rutina de higiene...

Fuente APVAPA, Anick MARTIN, Validation Practitioner

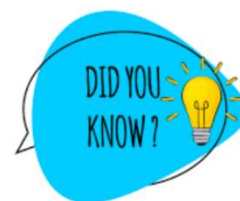
D. Conceptos CAA (Comunicación Aumentativa y Alternativa) para la comunicación basada en imágenes y gestos


La Comunicación Aumentativa y Alternativa (o CAA) engloba todo el apoyo humano y las herramientas que permiten a una persona con dificultades de comunicación comunicarse (es decir, entender su entorno y hacerse entender por las personas cercanas) reemplazando el lenguaje oral, si es ausente (alternativa), o mejorando la comunicación, si es inadecuada (aumentativa).

Es un método repetitivo y regular que utiliza símbolos como medio para pasar a la comunicación oral (acciones, fotografías, dibujos, letras, palabras, usados solos o combinados). La particularidad de este método se concreta en el uso intensivo de equipos específicos (electrónicos o no) para encontrar alternativas accesibles y comprensibles a la comunicación verbal o escrita.

Algunas herramientas de CAA diseñadas para personas con discapacidad son adecuadas para personas mayores con formas de demencia.

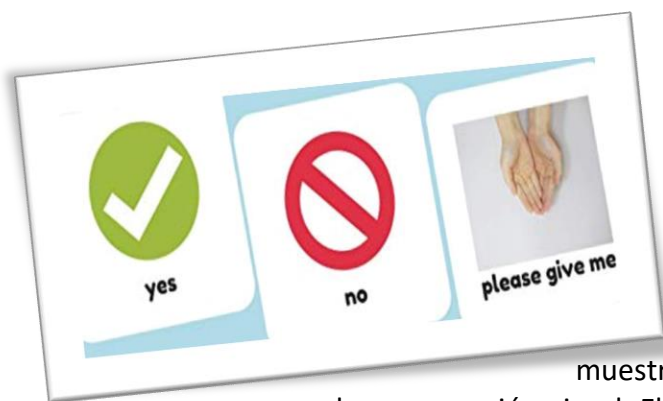
Aquí están algunos ejemplos:



Makaton		
gâteau		 <small>Gâteau, breuvé</small>
dormir		 <small>Dormir</small>
bonjour		 <small>Bonjour</small>
encore		 <small>Encore</small>

El programa MAKATON está diseñado para personas con trastornos severos del lenguaje y la comunicación. Ayuda con el desarrollo de habilidades de comunicación mediante la combinación de discurso, signos y pictogramas. Por lo tanto, la fuerza de este programa radica en su naturaleza multimodal. Se basa en un conjunto de vocabulario que es simple y funcional en la vida cotidiana. Los signos y pictogramas se utilizan como apoyo al habla para representar conceptos y situaciones de la vida cotidiana. La ilustración visual es ciertamente importante para dar significado a las palabras que se escuchan o leen. Este programa ofrece muchos beneficios:

- Reduce las frustraciones de la persona, al permitirle expresar sus necesidades o sentimientos, y desarrollar su autoconfianza;
- le permite a la persona interactuar socialmente, por ejemplo, en el caso de una persona que no puede hablar en absoluto;
- ayuda a mantener las habilidades lingüísticas restantes al crear una estimulación positiva.



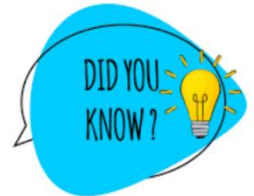
PEC (Picture Exchange Communication Schedule) es una herramienta basada en el intercambio de imágenes para comunicar. Este método se puede ofrecer a las personas si su lenguaje oral no les permite hacerse entender.

No requiere ningún nivel cognitivo en particular, incluso para personas que muestran gran dificultad en ejercicios o evaluaciones de comprensión visual. El objetivo de PECS es permitir que la persona mayor se comunique para expresar una elección, un deseo, pedir ayuda, hacer un comentario, hacer una pregunta, aceptar o rechazar una instrucción... Para ello, tienen imágenes (pictogramas) disponibles para su uso, que pueden tomar y entregar al profesional. Serán capaces de formar oraciones combinando las imágenes. El profesional responde a la petición de la persona mediante el lenguaje oral y le da lo que quería, responde a su pregunta, etc.

