

1. MOTIVACIÓN E INTERÉS

1.1. PARA LOS PROPIOS CUIDADORES

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

1. Conocer los cambios cognitivos asociados con el envejecimiento

Restricciones de la memoria a corto plazo, las limitaciones de concentrarse

Mayor tendencia a la fatiga o sesgos respuesta como la aquiescencia (tendencia a responder "sí" a las preguntas del entrevistador).

La deseabilidad social (responder de forma socialmente aceptable) han de ser conocidos por el profesional que evalúa, de cara a, en la medida de lo posible, controlarlos, o al menos tenerlos en cuenta a la hora de interpretar los datos de la evaluación

Igualmente, debemos tener en cuenta el posible efecto que pueda tener sobre cualquier proceso de evaluación del consumo de ciertas drogas que se pueden tomar las personas de edad.

Conocer metodologías alternativas a la autoinforme (pruebas de ejecución, informe de familiares, observación, etc) y saber emplearlas es siempre recomendable.

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

- 2. Ser sensible a los casos en que, debido a características específicas de determinadas personas, sea necesario realizar adaptaciones concretas de los instrumentos o procedimientos de evaluación, y también ha de ser capaz de flexibilizar dichos procedimientos de evaluación y realizar las adaptaciones con el objetivo de maximizar la comprensión por parte de la persona mayor.**

Detectar las dificultades sensoriales (auditivas y visuales) de las personas mayores y conocer estrategias para compensar dichas dificultades. Considerar la frecuente presencia de dificultades de visión o de audición o limitaciones en la capacidad de concentración entre las personas mayores

Se recomienda:

- Realizar las evaluaciones en contextos con condiciones adecuadas de iluminación y aislados de ruido
- Imprimir el material de evaluación en letra de mayor tamaño
- Mantener el contacto visual y un volumen adecuado de la voz.
- Acompañar las opciones de respuesta de determinado instrumento con dibujos o escenas que ilustren el significado de cada opción para los casos en que la persona no sepa leer
- Desplazarse hasta el domicilio de una persona mayor cuyos problemas de movilidad le impiden acudir al centro.

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

3. Los profesionales deben demostrar las habilidades de comunicación deseables en cualquier entrevistador

- Empatía
- Escucha activa
- Respeto (de creencias y opiniones y también del ritmo y estilo de conversación de cada persona)
- Paciencia y comprensión, junto a algunas habilidades específicamente indicadas para optimizar la comunicación con las personas mayores.
- La capacidad para comunicarse de forma efectiva con las personas mayores incluye numerosas competencias relacionadas tanto con el contenido como con la forma o estilo de comunicación que se emplea

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

En cuanto al contenido

- Cuidar el lenguaje que se utiliza, evitar las jergas o términos técnicos, emplear términos que la persona mayor pueda conocer y comprender
- Simplificar y hacer claro el contenido del mensaje sin rebajar la relevancia del mismo, y evitando siempre infravalorar la capacidad de comprensión de la persona mayor.
- Evitar “agobiar” a la persona con un listado excesivo de preguntas o con un exceso de información.

En cuanto a la forma y estilo

- Hablar de forma clara y pausada, sin prisa, evitando que la persona perciba indicios de que se tiene prisa
- Demostrar escucha activa en todo momento resulta una habilidad fundamental en la comunicación con las personas mayores, sobretodo cuando se tiene en cuenta el miedo que presentan muchas personas mayores a “agobiar” al profesional con sus problemas, resultar una carga para él o “robarle” su tiempo.
- Redirigir de forma cuidadosa la conversación y centrar la atención de la persona en el foco del interés evaluador cuando éste se aleja de él, evitando que la persona perciba que se le está interrumpiendo o que su conversación no interesa al evaluador

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

4. Habilidades de gran relevancia en el trabajo con personas mayores :

- Conocer las potenciales áreas de mayor sensibilidad (incontinencia, sexualidad, problemas de autonomía... residencias...) para las personas mayores
- Ser cuidadoso y respetuoso a la hora de evaluarlas es muy importante

En numerosas ocasiones en las que la persona mayor se muestra ansiosa o temerosa por desconocer el motivo de la evaluación y sospechar razones ocultas de la misma o simplemente por no estar familiarizada con procesos de evaluación, el profesional ha de ser capaz de tranquilizar a la persona

- Explicándole los objetivos de la evaluación, anticipando en qué va a consistir
- Garantizando la confidencialidad de la información y transmitiéndole en todo momento sensación de control sobre el proceso.

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

Para ello, la persona tiene que saber que el desarrollo del proceso de evaluación tiene como requisito básico el que ella esté de acuerdo y consienta en que éste tenga lugar. La firma de un **consentimiento informado** es aconsejada. Las habilidades recién descritas son importantes tanto en la relación con la persona mayor como con las familias, que en la mayoría de las ocasiones son protagonistas de la evaluación. En esos casos, conocer las necesidades y dificultades más habituales en los cuidadores (p.ej., reticencia a buscar ayudas externas a la familia) es una competencia recomendable.

Es esencial la identificación de

- Todas las fuentes posibles de apoyo familiar y social
- Posibles situaciones de abuso o negligencia en el cuidado de la persona mayor y de los recursos
- Fortalezas específicas y habilidades potencialmente compensatorias en las que poder basar una acción interventiva

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

5. **Gran parte del trabajo con personas mayores ha de estar dirigido a objetivos de prevención y promoción de la salud mental y física y la calidad de vida, más que a la superación de problemas concretos.**

El profesional no debe perder de vista este énfasis en lo preventivo, transmitiéndoselo a las personas mayores con las que trabaje y estando al día de las distintas líneas de acción preventiva y de promoción del envejecimiento saludable presentes en el entorno local.

El profesional ha de conocer :

- Las implicaciones del envejecimiento (cambios fisiológicos, cognitivos y sociales) en las indicaciones terapéuticas
- Las adaptaciones necesarias de los distintos procedimientos de intervención y la implantación de las mismas, siempre asumiendo las diferencias interindividuales existentes en las personas mayores y facilitando que las intervenciones sean lo más individualizadas (centradas en la persona) posibles
- La planificación de metas realistas y con significado para las personas mayores
- La disminución del ritmo de administración de contenidos en las intervenciones y la flexibilidad en su implementación (p.ej., acudir al domicilio de la persona) son pautas de gran utilidad en cualquier acción interventiva con personas mayores.

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

6. **Disponer de una motivación intrínseca para el trabajo con personas mayores y encontrar atractivo el trabajo con este colectivo es un esencial factor facilitador de una buena práctica profesional de atención a estas personas.**
 - Capacidad de hacer un análisis de carácter más global, prestando atención a todos los **aspectos conductuales y socio-ambientales** implicados o relacionados de alguna forma con dicho problema, teniendo siempre presentes las consideraciones éticas o legales que puedan afectar al tratamiento de la persona
 - Capacidad de abordar cada demanda desde un **enfoque biopsicosocial** desde el que se puedan identificar las interacciones entre el bienestar emocional y físico de las personas implicadas en cada situación es un requisito básico para poder intervenir de forma efectiva. En este sentido, por ejemplo, conocer aspectos básicos de los efectos secundarios de los medicamentos indicados para los trastornos de salud más frecuentes entre las personas mayores puede ser de gran ayuda.

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

- En las situaciones de dependencia, es necesario mantener una visión adecuada de este fenómeno en la que se **tengan en cuenta todos los aspectos conductuales y sociales** (exceso de dependencia) que contribuyen al problema.
- En este sentido, se debe reconocer la **importancia de las familias o de personas del entorno de los mayores** en el apoyo a las personas mayores y planificar intervenciones en las que éstos participen.
- **Para ello, los profesionales** deben valorar los conocimientos y habilidades de los familiares necesarios para atender a las personas mayores y se deben implicar en la educación y supervisión de la implementación de las intervenciones por parte de éstos

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

7. Cuando las líneas de intervención se plantean objetivos de aprendizaje y/o psicoeducativos, el profesional debería contar con una base importante de habilidades y recursos pedagógicos para facilitar el aprendizaje de las personas mayores.

Para optimizar el aprendizaje y comprensión de los contenidos, suele ser recomendable:

- Una fase inicial de exploración de las propias actitudes y estereotipos de las **personas mayores** hacia su propio proceso terapéutico o de aprendizaje, puesto que en muchas ocasiones son las propias personas mayores las que plantean obstáculos de tipo *edadista*, teniendo escasas expectativas de aprendizaje o superación de problemas concretos
- **Concienciar a estas personas del *papel activo* que han de ejercer en el proceso de intervención.** De forma previa a la intervención, los terapeutas han de tomarse el suficiente tiempo para educar a los pacientes en los propios procedimientos de intervención de modo que comprendan adecuadamente de qué forma la terapia psicológica puede resultarles de utilidad.

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

8. **Actitudes para el trabajo interdisciplinar**, el profesional debe conocer la red de servicios, instituciones u organizaciones del entorno de la persona mayor que ofrecen distintos tipos de servicios a las personas mayores
- Centros de día
 - Residencias
 - Centros de servicios sociales
 - Clínicas de memoria
 - Asociaciones de afectados, etc
- Con el fin de facilitar, en la medida de lo posible, un aprovechamiento de los recursos existentes y un trabajo conjunto de colaboración con éstas que permita un abordaje multinivel de la demanda o problema concreto.
 - Además, también es aconsejable tener conocimientos suficientes para poder elaborar soluciones prácticas alternativas cuando éstas vías o recursos de acción o atención no estén disponibles.

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

- 9 La atención a las personas mayores requiere de profesionales que puedan realizar su ejercicio profesional respetando la dignidad de la persona mayor, lo que implica:**
- Habilidades técnico-prácticas profesionales
 - Reconocer las actitudes, valores y expectativas propias y de los demás hacia el trabajo con personas mayores
 - Conocer cuál puede ser su impacto sobre el proceso de evaluación y de intervención y sobre las personas mayores y sus familias

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

DESTREZAS Y HABILIDADES NECESARIAS EN LA INTERVENCIÓN CON MAYORES

Tener el conocimiento teórico y práctico en la evaluación de los distintos ámbitos

Poder interpretar las quejas somáticas

Identificar los factores psicológicos y sociales y de proceder a un análisis global, teniendo en cuenta los aspectos conductuales y del entorno

Conocer los problemas de aplicación de los instrumentos de evaluación, debido a las características especiales que definen a los mayores y los cambios cognitivos que se asocian con la edad y que influyen en la comunicación y la capacidad de auto informe en el marco de la entrevista

Poder adaptar los instrumentos y los procedimientos de evaluación, especialmente en el caso de mayores con dificultades sensoriales

Demostrar las aptitudes de comunicación y actitudes positivas frente al envejecimiento (así como delante de los familiares)

1.1.1. RECOMENDACIONES RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CON LOS MAYORES

DESTREZAS Y HABILIDADES NECESARIAS EN LA INTERVENCIÓN CON MAYORES

Identificar todas las fuentes posibles de apoyo familiar y social, las posibles situaciones de abuso o negligencia y de los recursos, fortalezas específicas y habilidades potencialmente compensatorias en el que poder basar la intervención

Tener como principal objetivo la prevención y la promoción de la salud mental y física y la calidad de vida del anciano.

Tener la capacidad de planificación de metas realistas y con significado para los adultos mayores, la disminución del ritmo de administración de contenido en las intervenciones y la flexibilidad en su implementación

Tener conocimientos y recursos pedagógicos para objetivos de aprendizaje

Tener actitud positiva para el trabajo interdisciplinario

Ser capaces de reconocer las actitudes, valores y expectativas propias y de los demás hacia el trabajo con los ancianos y saber que puede tener su impacto sobre el proceso de evaluación y de intervención en los ancianos y familiares.

1.1.2. CUESTIONARIO DE ESTEREOTIPOS HACIA LA VEJEZ

Tabla 2.
Cuestionario de estereotipos hacia la vejez (Montorio e Izal, 1991)

	a	b	c	d
- La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años, aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que las hacen depender de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- La mayor parte de las personas cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>*Es casi imposible que las personas mayores puedan aprender cosas nuevas.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>*A medida que las personas se hacen mayores son menos activas.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>*En general, las personas mayores son menos responsables que los adultos jóvenes.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>*Es conveniente para las personas jubilarse entre los 60 y 65 años de edad.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Las personas mayores tienen menos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Las personas mayores tienen menos interés por el sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>*Dado que el trabajo es algo muy importante para las personas, es muy probable que la jubilación cause serios trastornos psicológicos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A medida que nos hacemos mayores, perdemos el interés por las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Los defectos de la gente se agudizan con la edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>*La vejez es el momento de descansar después de toda una vida dedicada al trabajo.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>*El ejercicio físico no es recomendable para las personas mayores.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochearn"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Elementos que no se han recogido en el CENVE por no ajustarse al patrón factorial
Alternativas de respuesta: a. Muy de acuerdo; b. De acuerdo; c. En desacuerdo; d. Muy en desacuerdo

1.1.2. CUESTIONARIO DE ESTEREOTIPOS HACIA LA VEJEZ

FACTORES		
Factor 1: Salud	Factor 2: Motivacional-social	Factor 3: Carácter- personalidad
Deterioro de memoria	Tienen menos interés por el sexo	Se irritan y son “cascarrabias”
Enfermedades mentales	Las personas mayores tienen menos amigos	Se vuelven más rígidas e inflexibles
Fuerte deterioro de la salud	Pérdida de interés por las cosas	Son como niños
Incapacidades por las que dependen de los demás	Incapaces de resolver los problemas	Los defectos de la gente se agudizan con la edad
El deterioro cognitivo es parte inevitable de la vejez	No realizan un trabajo tan bien como los más jóvenes	Chochean

La máxima puntuación posible para el total del cuestionario es de 60 puntos.

Alto grado de acuerdo: hábitos de vida y autopercepciones acordes con un déficit de motivación y de intereses vitales, con mantener de conductas de pasividad física y mental, y con un alto grado de aislamiento y carencia de actividad social.

Bajo grado de acuerdo: mantienen una percepción favorable de su salud, y un amplio compromiso vital, lo que podría manifestarse en altos niveles de participación social y en mantener hábitos saludables que contribuyan a mejorar su nivel de vida.

1.1.4. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

A pesar de que los actuales tratamientos aún no se han demostrado eficaces para prevenir o detener el curso del Alzheimer, tras cien años de investigación los esfuerzos científicos se dirigen hacia el desarrollo de técnicas de diagnóstico precoz

El diagnóstico precoz de EA es pues importante por varias razones.

- Los pacientes pueden presentarse con quejas físicas no específicas que pueden significar estudios muy extensos y costosos y a menudo tratamientos innecesarios.
- El reconocimiento precoz permite la posibilidad de tratamiento con agentes que puedan ralentizar el deterioro cognitivo a un punto donde el trastorno todavía sea mínimo. También permite que el paciente y la familia planifiquen el futuro de cara a la incapacidad total y a la prevención.
- El médico puede educar al paciente y a la familia respecto al pronóstico y progresión de la enfermedad, proporcionar soporte y monitorizar aspectos de juicio y seguridad para que el paciente pueda continuar independiente o viviendo en la comunidad tanto como sea posible.

1.1.4. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Desafortunadamente la EA no es frecuentemente diagnosticada en su estadio inicial a pesar de la visita al médico de atención primaria. Hay muchas razones para este retraso en el diagnóstico:

- Los pacientes y las familias a menudo sub-reportan los síntomas
- Las familias atribuyen los síntomas al envejecimiento normal y compensan el trastorno funcional manteniendo las habilidades sociales y enmascarando cualquier trastorno en la corta visita al médico.
- Los síntomas en la fase inicial de la enfermedad son leves y se superponen con los cambios atribuidos al envejecimiento.
- Cambios patológicos menores pueden aparecer décadas antes de que se presenten los síntomas clínicos y pueden también ser encontrados en la vida media y en ancianos sin síntomas obvios de EA.

1.1.4. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Identificar a los individuos con mayor riesgo de desarrollar EA es actualmente un tópico de gran interés teórico y práctico

- ¿Cuándo dura la fase pre-clínica y cómo se manifiesta?
- ¿Puede uno identificar cuáles pacientes es más probable que progresen a demencia clínica presumiblemente debido a que ellos alojan patología EA?
- Debido a que el Trastorno Cognitivo Leve (TCL) ya se asocia a cambios patológicos estructurales, ¿puede el diagnóstico ser adelantado a estados más precoces?

Es de capital importancia; las dificultades en resolver estos interrogantes son evidentes; además, queda por resolver claramente cuál o cuáles de los dominios del funcionamiento cognitivo es o son primeramente afectados; en principio, está claro que los procesos relacionados con la memoria están entre los primeramente afectados.

1.1.4. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Las personas sin demencia que están en riesgo de EA, son aquellas con :

- TCL
- Historia familiar de EA
- Síndrome de Down
- Mutaciones autosómicas dominantes ligadas a la EAF
- Portadores de APOEε4

Muchos estudios han examinado los test psicométricos como predictores de demencia entre los pacientes con TCL

- Bajas puntuaciones en el aprendizaje de información nueva, recuerdo, retención y razonamiento abstracto obtenidos durante un período libre de demencia se asocian con el desarrollo de EA pre-clínica.
- Esta fase precede al desarrollo de EA por muchos años. Medidas en la retención de información y en el razonamiento abstracto están entre los más fuertes predictores de EA pre-clínica.
- El período pre-clínico puede, de hecho, ser un período sub-clínico en el cual el trastorno subyacente que conduce a la EA ya ha empezado

1.1.4. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

- **Establecer los límites entre envejecimiento normal y EA en fases muy iniciales** es pues uno de los grandes objetivos en la investigación clínica ya que gran parte de las estrategias preventivas en EA están orientadas hacia el desarrollo de medicamentos (p.ej., inmunización, inhibidores de las secretasas) para prevenir el inicio de la enfermedad.
- No obstante, estas estrategias precisan de unos **límites muy claros entre envejecimiento normal y EA en fases muy iniciales**. Una de las mayores dificultades en este sentido está en la caracterización de los pacientes con TCL; debido a que la terminología usada para describir estos pacientes no es muy clara (¿TCL? ¿Demencia en fases muy iniciales? ¿Demencia cuestionable?) y a que los instrumentos utilizados no son concluyentes
- La mayoría de los autores coinciden que **la entrevista clínica sigue siendo el instrumento diagnóstico más importante**, junto con la interpretación juiciosa de los resultados de los test neuropsicológicos, el seguimiento y la vigilancia estricta de estos pacientes.

1.1.4. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

¿Por qué?	Los pacientes pueden no presentar quejas físicas específicas
	Los pacientes y las familias a menudo no informan acerca de los síntomas
	Los pacientes y las familias atribuyen a los síntomas de envejecimiento normal
	Los pacientes compensan el trastorno funcional manteniendo las habilidades sociales y enmascarando cualquier trastorno en la corta visita al médico
¿Para qué?	Para evitar estudios muy extensos y costosos y a menudo tratamientos innecesarios.
	Para ayudar al paciente y la familia para planificar el futuro en términos de discapacidad y la prevención
	Para educar al paciente y a la familia en relación con el pronóstico y la progresión de la enfermedad,
	Para proporcionar soporte y monitorizar aspectos de juicio y seguridad para que el paciente pueda continuar independiente o viviendo en la comunidad tanto como sea posible.
¿Cómo?	Para utilizar tests psicométricos, como predictores de la demencia entre los pacientes con TCL.

1.1.4. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

FASE PRE-CLÍNICA	
ESTÁ CARACTERIZADA POR TRASTORNOS LEVES EN	La memoria verbal, que más tarde se desarrolla en las áreas que gobiernan el lenguaje, la orientación espacial, la atención, la concentración y las habilidades psicomotoras
LAS PERSONAS SIN DEMENCIA QUE ESTÁN EN RIESGO DE EA, SON AQUELLAS CON	<ul style="list-style-type: none">•TCL•Historia familiar de EA•Síndrome de Down•Mutaciones autosómicas dominantes ligadas a la EAF•Portadores de APOEε4
	Bajas puntuaciones en test psicométricos en el aprendizaje de información nueva, recuerdo, retención y razonamiento abstracto obtenidos durante un período libre de demencia se asocian con el desarrollo de EA pre-clínica

1.1.4. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Trastorno Cognitivo Leve (TCL)

- Se trata de un estado transicional entre las capacidades cognitivas normales y una claramente reconocible EA. Los pacientes con TCL tienen dificultades de memoria reconocidas por ellos mismos o por otros (que están más allá de 1.5 desviaciones estándar de lo normal respecto a adultos más jóvenes) y detectados por test sensibles de memoria, pero sin afectación (o esta es muy leve) de las AVD.
- Además de EA precoz, existen otras causas potenciales de TCL, tales como la depresión o el envejecimiento mismo. Cerca del 8-15% de los pacientes con TCL progresarán a EA en unos años, lo cual excede la incidencia de EA en la población general.

1.1.4. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Trastorno Cognitivo Leve (TCL)

TRASTORNOS Y TÉRMINOS RELACIONADOS CON EL TCL

Trastorno de memoria asociado a la edad-TMAE	Adulto mayor que se queja de dificultades de memoria pero que no le crean consecuencias funcionales ni sociales
Trastorno Cognitivo sin demencia-TCSD	Frecuente en personas de 65 a 84 años, generalmente asociado a ECV y falla cardíaca
Declinar Cognitivo Relacionado con la Edad-DCRE	<p>Memoria: se afecta la memoria de trabajo, episódica y de recuerdo libre, mientras que la memoria icónica (a corto plazo), el reconocimiento, recuerdo facilitado, memoria semántica, implícita y prospectiva se mantiene preservada.</p> <p>Lenguaje: se deteriora la denominación y disminuye la fluencia verbal, pero se conserva la sintaxis y el léxico.</p> <p>El razonamiento, la capacidad de resolver problemas y la velocidad de procesamiento de la información declinan con la edad.</p> <p>Se preserva la atención.</p>

1.1.4. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Trastorno Cognitivo Leve (TCL)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DETERIORO COGNITIVO LEVE

1. Quejas de fallos de memoria, preferiblemente corroboradas por un informador fiable.
2. Rendimiento cognitivo general normal
3. Evidencia objetiva de defectos de memoria inferior a 1,5 desviaciones estándar en relación a la media de su edad.
4. Ausencia de defectos funcionales relevantes en actividades de la vida diaria.
5. Ausencia de criterios diagnósticos de demencia.
6. Diagnóstico diferencial con Delirium y Depresión

1.1.4. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Trastorno Cognitivo Leve (TCL)

La frecuencia de conversión de TCL en demencia en fases muy iniciales o demencia cuestionable, a EA es muy variable y los resultados difíciles de interpretar debido especialmente a la dificultad para caracterizar estos pacientes y para aplicar los criterios de conversión. No obstante, algún avance se ha hecho en este sentido, especialmente en cuanto a aspectos de la entrevista clínica; así, algunas preguntas de la entrevista han demostrado un alto valor predictivo de conversión futura a EA

1.1.4. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA QUE HAN DEMOSTRADO UN ALTO VALOR PREDICTIVO DE CONVERSIÓN FUTURA A EA (ninguna de ellas pertenece a la categoría de Memoria, Orientación o Asuntos Sociales)

1. ¿Tiene la persona dificultades progresiva para solucionar los problemas de la vida diaria (p.ej., una confianza progresiva en otros para solucionar problemas o hacer planes)?
2. ¿Existen cambios en la forma de conducir que no son secundarios a trastornos visuales (p.ej., excesiva y progresivamente precavido, dificultades en tomas decisiones)?
3. ¿Está la capacidad de juicio de la persona tan bien como antes o hay cambios?
4. ¿Tiene la persona dificultades cada vez mayores en manejar sus asuntos financieros (manejar una chequera, tomar decisiones financieras complicadas, pagar impuestos)?
5. ¿Tiene la persona dificultades cada vez mayores en manejar situaciones de urgencia (p.ej., más inseguro, toma muchos apuntes)?
6. ¿Tiene la persona dificultades cada vez mayores en realizar las actividades domésticas (p.ej., cocinar, aprender a manejar un nuevo electrodoméstico)?
7. ¿Existe algún cambio en la capacidad de la persona para realizar sus aficiones o hobbies (p.ej., disminución en la participación en aficiones complejas, mayor dificultad para seguir las reglas de los juegos, pérdida de interés por la lectura o necesidad de re-leer con más frecuencia)?
8. ¿Requiere la persona de más insistencia para que realice AVD básicas como afeitarse o bañarse?