ADOPCIÓN DE PRÁCTICAS DE CUIDADO PARA LA PROTECCIÓN ANTE SITUACIONES DE RIESGO DE VIOLENCIA

1. LAS RECOMENDACIONES NACIONALES (DIRECTRICES) PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS DE APOYO AL CUIDADO

En Francia, la Haute Autorité de Santé (Autoridad Nacional de Salud) ha publicado una serie de recomendaciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los residentes y proporcionar pautas para que los profesionales brinden apoyo a una persona mayor como parte de una buena atención.



A. Las recomendaciones nacionales relativas al apoyo a las personas mayores como parte de un buen cuidado

Éstas incluyen:

- personalización del soporte y de los servicios prestados;
- condiciones de vida;
- vida cotidiana y calidad de vida;
- vida social.

Algunos principios que se pueden aplicar a las acciones de la vida cotidiana con las personas mayores y/o sus amigos y familiares:

Directriz n. 1

Implementar la libertad de elección en la práctica

- Trabajar con respeto a los derechos y elecciones del usuario;
- Personalizar la admisión y apoyar la integración del usuario en la estructura;
- Escuche lo que dice el usuario y respete su validez;
- Desarrollar oportunidades de relación recíproca entre los usuarios y establecer una estructura organizativa que minimice los tiempos de dependencia de los usuarios de los profesionales;
- Estar atento a las negativas e incumplimientos, a fin de asegurar que las situaciones se desarrollen adecuadamente.

Apoyo a la independencia

- informar al usuario;
- Tener en cuenta el ritmo de vida del usuario y todas sus necesidades;
- Apoyar al usuario en lugar de hacer las cosas por él;
- Sugerir mediaciones y acciones de apoyo para mantener la independencia.

Comunicación individual y colectiva.

- Ofrecer al usuario una amplia variedad de oportunidades de expresión;
- Crear un ambiente de apoyo para el habla;
- Comunicar hasta el final de la vida;

Un plan de admisión y apoyo definido y evaluado

- Establecer objetivos específicos en el marco del plan personalizado del usuario;
- Establecer procedimientos de implementación y seguimiento realistas que respeten las capacidades y el ritmo del usuario;
- Observar los efectos positivos y negativos de las acciones implementadas en beneficio del usuario.

Directriz n. 2

Respeto por la individualidad única, fundamento de la relación de ayuda

- Apoyar al usuario y respetar su individualidad única en la relación de ayuda y cuidado;
- Dar una respuesta adecuada a las necesidades individuales del usuario.

Vigilancia respecto a la seguridad física y sentido de seguridad de los usuarios

- Brindar protección y asegurar el bienestar físico de las personas bajo cuidado;
- Asegurar la comunicación y el enlace entre los profesionales;
- Informar a los usuarios sobre eventos institucionales y cambios de profesionales;
- Ser sensible a las necesidades del usuario y dar una respuesta adecuada a las solicitudes.

Un marco institucional estable

- Dar valor a los derechos de los usuarios;
- Haga un recordatorio de las reglas, si es necesario, sin caer en una rigidez excesiva;
- Intervenir en casos de violencia, con el fin de contener a la persona que está siendo violenta hacia los demás;
- Investigar cómo ocurrieron los hechos violentos.

Directriz n. 3

Trabaje con la familia y los amigos del usuario y respete la relación entre el usuario y ellos.

- Crear un entorno que tenga en cuenta a la familia y los amigos y perciba su propio análisis de la situación del usuario como complementario a los otros análisis;
- Escuchar y comprender las solicitudes y necesidades de la familia para establecer soluciones de cuidado a largo plazo que respeten el equilibrio familiar;
- Mantener actitudes profesionales neutrales y sin prejuicios con respecto a la relación entre el usuario y sus seres queridos;
- Ayuda a personas aisladas a crear su propia red social.

Enlace con recursos externos

- Abrir la estructura organizativa a recursos externos y desarrollar asociaciones;
- Organizar el enlace con los visitantes habituales y fomentar las interacciones para crear una cultura de intercambio;
- Establecer herramientas para recopilar perspectivas desde fuera de la institución;
- Desarrollar el intercambio de experiencias entre diferentes instituciones.

Fomento de la expresión y el intercambio de perspectivas

- Invitar a los usuarios a expresar sus deseos;
- Establecer espacios de debate donde profesionales, amigos o familiares y usuarios puedan intercambiar sus opiniones;
- Fomentar la participación creando vínculos claros entre las opiniones recopiladas y los cambios en el funcionamiento de la institución;
- Fomente la participación en el debate invitando a los usuarios de forma regular y respetuosa.