1.2. PARA LAS PERSONAS MAYORES

1.2.1. MODELO DE INFORMACIÓN A DAR AL MAYOR

- **A mucha gente le preocupa** volverse más olvidadiza a medida que envejece. Algunos piensan que la pérdida de memoria es una parte normal del envejecimiento y no hacen nada para solucionarla. Otros tienen miedo de que los problemas de memoria sean la primera señal de la enfermedad de Alzheimer u otra enfermedad relacionada.
- Aunque es verdad que la mayoría de la gente tiene algunos problemas para recordar cosas a medida que envejece, los expertos ahora saben que la pérdida seria de la memoria y la confusión, no son parte del proceso normal de envejecimiento. Existen muchas condiciones que pueden causar la pérdida de memoria. A menudo, la memoria mejora cuando se trata la condición que causa el problema. Incluso cuando el diagnóstico es la enfermedad de Alzheimer u otra enfermedad relacionada, aún se puede hacer mucho para tratar al paciente y ayudar a la familia

1.2.1. MODELO DE INFORMACIÓN A DAR AL MAYOR

Si usted o alguno de sus seres queridos tiene problemas de memoria, debería acudir cuanto antes al doctor

CAUSAS COMUNES DE LA PÉRDIDA DE MEMORIA

Medicinas (abuso o insuficiencia)

Depresión severa

Abuso del alcohol

Mala nutrición

Problemas de la tiroides

Lesión cerebral

Tumores

Parálisis cerebral

Enfermedad cardíaca o pulmonar

Infección

Delirio

Fiebre alta

Deshidratación severa

Demencia

1.2.1. MODELO DE INFORMACIÓN A DAR AL MAYOR

Averigüe lo que anda mal

Lo primero es hacer una cita con su doctor y explicarle la razón de su visita.

1.2.1. MODELO DE INFORMACIÓN A DAR AL MAYOR

¿Qué es la demencia?

- Algunas personas piensan que la palabra demencia significa “locura”, pero la demencia es realmente una palabra usada para describir un grupo de síntomas, como la pérdida de memoria y cambios de conducta causados por graves problemas en la forma que funciona el cerebro. El tipo más comunes la **enfermedad de Alzheimer**.
- Además de la enfermedad de Alzheimer, hay otros tipos de demencia, incluyendo demencia vascular (parálisis cerebral), demencia con cuerpos de Lewy, enfermedad de Pick y otros. **Diferentes tipos de demencia requieren diferentes tratamientos**.
- La demencia es una enfermedad que ataca al cerebro y causa problemas de memoria, pensamiento y conducta. **Esta enfermedad empeora con el tiempo**

1.2.1. MODELO DE INFORMACIÓN A DAR AL MAYOR

¿Qué es la demencia?

- **Al comienzo**, se produce pérdida de memoria y desorientación temporal y espacial.
- **En una segunda fase**, el enfermo pierde fluidez en el lenguaje y necesita ayuda para realizar actividades cotidianas. Aparecen otras complicaciones como ansiedad, angustia, agresividad o depresión.
- **En la fase avanzada** la incapacidad es profunda y no puede valerse por sí mismo. Ni es capaz de reconocerse. Su personalidad experimenta alteraciones irreversibles; deja de hablar, no conoce a sus allegados y presenta incontinencia urinaria y fecal. Aumenta la rigidez muscular, quedando progresivamente recluido a una silla de ruedas y, después, a la cama.

1.2.1. MODELO DE INFORMACIÓN A DAR AL MAYOR

El Alzheimer constituye la primera causa de demencia en los países desarrollados y la décima causa de muerte en España.

Hasta hace poco era desconocida pero, en los últimos años, se han multiplicado las informaciones sobre ella debido, entre otras razones, al espectacular incremento de casos.

La población envejece y la enfermedad parece con más frecuencia entre los mayores de 60 a 90 años, pero también existen numerosos pacientes cuya edad es inferior.

SÍNTOMAS

Pérdida lenta de la memoria que afecta a la vida diaria

Dificultad para aprender cosas nuevas

Dificultad para hacer tareas familiares, como cocinar

Problemas para nombrar objetos comunes

Perderse fácilmente, incluso en lugares conocidos

Menos habilidad o mal juicio para tomar decisiones

Cambios en el estado de ánimo, conducta y personalidad

Pérdida de interés en pasatiempos

1.2.1. MODELO DE INFORMACIÓN A DAR AL MAYOR

Prepárese

LOS DOCTORES TIENEN SOLAMENTE UN TIEMPO LIMITADO PARA CADA PACIENTE. USTED PUEDE AYUDAR ESTANDO PREPARADO

1. Lleve todos los medicamentos, tanto sin receta (vitaminas, aspirina) como los recetados a la visita.
2. Lleve una lista de problemas médicos actuales y pasados. ¿Ha tenido algún otro familiar con enfermedades que hayan causado problemas de memoria?
3. Responda a las preguntas del doctor honestamente y lo mejor que pueda.
4. Escriba una lista de los síntomas, cuándo comenzaron y con qué frecuencia ocurren.
5. Sea específico. Por ejemplo: “El martes pasado, yo (mi esposo) me perdí (se perdió) al regresar de la tienda. Tuve (tuvo) mucho miedo”.
6. Pídale al doctor que le explique las pruebas y cuánto tiempo tardará en recibir un diagnóstico.

1.2.1. MODELO DE INFORMACIÓN A DAR AL MAYOR

UNA EVALUACIÓN MÉDICA COMPLETA PARA LA PÉRDIDA DE MEMORIA DEBE INCLUIR

1. Un historial médico y psiquiátrico
2. Un examen físico y neurológico que incluya técnicas de imagen cerebral, como pruebas CT o MR
3. Análisis de laboratorio (de sangre y orina)
4. Una evaluación de la habilidad del paciente de realizar las tareas diarias comunes, como hacer el balance de su cuenta bancaria o tomar medicamentos
5. Un 'examen del estado mental' para medir el pensamiento y la memoria del paciente
6. Una entrevista con un familiar o persona que cuida al paciente

1.2.1. MODELO DE INFORMACIÓN A DAR AL MAYOR

¿Cómo se hace un diagnóstico?

- **No existe** una sola prueba que pueda indicar si una persona tiene un serio problema de memoria. Se hace un diagnóstico por medio de una evaluación completa que considera todas las causas posibles.
- Si la evaluación no indica la enfermedad de Alzheimer u otra enfermedad relacionada, pero los síntomas continúan empeorando con el tiempo, **puede que su doctor necesite ordenar más pruebas**. Si usted aún así no está satisfecho
- **Es posible que desee obtener una segunda opinión de un especialista, como un neurólogo.**

1.2.1. MODELO DE INFORMACIÓN A DAR AL MAYOR

Un diagnóstico de posible enfermedad de Alzheimer es correcto del 80% al 90% del tiempo.

SU DOCTOR DEBERÁ

1. **Explicarle** el diagnóstico, hacerle saber lo que debe esperar en el futuro y decirle dónde puede conseguir más información y ayuda.
2. **Informarle** sobre los posibles tratamientos. Juntos, pueden escoger el mejor para el paciente.
3. **Indicarle** su próxima cita y con qué frecuencia desearía verlo antes de que usted salga del consultorio

1.2.1. MODELO DE INFORMACIÓN A DAR AL MAYOR

- **Un diagnóstico** de la enfermedad de Alzheimer u otra enfermedad relacionada, es el primer paso para planear el tratamiento y la atención que necesita el paciente. Para algunas personas, el recibir una explicación de los síntomas trae tristeza, pero también alivio.
- Un **diagnóstico apropiado** ofrece la oportunidad de obtener ayuda y planear para el futuro.
- El **crear una alianza con su doctor** puede ayudar a alcanzar este objetivo, y usted puede comenzar por comprender la enfermedad y su tratamiento.

1.2.1. MODELO DE INFORMACIÓN A DAR AL MAYOR

Si el diagnóstico es Alzheimer u otra enfermedad relacionada

PREGUNTAS PARA SU DOCTOR	
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ¿Qué significa el diagnóstico?<input type="checkbox"/> ¿Puede explicarlo de forma que yo lo entienda?<input type="checkbox"/> ¿Qué podemos esperar en un futuro próximo y con el paso del tiempo?<input type="checkbox"/> ¿Tiene algún material escrito sobre esta enfermedad? Si no, ¿quién lo tiene?<input type="checkbox"/> ¿Existen organizaciones o servicios comunitarios que puedan ayudar?
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ¿Existen tratamientos que no requieran tomar medicamentos?<input type="checkbox"/> ¿Hay algo que podamos cambiar en casa para facilitarle las cosas o hacerlas más seguras?<input type="checkbox"/> ¿Qué medicamentos están disponibles para la pérdida de memoria? ¿Y para cambios de conducta? ¿Cuáles son los riesgos y beneficios? ¿Cuáles son los efectos secundarios? ¿Por cuánto tiempo tomará el paciente este medicamento? ¿Hay algo más que deberíamos saber?<input type="checkbox"/> ¿Deberíamos considerar participar en una prueba clínica? ¿Cuáles son los riesgos y beneficios?