Directriz n. 4

Animar a todos los profesionales a dar su opinión

- Promueva el debate en torno a la observación minuciosa;
- Sensibilizar regularmente a los profesionales sobre el propósito de su función;
- Fomentar el intercambio y el desarrollo de habilidades en torno a las observaciones diarias.;
- Trabajar con profesionales para formalizar los formatos de información más adecuados.

Perspectiva profesional adecuada y personalizada

- Dar la bienvenida a los nuevos profesionales y darles los medios para comprender y adaptarse a los usuarios a los que están dando soporte;
- Apoyar las prácticas y los profesionales ofreciendo oportunidades regulares para reflexionar;
- Incluir estos intercambios en un proceso de mejora continua de las prácticas;
- En el caso de cualquier ocasión particularmente difícil, establecer apoyo temporal adecuado;
- Fomentar la reflexión ética entre los profesionales.

2. ADOPTAR ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS PROFESIONALES ADECUADOS EN LA RELACIÓN PARA ASEGURAR UN ENFOQUE PROFESIONAL ADECUADO QUE PREVENGA SITUACIONES DE VIOLENCIA

A. Fichas de referencia sobre conductas profesionales a fomentar en la relación de ayuda y cuidado para prevenir situaciones de violencia

En el marco del programa MobiQual (programa nacional para mejorar la calidad de las prácticas profesionales en las instituciones de salud y en el hogar), la Sociedad Francesa de Geriátrica y Gerontología (SFGG) ha creado fichas de referencia de buenas prácticas para orientar a los profesionales en términos de habilidades interpersonales. y experiencia en las situaciones prácticas de la relación de ayuda y cuidado con una persona mayor, con o sin trastornos cognitivos.

Actitudes y conductas preventivas para profesionales que hay que fomentar en los momentos clave del día

<p style="text-align: center;">DESPERTAR/DESAYUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Llamar a la puerta de la persona mayor ▪ Presentarte ▪ Usa formas educadas de tratamiento ▪ Preste atención al nivel de brillo ▪ Desearles un buen día ▪ Respeta su ritmo tanto como sea posible. ▪ Evite ser brusco y hablar en voz alta ▪ No generar un ambiente de 'emergencia' 	<p style="text-align: center;">COMIDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respetar la elección de la persona mayor de comer en grupo, solo o en su habitación (cuando sea posible) ▪ Comprobar la temperatura de los alimentos. ▪ Fomentar la independencia o la ayuda mutua entre los residentes ofreciendo apoyo cuando sea necesario ▪ Crea un ambiente tranquilo ▪ Evite cualquier acción repentina ▪ Asigne responsabilidades a la persona mayor según corresponda a sus capacidades (aumentando el sentido de autoestima) ▪ Respetar su ritmo al comer. ▪ Conozca sus gustos y aversiones, respete sus elecciones de alimentos. ▪ Siéntese a la misma altura cuando lo ayude a comer. ▪ Presentar el menú, los platos ▪ Presentar solo un plato a la vez ▪ No mezcle comida en el plato. ▪ Adaptar la textura de los alimentos a sus habilidades.
<p style="text-align: center;">HIGIENE Y CUIDADO PERSONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avisar a la persona mayor que va a ser hora de su rutina de higiene ▪ Elija el tipo de rutina de higiene que se adapte a sus capacidades ▪ Llevar a cabo la rutina de higiene adecuada a sus hábitos. ▪ Pide su consentimiento ▪ Fomentar su independencia animándoles a realizar acciones ▪ Evite ser intrusivo ▪ Permítales elegir su ropa. ▪ Asegure la privacidad (p. ej., puerta cerrada, etc.) ▪ Trate de retrasar los procedimientos de atención tanto como sea posible si se niega ▪ Sea amable en sus acciones y voz ▪ Explique lo que se hará a medida que avanza ▪ Adoptar la escucha empática ▪ Siempre establezca contacto verbal ▪ Iniciar la rutina de higiene con zonas neutras (mano, brazo...) ▪ Preferiblemente implementar enfoque con mirar y tocar ▪ Proponer herramientas de mediación que promuevan el cuidado (enfoques no basados en ...) 	<p style="text-align: center;">HORA DE ACOSTARSE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cree un ambiente tranquilo y tranquilizador antes de acostarse ▪ Fomentar la discusión a la hora de acostarse ▪ Respetar la hora habitual de acostarse de la persona. ▪ Respetar su rutina a la hora de acostarse ▪ Ajuste la calidad de la protección para minimizar la cantidad de cambios de protección necesarios durante la noche ▪ Respetar los tiempos de medicación ▪ Sugerir una actividad sin medicamentos que
<p style="text-align: center;">VISITANTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecer una zona tranquila para las visitas. ▪ Fomentar la comunicación entre profesionales y familiares/amigos ▪ Dar consejos a los visitantes. ▪ Informar a los visitantes de la importancia de su visita y las posibles consecuencias ▪ Dile a la persona mayor que viene alguien (si es posible) ▪ Hacerse cargo de la persona mayor durante unos minutos después de que el visitante se vaya. <p><i>Evitar visitas durante las comidas o momentos privados del residente</i></p>	<p style="text-align: center;">NOCHE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reducir el nivel de ruido (llamadas de audio, limpieza...) ▪ Proporcionar orientación temporal ▪ Tranquilizar, ser calmante con una voz suave. ▪ Usar contacto, tocar ▪ Mantenga el lugar tranquilo ▪ Solo use luces nocturnas durante los cambios de protección ▪ Responder a la campana y solicitudes ▪ No despiertes a la gente sistemáticamente. ▪ Proporcione un refrigerio nocturno si una persona