1.3. PARA LA RELACIÓN ENTRE AMBOS

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Definición:

- La relación de ayuda es “aquella que tiene como objetivo ayudar a personas enfermas, dependientes o con problemas a constatar y ver que hay diferentes maneras de hacer frente a una misma situación o problema, diferentes formas de ver una misma realidad, diferentes caminos para llegar al mismo lugar, ... es también la creación de relaciones humanas que potencien actitudes facilitadoras para la interacción, nos va a permitir trabajar en los cuidados, prevenir, ayudar a la persona a movilizar sus recursos, nos va a permitir crear condiciones favorables para el desarrollo de la persona, de la familia o del grupo ... y va a favorecer nuestro crecimiento personal...”
- La relación de ayuda intenta encontrar un modo eficaz de promover en el usuario una mejor adaptación a la situación que está viviendo, favorecer en él la experiencia de mayor salud posible y propiciar una vivencia de la propia dependencia y de la angustia en clave de relación sana, que es la vía para abrirse al sentido en medio de la enfermedad y luchar contra ella cuando es posible. En el fondo, se trata de acompañar al usuario a que se ayude a sí mismo, a que sea protagonista de su propia situación y utilice al máximo los recursos existentes. Descubrir y apoyar, en medio del sufrimiento, las cosas y relaciones que son significativas para el usuario, constituye el objeto de la relación de ayuda.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Objetivos	En el campo del saber	Interesándose por el fenómeno de la comunicación interpersonal, por las dinámicas más frecuentes, por el impacto de la enfermedad y/o dependencia en la vida de la persona.
	En el campo del saber hacer	Interesándose y ejercitándose en algunas técnicas de comunicación y de relación, habilidades que hacen que el encuentro con el usuario sea eficaz para ayudarlo y permita al profesional desenvolverse con una cierta soltura en la comunicación verbal y no verbal.
	En el campo del saber ser	Trabajando sobre sí mismo para interiorizar las actitudes fundamentales que hacen que la persona del profesional sea percibida como alguien que se interesa realmente, que acepta, que comprende, que se implica sin quemarse en el proceso de interrelación.
Prerrequisitos	La relación de ayuda no se da entre dos semejantes sino que se da entre dos personas que se encuentran en dos niveles y roles muy distintos. Existe : <ul style="list-style-type: none">• <i>La parte débil</i> que es la que está en situación de malestar y solicita ayuda• <i>La parte fuerte</i> que es la que tiene los instrumentos y preparación necesaria para prestar esa ayuda	

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

LAS REACCIONES ESPONTÁNEAS MÁS FRECUENTES Y QUE HABRÍA QUE SUPERAR

La tendencia a moralizar sobre el modo como el usuario se comporta o ha adquirido su estado de dependencia

La tendencia a dar consejos o indicar vías de solución prefabricadas, a decidir por el usuario sin contar con él, sin respetar el principio de autonomía y el necesario consentimiento informado

La tentación de consolar con frases hechas y, con frecuencia, no sentidas, que pueden llegar a caer en un "encarnizamiento consolatorio"

La tendencia a intentar explicar racionalmente la situación del usuario interpretada con criterios externos, incluso allí donde no hay explicación posible, porque las cuestiones que se plantean versan sobre el sentido último de cuanto está sucediendo.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

ACTITUDES BÁSICAS	HABILIDADES	FASES
<ul style="list-style-type: none">• Empatía• Autenticidad• Aceptación incondicional	<ul style="list-style-type: none">• Escucha activa• Respuesta empática• Personalización• Confrontación	<ol style="list-style-type: none">1. Configuración del encuentro personal2. Exposición clarificación e identificación del problema.3. Confrontación y reestructuración del problema.4. Iniciación del plan de acción: decisión del diagnóstico, de los objetivos y plan de acción.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Actitudes básicas para la relación de ayuda

1. Empatía

Se describe como “ponerse en el lugar del otro”. Es distinto de la simpatía (identificación con el otro), ya que es un movimiento desde el ayudante al ayudado, dirigido a comprender el mundo del otro.

Una percepción particularmente fina y sensible de las manifestaciones de la otra persona: sus sentimientos, significados, vivencias, etc., dirigida a facilitarle la resolución de una crisis. Entre las dificultades para ser “empático”, destacan el miedo a la implicancia emotiva a la propia vulnerabilidad y a veces la creencia de que no resulta eficiente.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Actitudes básicas para la relación de ayuda

2. Autenticidad

Se refiere a la coherencia que debemos tener entre lo que se dice, lo que se siente y lo que se hace o las conductas. Implica un nivel básico de autoconocimiento y una buena comunicación entre lo que “se siente”, aquello “de lo que se es consciente” y lo que finalmente se expresa.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Actitudes básicas para la relación de ayuda

3. Aceptación incondicional

Implica la ausencia de juicio moral en la relación con el otro, quiere decir intentar no juzgarlo y aceptar su manera distinta de valorar la vida. Esto no excluye el hecho de tener valores propios y comunicarlos, pero se trata de no imponerlos.

Implica respetar al otro sólo por el hecho de ser persona, aún cuando puedo estar en desacuerdo con sus conductas. Supone fiarse del otro:

- de sus recursos para afrontar el problema
- de su capacidad de desear el bien
- de decidir en consecuencia, aún a riesgo de equivocarse

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Habilidades para una relación de ayuda

1. Escucha activa

Es acoger a la persona y su mensaje. Tiene mucha relación con la capacidad de observación: ver, oír, escuchar... “lo que dice y lo que no dice” verbalmente. ¿Qué significa para él lo que me está comunicando?

Los principales obstáculos para la escucha son:

- La ansiedad propia
- El apuro e impaciencia
- La superficialidad
- La pasividad
- La tendencia a juzgar
- Intentar interpretar
- Consolar o predicar.

Implica hacer un silencio interior, para usar y poner a disposición del otro, el tiempo libre mental.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Habilidades para una relación de ayuda

2. Respuesta empática

Se trata de comprender lo que la persona vive y los significados que para ella tiene su enfermedad y devolver con mis palabras y lenguaje no verbal, lo que he comprendido de lo que me ha comunicado (no sólo lo que dice, sino, también lo que ha expresado de forma no verbal). Es importante centrarme en escuchar lo que ella expresa y tratar de no interpretar desde mi punto de ver la realidad.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Habilidades para una relación de ayuda

3. Personalización

Concretar, especificar, impedir que el ayudado generalice y buscar más bien apoyarlo en asumir su responsabilidad personal. Se personaliza sobre el contenido de lo expresado (lo que “dice” sobre el significado (lo que significa para él), sobre los sentimientos y sobre lo que finalmente busca alcanzar.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Habilidades para una relación de ayuda

4. Confrontación

Es una invitación a un examen más profundo, haciéndole ver a la persona ayudada, las discrepancias que existen entre sentimientos, pensamientos, y acciones que realiza. Se intenta hacer consciente algunos contenidos que expresa pero que hasta ahora había rehusado considerar. El objetivo es que se responsabilice progresivamente. Es un desenmascaramiento, dirigido a un cconio constructivo. También es un desafío a redescubrir potencialidades encubiertas, mal usadas, con vistas a traducirlas en un programa de acción. Sólo se debe hacer confrontación después de una acogida incondicional, en un clima de diálogo. Debe ser muy concreto, específico, ser expresado como una propuesta, no como un juicio ni una crítica.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Las fases de la relación de ayuda

1. Configuración del encuentro personal:

Acogida y orientación. Esta fase se refiere a la recepción adecuada del usuario tanto en el ámbito físico como psicológico. Así en el ámbito físico se dan las características que debe tener el espacio físico, así como el aspecto, expresión etc. que debe tener el profesional de la atención sociosanitaria para mostrar una sensación de acogida al usuario. En el ámbito psicológico se vuelve a hacer hincapié en la empatía, disponibilidad etc. que debe mostrar el profesional.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Las fases de la relación de ayuda

2. Exposición clarificación e identificación del problema.

El objetivo último de esta fase es definir el problema. Para ello también es necesario que el profesional posea determinadas actitudes como las ya repetidas de la escucha activa, empatía, autenticidad y respeto así como saber ayudar al usuario a concretarse en su problema, a comprometerse y responsabilizarse del trabajo terapéutico etc.. También en esta parte se analizan las actitudes tanto positivas como negativas que puede mostrar el paciente durante esta fase.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Las fases de la relación de ayuda

3. Confrontación y reestructuración del problema.

En esta fase el profesional debe ayudar al usuario a cambiar su visión del problema y ver en esta nueva visión perspectivas de solución, debe concienciar al usuario de que él es el responsable de sus experiencias y vivencias, debe enseñar a aceptar que existen problemas que no se pueden solucionar etc.. También se explican las actitudes que tanto el profesional como el usuario deben tener o evitar en esta fase.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Las fases de la relación de ayuda

4. **Iniciación del plan de acción: decisión del diagnóstico, de los objetivos y plan de acción.**
 - **El fin de la relación o separación.** Para la mayoría de nosotros no es fácil decir adiós a una persona a la que debes haber tomado cariño después de una relación de ayuda. Es este apartado se tratan las actitudes que debemos tener para consolidar la obra que hemos realizado mediante la autonomía del individuo.
 - **La evaluación.** La evaluación debe ser tanto una auto evaluación como una evaluación del proceso completo ¿Se cumplieron los objetivos?.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

FUNCIONES DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN DE AYUDA

Función catártica y libertadora del lenguaje	<ul style="list-style-type: none">• El individuo tiene la capacidad de liberarse de una serie de tensiones emotivas que le han sido generadas por su situación de malestar.• El profesional debe aprender a escuchar al usuario, teniendo en cuenta todas las modalidades de la comunicación, verbal y no verbal• El usuario constata que cuando hablamos con el esta mejor, y esto es así porque le damos pie a liberar las tenciones acumuladas.
Función de reconocimiento y consideración del otro	<ul style="list-style-type: none">• El usuario debe ser respetado y debemos comprender su situación de malestar. El escuchar a un usuario no es oír lo que nos dice, sino que debemos intentar comprender su situación, mostrar disponibilidad e interes por lo que nos cuenta.• Cuando acude a nosotros debe tener la convicción de que es respetado y de que vamos a tratar su problema individualmente, quedando a su disposición cualquier miembro del equipo
Función de adquisición de conocimiento	<ul style="list-style-type: none">• No solo comunica el que presta la ayuda sino también el que la recibe. Por ello se ha establecido el concepto de retroacción o feedback, mediante el cual recibimos una serie de informaciones por parte del usuario que nos pueden servir a nosotros para valorar nuestra posterior intervención.• Por tanto en el proceso de la comunicación podemos ser emisores o receptores según el momento. Muchas de las cosas que aprenderemos sobre la comunicación nos las enseñaran los usuarios.
Función de refuerzo de modificación del comportamiento	<ul style="list-style-type: none">• Con la información que recibimos del usuario y su familia, podemos modificar el comportamiento del otro con la intención de mejorar su calidad de vida. Para poder hacer eso debemos de estar preparados individualmente, trabajando integrados en el equipo interdisciplinar .• Es importante reforzar positivamente al usuario, de manera constante ya que es la única manera de que su calidad de vida sea lo más favorable posible,si el soporte no es constante f mediante el refuerzo fracasaremos

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

OBSTÁCULOS DE LA COMUNICACIÓN EN LA RELACION DE AYUDA
Materiales
<ul style="list-style-type: none">○ Ruido○ Escasa visibilidad○ Demasiadas personas
Físicos
<ul style="list-style-type: none">○ Sordera○ Ceguera○ Vocalidad defectuosa○ Posiciones en el espacio
Psicológica o social
<ul style="list-style-type: none">○ Diferente estado psico-emotivo○ Pertenencia socio-económica y cultural diferente

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Para establecer la comunicación debe hacerse en un espacio adecuado donde no hayan otras personas, se este tranquilo y haya intimidad

Cuando haya un defecto físico que dificulte la comunicación debemos utilizar la modalidad de comunicación mas adecuada a cada circunstancia

Hay que estar de cara al usuario y siempre a su altura para que el espacio no sea una barrera en la comunicación

Cuando hay un diferente estado de ánimo psico-emotivo es difícil comunicarse, debemos intentar mantener un estado estable frente al usuario, si no es así mejor esperar a otro momento si estamos o muy contentos o muy enfadados o preocupados.