Durante los momentos clave del día (continuación)

ACTIVIDADES/VIDA SOCIAL	MOVIMIENTOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Ofrecer una actividad a la persona mayor todos los días, aunque se niegue sistemáticamente▪ Adaptar la actividad a sus capacidades y deseos.▪ Ofrecer actividades espontáneas en respuesta a los trastornos del comportamiento.▪ Ofrecer actividades individuales y grupales.▪ Fomentar la autoexpresión▪ Fomentar la participación activa en las acciones de la vida diaria (cocinar, jardinería...)▪ Respetar su ritmo▪ Proporcionar actividades alternativas, especialmente en respuesta a los trastornos del comportamiento.▪ Muestre aprecio por el trabajo realizado y no proponga a la persona mayor el fracaso.▪ Estimular al mismo tiempo que permite la máxima independencia▪ Ofrecer una amplia variedad de actividades.▪ Proporcionar tiempo para calmarse después de la actividad.▪ Mantener las conexiones sociales de la persona ofreciéndole ayudas de comunicación apropiadas.	<ul style="list-style-type: none">▪ Avisar a la persona mayor ante cualquier movimiento▪ Iniciar la acción sin hacerlo por ellos▪ Adaptar la ayuda técnica según sus capacidades▪ Tranquilizar a la persona▪ Respetar su ritmo▪ Use un toque suave, una interacción de manejo comprensiva sin brusquedad▪ Facilitar su comodidad▪ Asegúrese de que su posición cambie para evitar las úlceras por presión.▪ Tenga en cuenta cualquier condición dolorosa.▪ Comunicar durante la acción de movimiento.▪ Ofrecer asistencia para moverse: caminata asistida/caminata guiada▪ Asegure su entorno para evitar el riesgo de caída

Fomentar actitudes y comportamientos profesionales preventivos hacia las personas mayores con trastornos cognitivos

Las siguientes actitudes de comunicación se proporcionan a modo de ejemplo y deben adaptarse a cada caso individual:

- Evite diversas fuentes de distracción (televisión, radio, etc.) cuando se comunique con la persona mayor;
- Llama su atención: ponte frente a él, a su altura, establece contacto visual, llama su atención tomándole suavemente la mano, por ejemplo;
- Use oraciones cortas;
- Evite enviar varios mensajes al mismo tiempo;
- Utilizar gestos y expresiones faciales para facilitar la comprensión;
- Repita el mensaje si le queda alguna duda sobre si se ha entendido;
- Hacer preguntas cerradas, preferentemente;
- Dale tiempo para que se expresen;
- No descuides el lenguaje corporal: mantente relajado y sonrío;
- No levante la voz;
- No dude en repetir si es necesario;
- Incluya a la persona en la conversación;
- Evite ser familiar;
- No lo obligue a hacer nada que no quiera hacer: en este caso, cambia de tema y vuelve a intentarlo más tarde;
- No se distraiga con otra conversación;
- Asegúrese de seguir siendo paciente.