No debemos caer en actitudes de arrogancia y ponernos al nivel del usuario sino este no podrá comunicarse con confianza

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

COMPORTAMIENTOS LIMITANTES DE LA COMUNICACIÓN EN LA SITUACIÓN DE AYUDA (Profesionales y pacientes)

Egocentrismo	Es hablar constantemente de uno mismo. Lo normal es que sea el usuario el que nos cuente sus problemas, con este comportamiento tendemos a rebatir en vez de acoger .
Taciturnismo	Estar constantemente en silencio. Al usuario le da la sensación de que no le tenemos en cuenta y de que está aislado. Los silencios son importantes en la comunicación, pero en exceso son una limitación.
Logorrea	Hablar constantemente y rápido sin dar tiempo al usuario de expresarse. La comunicación se convierte en un monólogo donde se dan consejos constantemente sin tener en cuenta la función de adquisición de conocimientos, no se deja expresar los sentimientos y preocupaciones del usuario.
Humorismo	Es tomarse todo a broma fuera de lugar y de contexto. Cuando un usuario nos habla de sus preocupaciones no podemos hacer chistes o bromas. Normalmente es un mecanismo de huida de la realidad que nos angustia al profesional
Falsedad	Es presentar al usuario una realidad inexistente con la intención de hacerle creer que es real. No podemos decirle a un usuario que no tiene nada, puede que no lo sepamos con certeza pero no podemos crearle falsas expectativas ya que se dará cuenta y será peor
La prisa	El estar constantemente mirando el reloj y estar expresando falta de tiempo es un comportamiento limitante. Se provoca un distanciamiento emotivo con el usuario. Hay momentos en los que hay que reconducir la conversación porque el tiempo no es ilimitado, pero siempre dejando la puerta abierta a nuevos momentos de encuentro.
Cambio de argumento	Cambiar el argumento de la conversación cuando el tema es delicado o no sabemos como afrontarlo. Lo utilizamos tanto los profesionales como los usuarios como mecanismo de defensa, hay que concienciarlo
Desdramatizar	Restar importancia a los problemas y sentimientos emotivos del otro. Solemos decir que algo es normal, cuando para el usuario es la primera vez que le pasa o lo siente.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Objetivos de la comunicación en la relación de ayuda

1. *Facilitar al otro la comunicación*

Las personas dependientes tienen problemas físicos y psicológicos con reacciones de angustia y miedo , por eso les cuesta comunicarse con los demás. Una de nuestra obligaciones es facilitarles la comunicación , a ser posible con todo el equipo interdisciplinar. Para cumplir la función de liberación que experimenta el usuario cuando se comunica

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

MEDIDAS PARA FACILITAR LA COMUNICACIÓN

- Cuidar el ambiente para que no haya obstáculo
- Utilizar todas las modalidades de comunicación
- Estimular al otro con preguntas sobre la familia, la pareja, los hijos, etc.
- Mostrar atención con repeticiones, interrogaciones, afirmando o negando algo
- Mostrando calma y disponibilidad de tiempo, el usuario capta muy bien la comunicación no verbal de nuestro propio estado de ánimo

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

2. Favorecer la comunicación con el otro

- Se ha de utilizar correctamente el lenguaje, pronunciando correctamente con claridad y lentitud adecuada y siguiendo un orden lógico
- Las repeticiones se han de utilizar con frecuencia ya que es normal que el usuario se bloquee y haga preguntas repetitivas

3. Favorecer la relación con el otro

- Mediante la paridad, sin mantener actitudes de superioridad y que el usuario capte que no le respetamos, si no mantenemos esa actitud difícilmente el usuario se abrirá a nosotros.
- Debemos mostrarnos tal como somos, sin fingir personalidades que le pudieran interesar al usuario ya que normalmente descubrirá que no somos honestos y perderá toda la confianza en nosotros, la cual sería difícil de recuperar.

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

4. *Transmitir comprensión emotiva*

- Para ello es necesaria la empatía , intentando ponerte en el lugar del otro y entender su situación, basta imaginar que somos el, no debemos confundirlo con tener lástima.
- Debemos aprender a escuchar, que quiere decir entender lo que nos están comunicando no solo oír, con cualquiera de las modalidades de comunicación, pueden incluso existir mensajes contradictorios entre la comunicación verbal y no verbal, esta última es más fiable ya que es menos controlable e involuntaria.
- Para algunos tipos de usuarios, es importante el contacto corporal para que el usuario entienda que se le acepta tal como es, en algunos casos de deterioro cognitivo un beso o una caricia es un acto de comunicación que hace que la persona se sienta digna y emotivamente valorado..

1.3.1. LA RELACIÓN DE AYUDA

Riesgos de la relación de ayuda para el profesional

Existe el riesgo de la sobreimplicación emocional que puede llevar al Burn-out o queme, también se puede inducir al otro en expectativas irreales, o despersonalizarnos dejando que sea el usuario el que maneje la situación. El trabajo en equipo es fundamental para evitar esos riesgos.

Beneficios de la relación de ayuda para el profesional

Conocernos a nosotros mismos, crecimiento personal y vivir el reconocimiento del otro

1.4.1. PRINCIPALES PROBLEMAS ÉTICOS QUE AQUEJAN A LAS PERSONAS MAYORES

Los problemas éticos se pueden presentar en cualquier momento en que la persona mayor o sus familiares se topen con un conflicto que atente contra la dignidad o el respeto a alguien, incluidos ellos mismos:

- Obligar al anciano/a a permanecer aislado
- Experimentar con él nuevos fármacos
- Abandonarlo o ser negligentes en su cuidado
- A maltratarlo
- A excluirles de algunos servicios asistenciales por razones utilitaristas
- A abusar de su estado de incapacidad mental

1.4.1. PRINCIPALES PROBLEMAS ÉTICOS QUE AQUEJAN A LAS PERSONAS MAYORES

PRINCIPALES PROBLEMAS

1. **Ingreso involuntario en una residencia** ¿Es una necesidad imperiosa?
2. **Directrices anticipadas y testamentos vitales.** ¿Se deben respetar siempre?
3. **Decisiones subrogadas.** ¿Quién debe tomarlas? ¿Quién controla la moralidad de dichas decisiones?
4. **Designación del tutor legal y responsabilidad moral del mismo**
¿Quién lo designa? ¿Es necesaria siempre la figura del tutor? ¿Se puede imponer?
5. **Incapacitación de hecho y de derecho.** ¿Quién la otorga? ¿Basándose en qué criterios se incapacita a alguien?
6. **Intimidad y privacidad.** ¿Es un derecho absoluto? ¿Qué límites o excepciones tiene?
7. **Abuso y maltrato.** ¿Qué tipos de injusticias se cometen con estos enfermos?
8. **Principio de autonomía y consentimiento informado.** ¿Hasta dónde son autónomos? ¿Cómo se lleva a cabo un consentimiento informado válido?

1.4.1. PRINCIPALES PROBLEMAS ÉTICOS QUE AQUEJAN A LAS PERSONAS MAYORES

PRINCIPALES PROBLEMAS

9. **Relaciones sexuales:** abuso e instrumentalización del enfermo.
10. **Problemas clínico-asistenciales:**
 - Utilización de restricciones físicas.
 - Utilización de sondajes nasogástricos.
 - Cuidados del anciano incontinente.
 - Intensidad del tratamiento médico (encarnizamiento).
 - Sobreutilización de fármacos.
 - Cuidados en la fase terminal de la enfermedad.
11. **Deberes y obligaciones de la familia.** Deber de alimentos sí, pero ¿y deber de dar cariño? ¿Hasta dónde tienen responsabilidad moral los hijos y los padres?
12. **Papel de la sociedad y del Estado.** ¿Qué corresponsabilidad debe jugar el Estado?
13. **Vivir y morir con dignidad.** ¿Cómo lograr una buena calidad de vida y una buena calidad de muerte en estas personas? ¿Es posible hablar de dignidad en la ancianidad?

1.4.1. PRINCIPALES PROBLEMAS ÉTICOS QUE AQUEJAN A LAS PERSONAS MAYORES

RESPONSABILIDADES ÉTICAS EN EL CASO DE DEMENTES

- Los familiares responsables del cuidado diario de los enfermos, necesitan soporte psicosocial, sociosanitario y socioeconómico que alivie la carga que la enfermedad ocasiona.
- Se deben buscar una serie de recursos de ayuda y asistencia, tanto formales como informales. Se deben crear fondos de soporte financiero para los sectores más afectados o de más alto riesgo;
- Hay que abaratar el coste de las atenciones médicas, promover residencias y centros asistenciales adecuados,
- Crear centros especializados dependientes de la seguridad social para asistencia psicogeriátrica
- Formar personal sanitario que sirva de mediador entre la familia y el enfermo
- Idear estrategias sociosanitarias y biomédicas para afrontar las emergencias que, con relativa frecuencia surgen en el manejo de las demencias.
- Marcar la corresponsabilidad entre el Estado y las familias con un anciano a su
- Cargo debe ser una exigencia social indiscutible, pero además es necesario que de esta corresponsabilidad se siga una integración y normalización de sus vidas.
- Hay que integrarlo y convivir con él de la mejor manera posible (no verlo como una carga social y familiar).

1.4.1. PRINCIPALES PROBLEMAS ÉTICOS QUE AQUEJAN A LAS PERSONAS MAYORES

ETHICAL MODELOS ÉTICOS

<i>Ética del cuidado</i>	<p>Tanto en la profesión médica como social, el cuidado ocupa un lugar esencial</p> <p>Implica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sensibilización social y personal• Movilizar recursos adicionales para las necesidades no cubiertas• Conocer mejor las nuevas necesidades y la forma de atenderlas y desarrollar mecanismos de respuestas adecuados a la magnitud social de los distintos problemas• Hacer de la necesidad del cuidar un auténtico arte, que nos lleve a realizarnos más desde nuestra profesión y a aportar mayor calidad de vida a quien asistimos.
<i>Ética del respeto</i>	<ul style="list-style-type: none">• Hacer que la vida merezca la pena vivirla, sobre todo la vida de aquellas personas que desde fuera es tan fácil negarles cualquier sentido o que no se las considere desde lo que son: personas como nosotros.• Tener respeto ético hacia estas personas, son signos no sólo de humanidad sino de calidad humana
<i>Ética de la solidaridad</i>	<p>La ética solidaria sirve</p> <ul style="list-style-type: none">• para hacer un mundo más justo y más humano• para defender los derechos de los seres humanos• para buscar el bien en todo.

4. ACCIÓN

4.1. COMO MANEJARSE CON MAYORES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD

4.1.1. INTERVENCIONES CON PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO Y/O DEMENCIA

SUPUESTOS BÁSICOS PARA EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES CON PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO

Importancia de las actitudes, valores y principios	<ul style="list-style-type: none">• Actitudes como la consideración de la persona con deterioro cognitivo como un adulto: tratarlo con dignidad, respeto, poder de elección e independencia, son básicas en cualquier intervención.• Debe desecharse la aplicación mecánica de técnicas, despersonaliza
Individualidad	<ul style="list-style-type: none">• Las personas con deterioro cognitivo son individuos únicos.• Existen grandes diferencias en el deterioro neurológico, muchos tipos y subtipos de demencia, muy diferentes estadios en el proceso de demenciación• Existen diferencias entre las personas con deterioro cognitivo respecto a intereses, preferencias, prioridades, estilos de vida, tipos de afrontamiento, vulnerabilidad ante contingencias ambientales, etc...

4.1.1. INTERVENCIONES CON PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO Y/O DEMENCIA

SUPUESTOS BÁSICOS PARA EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES CON PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO

El aprendizaje es posible

•Obviamente la adquisición de nuevo aprendizaje esta disminuidos en las personas con deterioro cognitivo y/o demencia, pero se pueden identificar ciertas condiciones donde esto es posible: la memoria de procesamiento y la memoria implícita pueden estar relativamente, el aprendizaje verbal y la retención de la información cuando esta es adecuadamente registrada puede ser relativamente normal en usuarios con demencia

Expectativas respecto a la intervención

•Realismo es la palabra clave. Los cambios que es posible observar tras la intervención serán probablemente pequeños y específicos

•Las intervenciones psicológicas con personas con deterioro cognitivo, persiguen tanto el mantenimiento y la recuperación de las funciones cognitivas, como la intervención en otras áreas de la vida de la persona: el aumento del locus de control, de la calidad de vida, de la autoestima, etc...

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

MODELO DE DIAGNOSTICO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

El conflicto interpersonal es cíclico. El ciclo comprende 4 elementos:

- Los problemas que constituyen el conflicto
- Las circunstancias que precipitan el conflicto
- Los actos pertinentes de los protagonistas
- Las consecuencias

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

FASES DEL CONFLICTO	
Fase inicial	El conflicto empieza es difícil saber que elementos intervienen
Fase maligna	El conflicto está en su momento más agresivo. Las estrategias de intervención deben estar orientadas a parar el conflicto, a la separación de los elementos que intervienen, a evitar que crezca.
Fase latente	Es el momento de actuar, de analizar la situación conflictiva y de proponer medidas de cambio.
Fase final	Las medidas aplicadas deben ser evaluadas. Si el conflicto entra en vías de solución, las medidas son correctas. Si el conflicto se repite, se impone el análisis de esas medidas.

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

PROBLEMAS SUSTANTIVOS Y EMOCIONALES

Sustantivos: desacuerdos sobre políticas y prácticas, competencia por los recursos y opiniones diferentes respecto a papeles o funciones.

Conflictos sustantivos requieren negociación y solución de problemas entre los protagonistas, así como intervenciones del mediador. Procesos cognoscitivos.

Emocionales: sentimientos negativos entre las partes.

Conflictos emocionales requieren reestructuración de percepciones y examen y tratamiento de sentimientos, así como intervenciones conciliadoras del mediador. Procesos afectivos

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

ACONTECIMIENTOS DESENCADENADORES

Son circunstancias que precipitan el conflicto. Hay barreras que se oponen a las acciones y circunstancias de conflicto:

- **Barreras Internas:** valores, actitudes, necesidades, anhelos, temores
- **Barreras Externas:** normas de grupo contrarias a la expresión del conflicto, obstáculos físicos a la interacción.

Ejemplos de barreras: Requisitos de la tarea (el tiempo), Normas de grupo, Imagen Publica, Conceptos personales del Papel o Función, Vulnerabilidad ajena o propia.

- Los acontecimientos desencadenadores pueden aumentar la importancia de los problemas en conflicto o reduciendo alguna de las barreras que obstruyen la acción.
- Importante entonces en el diagnostico del conflicto es reconocer las barreras que operan y que es lo que desencadena el conflicto.

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

ANÁLISIS DE BARRERAS Y DESENCADENADORES POR QUE ES IMPORTANTE

Ayuda a elegir el problema, el momento y el lugar apropiados.

Ayuda a evitar que se desencadenen tácticas malignas que no conducen a la solución de los problemas (se deben distinguir las dos circunstancias).

Proporciona indicios sobre los problemas básicos del conflicto recurrente.

Se puede controlar la frecuencia de los encuentros de conflicto (al actuar sobre las barreras y los desencadenadores).

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

TÁCTICAS DEL CONFLICTO Y COMPORTAMIENTOS PARA SU SOLUCIÓN

Comprenden la expresión de sentimientos de conflicto (rabia, ataque, evasión, rechazo) y sentimientos de conciliación (pena, simpatía, entusiasmo, apoyo).

También incluyen las estrategias competitivas que tienen por finalidad ganar el conflicto y las estrategias cooperativas, destinadas a poner fin al conflicto.

- **Competitivas:** interrumpir, paralizar, desaprobar a otros, formar alianzas, sacar ventajas.
- **Cooperativas:** concesiones unilaterales o recíprocas, eliminar diferencias.

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

COSTOS Y BENEFICIOS DEL CONFLICTO

- Costos Personales (psicológicos)
- Costos relacionados al trabajo
- Costos asociados a otros que rodean

Los costos son consecuencias de tener una relación antagónica, de las tácticas manifiestas en si y de las reacciones de otros

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

COMPRENSIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE UN CONFLICTO. POR QUE ES IMPORTANTE

Ayudan a determinar si se justifica el esfuerzo para lograr un mejor manejo del conflicto (si los beneficios son superiores a los costos)

El análisis puede mostrar las conexiones entre tácticas y manejo usados y la tendencia de los problemas a aumentar o disminuir.

Ayuda a conocer los resultados que son deseables y a desarrollar estrategias para alcanzarlos, que por lo general son estrategias de desescalamiento.

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

TENDENCIAS A LA PROLIFERACIÓN

Para diagnosticar los conflictos es importante determinar cuales problemas son básicos y cuales son sintomáticos, representativos de una proliferación de los P problemas básicos.

Por que ocurre la proliferación? (Tendencia de los tipos de problema a generar otro).

- Conflicto emocional tiende a crear desacuerdos sustantivos.
- Conflicto sustantivo puede crear un conflicto emocional, hostilidad y desconfianza.
- Tanto si se trata de problemas sustantivos como emocionales, estos tienden a crear problemas sintomáticos.

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

MANEJO DEL CONFLICTO

Estrategias de control

- **Evitar que sobrevenga una interacción de conflicto:** fortaleciendo las barreras y evitando los acontecimientos desencadenadores. (Estrategia de control). Tiene la desventaja de que pueden generarse resultados finales menos deseables que si se expresara el conflicto:
 - El conflicto puede permanecer oculto, menos directo, pero mas destructivo y difícil de controlar.
 - Cuando llegue a manifestarse, puede llegar a ser mas intenso y destructivo.
- **Restricción de la forma del conflicto:** poniendo limites a las tácticas de los protagonistas. Se puede usar esta estrategia de control para proteger a un sistema social de los efectos disociadores de un conflicto menos restringido y para impedir el escalamiento de un conflicto al eliminar las tácticas que tienen un efecto más provocativo.

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

MANEJO DE LAS CONSECUENCIAS DEL CONFLICTO

ANÁLISIS DE SITUACIONES CONFLICTIVAS	DESCRIPCIÓN DEL CONFLICTO	EVALUATION DE LAS MEDIDAS
<p>La resolución de un conflicto es un proceso que incluye acciones como el diagnóstico, pero también la evaluación de las medidas adoptadas para superar dicho conflicto</p>	<ul style="list-style-type: none">• Quién o quienes intervienen y cómo lo hacen• ¿A quién afecta? ¿qué consecuencias tiene?• ¿Cuándo suele ocurrir?• ¿Cuánto tiempo dura?• ¿A qué crees que se debe este conflicto?• ¿Por qué se produce?	<ul style="list-style-type: none">• Medidas seleccionadas• Ámbito de aplicación• Quien las aplica• ¿Qué ocurre después?

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Escuchar

- Adopta una actitud activa en la escucha: mira al orador, etc...
- Respeto el turno de palabra: pide la palabra, no interrumpe la intervención de un compañero de manera inoportuna.
- Tiene recursos para suplir deficiencias comunicativas: pregunta cuando no comprende, etc...
- Comprende el mensaje: sigue unas instrucciones, dialoga con la persona que ha hablado, utiliza la información para realizar una tarea...

Hablar

- Controla la voz: volumen, timbre, tono, ritmo...
- Usa códigos no-verbales adecuados: gestos y movimientos, control de la mirada...
- Hace uso de la palabra de forma pertinente a la situación comunicativa planteada: evitar comentarios despectivos y dar argumentos razonados cuando no esté de acuerdo con la opinión expresada por otra persona
- Usa la palabra para establecer un consenso: discute ordenadamente, tiene en cuenta las aportaciones de los demás....
- Se expresa de forma adecuada: se adecua al interlocutor, hay coherencia en lo que dice, usa un registro adecuado.

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

PROCESO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1ºPlanificar / Analizar	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué me preocupa específicamente de este conflicto?• ¿Quién está implicado?• ¿Cómo me afecta esto?, ¿Por qué es importante para mí?• ¿Qué necesito comprender sobre este conflicto?• ¿Qué obstáculos para el diálogo percibo?, ¿Qué puedo hacer para superarlos?• ¿Qué suposiciones o prejuicios tengo sobre la otra persona?• ¿Qué haría mejorar la situación para mí?
2ºEstablecer el tono positivo	<ul style="list-style-type: none">• Muestra intenciones positivas (ej. “Quiero que esta relación continúe”, “esto es importante para mí”, “realmente quiero comprender esto”)• Reconoce y valida a la otra persona (ej. “Puedo ver que estás tan preocupado como yo”, “aprecio tu buena voluntad para hablar sobre esto”, “gracias por tomarte esto seriamente”)
3ºDiscutir y definir el problema	<ul style="list-style-type: none">• Cada persona expone por turnos sus asuntos y sentimientos, empleando técnicas de comunicación efectiva (como mensajes-yo) y un lenguaje descriptivo no valorativo• Cada persona utiliza la escucha activa para responder a las preocupaciones del hablante• Identificar los obstáculos, intereses y necesidades• Si es necesario, discutir presunciones, prejuicios y valoraciones• Resumir la nueva comprensión de la situación.

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

PROCESO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

4º Generar ideas de soluciones	<ul style="list-style-type: none">• Hacer una lista de ideas sin juzgarlas• Pensar en acciones concretas que pueden llevarse a cabo
5º Evaluar las soluciones	<ul style="list-style-type: none">• Determinar las ventajas y desventajas para cada curso de acción y hacer "agente de la realidad"
6º Decidir un curso de acción	<ul style="list-style-type: none">• Elegir soluciones que son satisfactorias para todas las partes.• Asegurarse de que la/s solución/es es/son específica/s y equilibrada/s.• Acordar una fecha para hacer un seguimiento del funcionamiento de la solución

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

NEGOCIACIÓN BASADA EN INTERESES

- El **objetivo** de la negociación basada en interese es alcanzar un acuerdo justo que satisfaga el mayor número de intereses posibles de las partes, mientras que preserva o mejora la relación entre las partes
- Los **participantes** se convierten en solucionadores de problemas, trabajando hacía un objetivo común, más que adversarios en la negociación que perciben su pérdida como directamente proporcional a la ganancia del otro.

4.1.2. MANEJO DEL CONFLICTO INTERPERSONAL

NEGOCIACIÓN BASADA EN INTERESES

CATEGORIAS DE INTERESES	<ul style="list-style-type: none">•Substantivos o concretos – dinero, tiempo, recursos.•Procedimentales – cómo se va a llevar a cabo algo.•Psicológicos o de relación – emociones, la percepción de cómo uno es tratado, condiciones para la relación futura.
PRINCIPIOS DE LA NEGOCIACION BASADA EN INTERESES	<ul style="list-style-type: none">•Separar la persona del problema•Centrarse en los intereses y no en las posiciones•Generar una variedad de posibilidades antes de la decisión final•Insistir en basar la solución en algún criterio objetivo
DE LA NEGOCIACIÓN DISTRIBUTIVA A LA BASADA EN INTERESES	<ul style="list-style-type: none">•Ayudar a los participantes a educarse mutuamente sobre sus intereses•Reconocer y discutir las emociones abiertamente•Emplear la empatía•Reconocer el cambio de enfoque de posicional a basado en los intereses cuando se produce•Preguntar ¿POR QUÉ? – buscar las razones que subyacen a las posiciones hasta agotar el asunto•Trabajar juntos para crear todas las opciones posibles y evaluarlas en base a los intereses de ambos•Cambiar el rol de las partes de debatientes a solucionadores de problema

4.1.3. AFRONTAMIENTO EFICAZ ANTE AGRESIÓN, ENOJO E IRA

AGRESIÓN

Razones por las cuales las personas se comportan agresivamente son diversas :

Defensa ante la sensación que se está invadiendo un espacio personal.

Sentimientos de incapacidad o frustración al no poder realizar las actividades de la vida diaria.

Reacción ante una acción del cuidador.

Depresión ,cambios en el ambiente

4.1.3. AFRONTAMIENTO EFICAZ ANTE AGRESIÓN, ENOJO E IRA

AGRESIÓN

Qué hacer para prevenir y reducir la agresividad .