Las siguientes actitudes de cuidado se proporcionan a modo de ejemplo y deben adaptarse a cada caso individual:

- Evitar hacer por la persona mayor cosas que aún es capaz de hacer: conocer sus capacidades restantes y estimularlas;
- Establecer una rutina, rituales adaptados a sus hábitos de vida;
- Permítale tomar sus propias decisiones (p. ej., en cuanto a comida o ropa);
- Estas habilidades disminuyen a medida que avanza la enfermedad; simplificar la vida diaria a lo largo del tiempo a medida que se desarrolla (p. ej., dar prioridad a la ropa que sea fácil de poner, evitar poner demasiadas cosas en las bandejas o mesas de comida, etc.);
- Desglose las diferentes tareas en varios pasos (p. ej., después de elegir la ropa, preséntela en el orden en que se la pondrá);
- No prepare a la persona mayor para el fracaso;
- Mantener la privacidad para el cuidado y la higiene personal;
- Ayude con el cuidado personal y la higiene, que puede ser un momento tenso: asegúrese de que la temperatura del baño y del agua sea la adecuada, prepare con anticipación los elementos de higiene (jabón, guante, cepillo de dientes, etc.), respete la necesidad de modestia, dé la persona una instrucción a la vez, advertirle antes de realizar cualquier procedimiento de cuidado como lavarse la cara;
- Buscar alternativas cuando un procedimiento de atención pueda estar causando un trastorno de conducta;
- Tranquilizar y consolar a la persona regularmente durante un procedimiento de atención;
- Deja de lado los comportamientos que no son un problema para ti, siempre que no sean peligrosos;
- Proponer una actividad o alternativas que sean relevantes como respuesta a determinados trastornos: para la deambulación disruptiva, sugerir otra actividad repetitiva como doblar la ropa; para la agitación, proponer escuchar música o mirar el álbum de fotos personal de la persona

mayor, etc.

- Si la persona no quiere hacer la acción solicitada, no insista y no razone con ella;
- Si hay agresión verbal o física desencadenada por la presencia del profesional, déjelo que se calme.

Actitudes y comportamientos preventivos profesionales a fomentar con las personas con trastornos cognitivos, según sus manifestaciones conductuales

► Ver Módulo 3

Manejo del comportamiento para personas con demencia.

Cambios de comportamiento: ¿cómo ocurren y cómo debemos responder?

B. Cuestionarios de autoevaluación de las prácticas profesionales como parte del buen cuidado

I. Respeto a la privacidad, dignidad y confidencialidad	Sí	No
1. Respeto la privacidad de la persona mayor en todas las situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Respeto su dignidad en todas las situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fomento su autoestima a través de su vestimenta y hábitos de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Respeto la confidencialidad de la información en todas las situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durante la rutina de higiene, respeto su privacidad y dignidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. El manejo del dolor		
6. Tomo en cuenta su dolor en todas las situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Siempre noto la ausencia de dolor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Tercero La comodidad de la persona mayor		
8. Evito el ruido/la luz por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Evito o bloqueo cualquier discusión médica entre profesionales al lado de la cama de la persona mayor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Fin de la vida		
10. Me aseguro de que se obtengan los testamentos vitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me aseguro de que la persona de confianza esté identificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Acompaño a la persona mayor al final de la vida y aseguro su comodidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Comunicación		
13. Cada día identifico las necesidades y capacidades de cada persona (para dar una respuesta adecuada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estoy atento a la comunicación verbal y no verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI. Respeto a la independencia		
15. Fomento los movimientos y rutinas de las personas mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tomo en cuenta sus gustos, hábitos y habilidades para las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Identifico momentos de angustia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Fomento su independencia (preferencia por 'hacer que lo hagan' en lugar de 'hacerlo por ellos')	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII. Respeto por el individuo		
19. Reconozco a la persona con discapacidad como un adulto por derecho propio, con su propia historia de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Adopto una actitud respetuosa, no infantilizadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Respeto sus derechos, incluidos los derechos cívicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII. Organización de servicios		
22. Hay carteles y documentos sobre el buen cuidado en mi lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. En mi lugar de trabajo, los descansos del personal se organizan de forma rotativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. En mi lugar de trabajo se evalúan los tiempos de respuesta del timbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. En mi lugar de trabajo el horario de visitas es libre	£	£
---	---	---