- **Consultar con el médico** explíquelo el comportamiento observado y pregúntele si puede ser efecto de la medicación.
- **Fomentar la independencia**, hasta donde sea posible, la independencia en la vida diaria de la persona que está cuidando. De esta forma aumentará su confianza y seguridad en sí misma. Una de las causas de la agresividad es la frustración que provoca el hecho de tener que aceptar que ya no se es tan independiente como antes.
- **Mantener rutinas en la vida diaria**. Procure introducir el menor número posible de cambios en la vida de la persona a quien está cuidando. Posiblemente los cambios en la rutina diaria le provoquen malestar o confusión, y esto puede hacer que reaccione con agresividad.
- **Ignorar la agresividad**. No preste atención Al residente o usuario mientras esté siendo agresivo o insultante. Procure no mostrar ni siquiera desaprobación o molestia por este comportamiento. Esta recomendación obedece a que, en muchas ocasiones, la atención que proporcionamos a una persona mientras se comporta de una determinada manera es un motivo en si mismo para que continúe comportándose así.
- **Premiar la amabilidad** .Elogie y recompense cuando actúe de forma beneficiosa para todos. La clave del éxito de esta forma de actuar está en que todas las personas con quien muestra comportamientos agresivos se hayan puesto de acuerdo en cómo tratar con él o ella.
- **Buscar alternativas que impidan la agresividad**. Una buena forma de impedir que se comporte de forma agresiva es conseguir que realice actividades incompatibles con dicho comportamiento, es decir proporcionarle alternativas de actuación.

4.1.3. AFRONTAMIENTO EFICAZ ANTE AGRESIÓN, ENOJO E IRA.

AGRESIÓN

Cómo actuar cuando se muestre agresivo

- **Mantener la calma.** Permanezca tranquilo.
- **Informar** de lo que va a hacer.
- **Distraerle.** Distraiga su atención con cualquier actividad o comentario.
- **Preguntarle.** Sugiera que, en lugar de comportarse de forma agresiva, diga lo que le ocurre. De cualquier forma respete si la persona no quiere hablar y déle tiempo para que se calme.
- **Evitar riesgos.** Elimine objetos peligrosos de la vista que puedan causar daño a alguna otra persona presente o a la propia persona mayor.
- **Controlar la situación.** Asegúrele que no se le hará daño. Y, en último caso, si la violencia persiste, agárrele suavemente por los brazos. No es necesario ningún otro contacto físico.

4.1.3. AFRONTAMIENTO EFICAZ ANTE AGRESIÓN, ENOJO E IRA..

AGRESIÓN

¿Qué NO HACER cuando se muestra agresivo?

- **Reaccionar impulsivamente.** No se tome la agresividad como algo personal.
- **Enfrentarse.** No se enfrente. No pida de momento explicaciones ni manifieste sus quejas.
- **Gritar.** No levante la voz. Actuar así contribuiría elevar su enfado.
- **Tocarle de forma inesperada.** No inicie movimientos bruscos para tocarle. No se acerque rápidamente hacia él, ni tampoco por detrás.
- **“Ser alarmista”.** No aumente los sentimientos de amenaza o alarma, ni piense que sólo le ocurre a usted.
- **Alertar a otras personas.** No llame a muchas personas en busca de ayuda. Si tiene que pedir ayuda en una situación, es preferible que se dirija a una persona.
- **Provocar.** No responda al comportamiento agresivo con “amenazas”, “bromas”, “tomaduras de pelo” o ridiculizándole.
- **Sujetarle.** No utilice restricciones físicas (sujetar,atar) que haga que se sienta sin posibilidad de escapar

4.1.3. AFRONTAMIENTO EFICAZ ANTE AGRESIÓN, ENOJO E IRA..

AGITACIÓN.

Qué es la agitación.

- Cuando hablamos de agitación nos referimos a un estado de intranquilidad, excitación y/o conductas repetitivas que la persona no puede controlar y que carecen de una finalidad aparente.
- Ante un problema de agitación lo principal es buscar las circunstancias que hacen que la persona se comporte de esta manera. Una vez que conocemos tales circunstancias es mucho más fácil tomar medidas para corregirlo.

4.1.3. AFRONTAMIENTO EFICAZ ANTE AGRESIÓN, ENOJO E IRA..

AGITACIÓN

**Una persona
presenta agitación
cuando se
comporta
repetidamente de
alguna o algunas
de las siguientes
maneras:**

Se muestra inquieto/a.

Anda con pasos rápidos.

Se frota las manos.

Repite preguntas.

Muestra movimientos de balanceo.

Se araña o rasca la piel continuamente.

Golpea la puerta con el pie

Juega con los tiradores de las puertas.

Cambia los muebles de lugar.

Intenta escapar de la casa

Abre todos los grifos.

Agita los brazos.

Hace ruidos sin finalidad aparente.

Gime, se lamenta o solloza.

4.1.3. AFRONTAMIENTO EFICAZ ANTE AGRESIÓN, ENOJO E IRA...

AGITACIÓN

Causas de la agitación

Problemas de salud. En ocasiones, algunos problemas de salud o el consumo continuado de determinados medicamentos pueden causar agitación.

Limitaciones físicas y de comunicación.

Exceso de atención de los demás. Es posible que la persona que se comporta agitada reciba mucha atención de sus familiares por este comportamiento. Las razones por las que puede buscar atención son variadas: aburrimiento, falta de actividad y estado de ánimo deprimido.

4.1.3. AFRONTAMIENTO EFICAZ ANTE AGRESIÓN, ENOJO E IRA..

AGITACIÓN

Cómo actuar cuando un residente se muestre agitado

Transmítale calma.

Muéstrele comprensión y seguridad, ya que ello hará que se sienta mejor

Háblale en un tono pausado, disminuya la estimulación ambiental, y no le presione.

Reduzca el movimiento. Presione suavemente el brazo, pierna o parte del cuerpo donde se manifiesta la agitación.

Distráigale

4.1.3. AFRONTAMIENTO EFICAZ ANTE AGRESIÓN, ENOJO E IRA..

AGITACIÓN

Qué hacer para prevenir la agitación en personas con confusión mental.

Consulte con el médico.

Adecue el ambiente

Favorezca la tranquilidad.

Fomente la práctica de actividades. practice activities.

Evite traslados.

4.1.3. AFRONTAMIENTO EFICAZ ANTE AGRESIÓN, ENOJO E IRA..

DEAMBULACIÓN: LAS “IDAS Y VENIDAS”.

¿Qué es la deambulación?

En ocasiones, la persona mayor, especialmente cuando padece algún tipo de demencia, permanece andando durante mucho tiempo, aparentemente sin motivo alguno sin un objetivo concreto. En principio, la deambulación no tiene por qué ser un problema y sólo comienza a serlo cuando se produce en lugares inadecuados y con consecuencias negativas, tales como mostrarse agresivos con otras personas, tener riesgo de caídas, sufrir un accidente o exponerse a una temperatura desaconsejable.

4.1.3. AFRONTAMIENTO EFICAZ ANTE AGRESIÓN, ENOJO E IRA...

DEAMBULACIÓN: LAS “IDAS Y VENIDAS”.

¿Cómo saber si tiene problemas de deambulación?

Se sienten inquietos.

Son incapaces de permanecer sentados.

Andan por el mismo lugar repetidas veces.

Se balancean de un pie a otro

Suelen intentar salir de al habitación dónde se encuentran

Tocan los tiradores de las puertas u otros objetos repetidas veces.

Buscan sensaciones táctiles y auditivas..

No es necesario que todos estos comportamientos se den en una misma persona para que se pueda hablar de deambulación.

4.1.3. AFRONTAMIENTO EFICAZ ANTE AGRESIÓN, ENOJO E IRA...

DEAMBULACIÓN: LAS “IDAS Y VENIDAS”.

¿Qué hacer ante el problema de la deambulación?

Crear un ambiente seguro.

Mantener rutinas y orden

Utilizar señales de orientación

Mantenerse localizado

No prestar atención a la deambulación

Dirigir a zonas seguras.

Favorecer la actividad

Fomentar la comunicación

Fomentar el ejercicio

Orientar en el tiempo y el lugar

Distraer

Utilizar tarjetas de identificación

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

- El envejecimiento progresivo de la población en las últimas décadas y las enfermedades crónicas evolutivas.
- **La relación personal asistencial-enfermo** ha pasado de una concepción vertical y paternalista a una relación más horizontal, donde la comunicación con el enfermo y el escuchar sus necesidades nos da la oportunidad de tener una relación de empatía que, sin duda alguna, mejorará nuestra actuación profesional, ya que concebimos a esta persona desde una perspectiva global, como persona, como paciente, como anciano; actuando con cariño y respeto total, teniendo siempre en cuenta sus propias decisiones.
- Podríamos pensar de entrada qué efecto puede tener para un anciano el diagnóstico de una enfermedad asociada comúnmente con la muerte, cuando la vejez es de por sí percibida, sobre todo, en nuestra cultura, como enfermedad y antesala de la muerte

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

- Teniendo en cuenta esta reflexión, a la persona mayor que padece una enfermedad neurodegenerativa hay que entregarle todo el cariño porque en su vejez ya tiene presente su sensación de estorbo y de carga que la sociedad ha establecido en función de su propia vejez y de las variables de productividad, y por ello está más expuesto a decaer como persona íntegra.
- Hay **necesidades mayores de comunicación** con la persona mayor con deterioro cognitivo
- La comunicación y el trato deben ir a resolver uno de los grandes problemas de la persona mayor: **se encuentra solo, incomunicado**, necesita:
 - Sentirse acompañado y comunicado
 - Que se le conozca de una forma profunda en vez de volverle la cara hacia otro lado
 - Que se le respete, que se le cuide en vez de apartarlo de nuestro lado.

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

- **No olvidemos que el anciano**
 - Es marginado laboralmente , ya que le jubilan; familiarmente también es marginado, le abandonan, no cuentan con él; socialmente le llaman "tercera edad";
 - Es también biológicamente es marginado, ya que tiene más posibilidades de enfermar. Una forma de discriminación social del viejo es la falta de paciencia y comprensión que podemos tener con nuestro trato
- **El anciano enfermo pierde el control sobre el proceso de su enfermedad**, sobre las decisiones que se toman sobre él, así como de sus cuidados médicos. Generalmente es menos consultado sobre las decisiones terapéuticas que se van a tomar con él. También es verdad que se mantiene un menor interés por conocer la verdad según se avanza en la edad. Los más jóvenes piden ser informados de la verdad con más frecuencia que los ancianos.

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

LAS PERSONAS MAYORES NECESITAN

- Ser escuchados con imperiosa necesidad. Es preciso para ello que se tengan en cuenta sus ideas, tanto culturales como religiosas.
- Sentirse útiles; es preciso que tengamos presente que los ancianos tienen derecho a que se les tome en cuenta. Con nuestra actuación debemos generar confianza sin que destruyamos la esperanza.
- Ser respetados como ser libre que debe tomar sus propias
- Una comunicación abierta y sincera
- Sentirse acompañados
- Poder expresar sus emociones.

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

- **Esto deberá hacer que el profesional que atienda a la persona mayor** la acoja mostrándole que no está solo, escuche con aceptación y empatía y mantenga cierto contacto físico que indique cercanía y respeto de sus momentos, de sus silencios.
- **Estos pacientes observan que los profesionales** entramos en su habitación para administrarles los medicamentos, para tomarles la tensión, pero ellos no quieren que nos marchemos, desean que nos quedemos algo más de tiempo con ellos. Ellos quieren saber que alguien está junto a ellos para darles la mano cuando tengan necesidad de ello.