Fuente HAS Autoevaluación – Evaluación de la promoción del buen cuidado

Preguntas que debe hacerse para prevenir el riesgo de abuso <i>A = Siempre / O = A menudo / S = A veces / R = Rara vez / N = Nunca / N/A = No aplicable</i>	A	O	S	R	n o r e	N/ A
1. Utilizo una forma familiar de tratamiento a la persona mayor sin su consentimiento						
2. No realizo un procedimiento de atención por falta de tiempo						
3. No hago ningún esfuerzo al realizar un procedimiento de atención						
4. No quiero cuidar a la persona mayor por su condición física o patología						
5. Uso un tono seco y brusco cuando me dirijo a la persona mayor.						
6. Soy agresivo cuando hablo con la persona mayor						
7. Uso 'nosotros' o 'él', 'ella' cuando hablo con la persona						
8. Utilizo una actitud o palabras intimidatorias hacia ellos						
9. Dirijo insultos o calumnias a la persona mayor						
10. Tengo una actitud infantil, humillante						
11. Hago juicios de valor inoportunos sobre la persona mayor						
12. No llamo a la puerta antes de entrar en la habitación de la persona mayor						
13. No cierro una puerta y/o una ventana durante un procedimiento de atención						
14. Hago cosas para la persona mayor porque son lentos						
15. Impongo un procedimiento de cuidado a una persona mayor sin tener en cuenta su ritmo						
16. Elijo no contestar la llamada de una persona mayor						
17. Deliberadamente puse la campana fuera de mi alcance						
18. Adopto una actitud indiferente hacia una persona mayor y la aísla						
19. No pido la opinión de la persona mayor ni doy una explicación de los procedimientos de atención que estoy realizando						
20. No tomo en cuenta una de las discapacidades de una persona mayor						
21. Utilizo un sistema de sujeción no prescrito por el médico						
22. No tomo en cuenta el dolor de una persona mayor y no transmito la información.						
23. Prefiero poner compresas para la incontinencia la persona mayor innecesariamente en lugar de acompañarlo al baño						
24. Hago gestos de enojo hacia una persona mayor						
25. No vuelvo a acostar a una persona mayor cuando me lo pide						
26. No llamo a otro miembro del equipo cuando tengo problemas						
27. Cuando estoy pasando por problemas personales, se los paso a las personas mayores						
28. No quiero trabajar en equipo						
29. No me siento integrado en un equipo, y eso perjudica mi trabajo con las personas mayores						
30. Estoy perdiendo interés en mi trabajo.						
31. Dejo a una persona mayor completamente desnuda durante su baño en la cama						

Fuente HAS/CEPPRAL Autoevaluación – Gestión de los riesgos de abuso en la práctica diaria

3. COMPORTAMIENTOS PROFESIONALES A IMPULSAR PARA PROMOVER EL VÍNCULO SOCIAL Y PREVENIR SITUACIONES AGRESIVAS

Fomentar las conexiones sociales entre los residentes y con la familia/ los seres queridos facilitará la comunicación y el entendimiento entre todas las partes interesadas y evitará algunos comportamientos inapropiados que resultan de la frustración y la incompreensión.

A. Comportamiento profesional para fomentar conexiones entre los residentes y una mejor convivencia comunitaria

Requisitos previos

- Definición de reglas institucionales colectivas;
- La identificación y asimilación de estas normas por parte de los vecinos mediante comunicación y materiales adaptados a las capacidades de cada uno de ellos;
- Análisis de los elementos de convivencia (uniformidad y diversidad);
- Gestión de las interrupciones en la vida colectiva.

La vida cotidiana

- El conocimiento de cada residente (teniendo en cuenta sus sentimientos positivos o negativos entre sí, conocimientos previos, intereses comunes, personalidades e historias de vida diferentes, patologías...) para favorecer interacciones sociales adecuadas;
- Evaluar los diferentes modos de expresión y comprensión de cada persona para facilitar las interacciones;
- Trabajar en el entorno social para facilitar la ayuda mutua entre los residentes más independientes y los que lo son menos;
- Organización de eventos que puedan ser utilizados como espacios de interacción, encuentro y expresión. Si el clima social induce a una rutina, las interacciones no se desarrollarán (por ejemplo: compartir hábitos y costumbres en fiestas, vincular la experiencia pasada a un evento actual, elegir una nueva decoración, etc.);
- Participación colectiva en la preparación de las tareas de la vida diaria;
- Organizar horarios de reunión durante los tiempos intermedios entre los procedimientos de atención, las comidas y las actividades organizadas;
- Pequeñas pausas en la forma en que se organiza la vida diaria pueden fomentar nuevas conexiones (por ejemplo, una nueva disposición de las sillas de la sala, etc.);
- Creación de pequeños espacios acogedores en los salones, pasillos y jardines para fomentar el encuentro en grupos reducidos;
- Provisión de artículos para apoyar las conexiones sociales en las diferentes áreas de vivienda, como periódicos, música, juegos;
- Participación de los residentes en proyectos grupales;
- Organización de actividades y salidas en grupo;
- etc.

B. Conducta profesional para favorecer los vínculos entre las personas mayores y sus familiares o amigos

Requisitos previos

- La recopilación regular de información de la persona mayor y de sus seres queridos sobre sus respectivas necesidades y expectativas;
- Identificación de las respectivas competencias y habilidades;
- Consideración de sus respectivos roles y posiciones;
- Primacía de las palabras de la persona mayor sobre las de la familia;
- Implementación de comunicación facilitadora (escucha activa, reformulación...) para comprender y escuchar mejor las solicitudes;
- Respeto por la privacidad y las conexiones sociales.

La vida cotidiana

- Integración de la familia al plan de apoyo personalizado;
- Definición de arreglos prácticos acordados que rijan los tiempos de interacción entre la persona mayor y sus seres queridos: horarios de visita, tipo de actividades compartidas, etc.;
- Implementación de equipos facilitadores en términos de arreglos y comunicación;
- Invitar a la familia/amigos a participar en actividades sociales según sus deseos y posibilidades si la persona mayor está de acuerdo;
- Integración de la familia en la relación de ayuda y cuidado a través de acciones de la vida cotidiana: ayuda en las comidas, paseos, etc.
- Invitar a la familia a ayudar a sus padres o seres queridos a organizar su entorno (habitación, hogar...);
- Participación en el Consejo de Vida Social;
- Organización de salidas familiares, etc.

Para facilitar las conexiones sociales, el profesional deberá tener una adecuada actitud hacia la familia, procurando satisfacer sus necesidades, que se refieren a lo siguiente:

- la calidad del cuidado de los padres, su bienestar, comodidad (se refiere a la necesidad de seguridad);
- información sobre su situación, su vida cotidiana, posibles ayudas;
- apoyo en momentos difíciles;
- reunirse con otras familias para romper el aislamiento;
- comunicación regular con los profesionales para sentirse tranquilo, escuchado y comprendido;
- sentir que todavía están integrados en la vida de sus padres;
- apoyo individual y personalizado.

etc.

Cada necesidad es diferente y evolutiva, y el profesional deberá estar atento a apoyar a la familia/seres queridos para evitar insatisfacciones, juicios, interpretaciones, conflictos...

Algunas reglas a seguir para facilitar la colaboración con la familia o seres queridos en la relación de ayuda y cuidado:

Reconocer el sufrimiento de la familia, el camino recorrido, las conexiones familiares.
Apoyar a la familia en la aceptación de la pérdida de independencia, la enfermedad (duelo anticipado), los trastornos de sus padres/ Explicar – hacer que entiendan – hacer que acepten
Tranquilizar a la familia sobre los servicios prestados, la situación de sus padres
Nunca juzgues a la familia, aunque no esté presente
Tratarlos con respeto y amabilidad.
No tomes el lugar de la familia.
Evitar entrar en conflicto con la familia
Adopta una buena distancia profesional
Si necesitas hablar de cosas con la familia: no lo hagas en presencia de la persona mayor (que se convierte en objeto y no en sujeto) a menos que esté incluida en tu conversación
Envíe información regularmente (tenga cuidado con la confidencialidad) para fomentar la confianza y mantenerlos informados de sus acciones.
Integrar a la familia en el plan de apoyo y desarrollo del plan personalizado
Discutir el lugar de la familia en un equipo multidisciplinario.
Si hay un conflicto con la familia: discutirlo nuevamente en equipo para: <ul style="list-style-type: none">▪ pon tus emociones y sentimientos en palabras para una mejor manera de dejar ir;▪ tratar de dar sentido a un comentario inapropiado;▪ comprender mejor el sufrimiento oculto de la familia;▪ buscar una solución juntos.
Vuelva a poner los deseos de la persona mayor (no los suyos ni los de la familia) en el centro del apoyo