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO

- **Dificultades para entender** (tiene problemas mentales)
- **Dificultades para oír** (padece disminución en la audición)

- **Esto no debe justificar que no adoptemos una actitud de comunicación con ellos**, hay que tratar de ver cómo podemos superarlas para poder comunicarnos con ellos.

- **Destacar la importancia de mantener informado al paciente** del carácter y de la evolución de la enfermedad para contar con su colaboración directa y positiva en el desarrollo de todos y cada uno de los planes terapéuticos

- **En el caso del paciente mayor esto es especialmente importante** ya que, por un lado, esta colaboración con frecuencia es más difícil de obtener, y por otro, el profesional tiende también a eludirla basándose en que ha de emplear mayor tiempo y atención para poderse la proporcionar o por sus mayores dificultades para comunicarse con el paciente.

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO

- **En muchas ocasiones el profesional intenta evitar la relación con el enfermo**, para lo cual utiliza diferentes coartadas como son las visitas rápidas, el no dirigirse directamente al paciente sino a la enfermera o a los acompañantes para preguntar sobre su estado, el contestar con monosílabos o frases estereotipadas, tomar actitudes demasiado distantes, el no conversar con el enfermo argumentando sordera.
- **Si la persona mayor no tiene lucidez mental suficiente como para percibir la transcendencia de una información de este tipo**, porque existe un deterioro cognitivo establecido, o el paciente está con un nivel de consciencia bajo o nulo de forma estable. En este caso el problema de informar deja de existir.
- **En nuestra sociedad** adoptamos una actitud de relegar al individuo mayor a un papel eminentemente pasivo y a decidir por él, aplicándole criterios paternalistas que no se consideran adecuados para uno mismo.

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR CON DETERIORO COGNITIVO

En otras ocasiones existen actitudes psicológicas del propio paciente que actúan como límites para que la comunicación y el trato sean adecuados:

- Un límite muy importante en esta comunicación y trato con el anciano es su exigencia con cierto matiz egoísta; en muchas ocasiones el anciano se cree único.
- Otros creen que no hace falta que les dediquen tantos cuidados, ya que están acabando sus días; se creen inútiles.
- Otros esperan y agradecen todo lo que les hacemos. Se creen que no son merecedores de tales cuidados.

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

CUANDO SE NOS PLANTEA INFORMAR A UNA PERSONA MAYOR

Se piensa que abordar esta labor suele dar más trabajo y requiere más tiempo.

Se tiende a considerar, explícita o implícitamente, que la persona ya ha vivido lo suficiente y que, por consiguiente, lo normal (y a veces, hasta lo deseable), es que se muera

Incluso, no es raro asumir que la propia persona mayor debe compartir este tipo de pensamiento.

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

NOS DEBEMOS PLANTEAR SI EL ANCIANO HA MANIFESTADO EN ALGÚN MOMENTO, DE MANERA EXPRESA Y CLARA SU DESEO DE CONOCER LA VERDAD.

La familia es el entorno humano más importante donde se desarrolla la vida de la persona mayor aunque a veces pueda suponer un límite más.

La familia suele presionar. Es habitual que suela sentir intérprete de la voluntad y de la conveniencia de la persona mayor. En ocasiones nos intenta decir lo que tenemos que hacer, lo que conviene y no conviene, lo que tenemos que decir y lo que tenemos que callar. Incluso a veces llega hasta la amenaza. De hecho es, tal vez, el obstáculo más importante para que el paciente mayor pueda desarrollar el principio de autonomía en el momento de su enfermedad.

Esta injerencia de la familia, que muchas veces puede reflejar realmente la voluntad del enfermo y estar guiada por la mejor de las intenciones, contribuye con frecuencia a hacer más difícil la relación normal profesional-enfermo. No siempre los intereses de la persona mayor coinciden con los de su familia, aunque se trate de sus propios hijos

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

¿CÓMO DEBE SER LA COMUNICACIÓN Y EL TRATO?

Debemos dar a la persona mayor la posibilidad de comunicarse, creando un ambiente favorable, manteniendo un nivel de vigilancia adecuado y asegurando una presencia disponible y atenta.

No debemos ampararnos en actos puramente técnicos (tomar la tensión, auscultar, poner una inyección, cambiar las sábanas...) sino utilizarlos como vectores de relación. Cuando la comunicación verbal ya no es posible, la mirada, el tacto y las caricias permiten todavía mantener un intercambio.

La comunicación es preciso que se mantenga activa constantemente y se haga de una manera fluida y teniendo en cuenta las características que tiene la persona mayor y además enferma. Es algo que se debe tener en cuenta como algo que a veces los sanitarios desechamos: "¡Bah, total no oye, está en otra órbita!". Esto no debe ser disculpa para no comunicarnos con él.

Cualquier mensaje que transmitamos debe rezumar esperanza en su fondo y en su forma. Además habrá que cuidar especialmente la claridad del lenguaje y buscar la comprensión del mismo. Dice el Dr. Sanz que "no siempre el mensaje enviado es el mensaje comprendido".

Tenemos que tener en cuenta que con la actitud de no preguntar, la persona mayor nos está expresando que no quiere saber. Nuestra actitud deberá ser la de dar tiempo para las nuevas preguntas que pueden surgir y mantenernos físicamente presentes mientras las dudas se reflejan en nuestro paciente y en su familia. Hay que evitar el hablar y salir corriendo.

Debemos emplear un lenguaje sencillo con el que nos puedan entender, explicarles lo que pregunten, no engañándoles. Ellos se deben sentir protagonistas, hay que darles muestras sencillas de cariño.

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

COMUNICACIÓN VERBAL ASERTIVA

FRASES QUE EVITAN CONFLICTOS Y POSIBILITAN UNA COMUNICACIÓN EFICAZ

EXPRESIONES INADECUADAS	EXPRESIONES ASERTIVAS
➤ “Vd. se equivoca...”	➤ “Entiendo que Vd. piense así, sin embargo...”
➤ “No”	➤ “Sin embargo...”
➤ “No estoy de acuerdo”	➤ “Comprendo perfectamente, sin embargo...”
➤ “Imposible”	➤ “Le creo, aunque...”
➤ “Comete Vd. un error”	➤ “Su punto de vista es lógico, sin embargo...”
➤ “No me ha comprendido”	➤ “Quizá no me haya explicado”
➤ “Puede ser que...”	➤ “Estoy seguro que...”
➤ “Pienso que...”	➤ “Tengo la certidumbre de...”
➤ “Vd. debería considerar...”	➤ “Considere Vd...”

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

COMUNICACIÓN VERBAL ASERTIVA

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO ASERTIVO DEL PACIENTE CON ALZHEIMER

- Acercarse a la persona de frente y lentamente.
- Hablar lenta y claramente.
- Utilizar frases cortas y palabras familiares.
- Acompañar el habla con gestos ligeramente exagerados y valiéndose de la expresión facial y otros signos de comunicación no verbal.
- Reducir ruidos de fondo y otras posibles distracciones.
- Intentar no saltar de un tema a otro en la conversación.
- Si la persona habla despacio o tiene dificultades para encontrar las palabras, resistir la tentación de hablar por ella o de terminar sus frases. Dar tiempo para que transmita lo que intenta decir.
- No fingir que se ha entendido el mensaje si no lo ha hecho, porque esto produce frustración en las dos partes.
- Potenciar cualquier otro sistema de comunicación (visual, propioceptivo, con sonidos no verbales...).

4.1.4. COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

COMUNICACIÓN VERBAL ASERTIVA

PERSPECTIVA DE HLADICK PARA LA COMUNICACIÓN ASERTIVA

- **EVITAR SITUACIONES EN LAS QUE SE REQUIERA EL RAZONAMIENTO:** razonar coloca al individuo en un papel adverso en el que está forzado a defender su posición (al tiempo que cuenta con pocos recursos para ello), lo cual le hará sentirse mal y colocarse a la defensiva. La respuesta puede ser con frecuencia no.
- **ESCUCHAR AL INDIVIDUO:** Todo individuo, sea cual fuere su situación, tiene la necesidad de comunicarse. Una escucha activa puede ayudarle a responder de forma positiva.
- **MANTENER UNA RELACIÓN DE SINCERIDAD:** Evitar dar una información errónea o hacer falsas promesas. Mantener la cortesía en todas las ocasiones.
- **OFRECER ELECCIÓN SIEMPRE QUE SEA POSIBLE:** Ayuda a mantener, en la medida de lo posible, el sentido de autonomía, independencia y control de la situación. (No se ofrecerán más de dos opciones; en ocasiones sólo una opción).
- **COMUNICAR CON EFECTIVIDAD:** Minimizar la desorientación del paciente. La información relevante es aquella necesaria para facilitar el cuidado en el momento presente (ej. : “hoy hace frío; necesitará ponerse un jersey”).)
- **TRATAR AL PACIENTE COMO A UN INVITADO QUE NO SABE DÓNDE ESTÁ**

4.2. COMO AVISAR Y TRASMITIR LA INFORMACIÓN AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

4.2.1. CONSIDERACIONES

- **Lo primero que se debe tener en cuenta en la evaluación y tratamiento de la demencia es que se trata de una situación clínica compleja**, que involucra aspectos médicos y sociales, profundamente interrelacionados. La complejidad del problema médico se pone de manifiesto tanto por el número de las especialidades que pueden jugar un papel destacado en el mismo, como por el hecho evidente (aunque con frecuencia olvidado) de que la persona con demencia es biológicamente frágil y, por tanto, más vulnerable a cualquier proceso morboso intercurrente (ya sea somático o psiquiátrico).
- **La complejidad social se deriva no sólo de la condición de enfermedad crónica** profundamente invalidante y que ocasiona una dependencia del entorno, sino del estigma social que supone su padecimiento, de los elevados costes asociados a la misma (tanto los directos, derivados de la prestación de los cuidados, como los indirectos, al disminuir el rendimiento laboral de los otros miembros de la familia) y, por último, y no menos importante, la enorme repercusión que tiene tanto sobre el cuidador (tanto por el desempeño de su rol social como sobre su misma salud) como sobre la familia de la persona con demencia.

4.2.1. CONSIDERACIONES

- Este último aspecto obliga a **considerar como usuarios de la red asistencial y demandantes de cuidados no solo a la persona con demencia sino también a su familia** a la que también habrá que valorar e incluso intervenir tanto con carácter preventivo (evitando un sufrimiento del cuidador y una quiebra de cuidados) como terapéutico, cuando aparece patología consecuente al estrés mantenido
- **A todo ello hay que añadir los aspectos éticos y legales** que pueden también aparecer y que puede obligar a determinar la capacidad de la persona para la realización de actos civiles (herencias, ventas...) o incluso estar alerta ante posibles maltratos tanto en su domicilio como en instituciones.
- En consecuencia, **se trata de un problema complejo** que debe evitar cualquier planteamiento reduccionista, que habitualmente resultará por ello insuficiente..

4.2.1. CONSIDERACIONES

- Por otra parte, un aspecto diferencial en la intervención en personas con demencia es que se hace precisa una **intervención prolongada**, lo cual hace que inicialmente puedan ser aplicables muchos principios de la rehabilitación psiquiátrica. Sin embargo, de momento nos enfrentamos a la paradoja de poner en marcha una **rehabilitación** que, de antemano, sabemos que **no podrá devolver al sujeto a su nivel de funcionamiento normal o previo**, ni tan siquiera estabilizarlo, sino mejorar su calidad de vida y la de sus cuidadores.
- Tal paradoja no siempre resulta compatible con el llamado *furor curandi* de los profesionales sanitarios, que les hace propensos a desmoralizarse ante el “sin sentido” de tratar a un paciente del que lo único que sabemos seguro es que irá empeorando progresivamente, y que ha justificado la difusión de un planteamiento nihilista frente a la demencia, que lleva a asimilar su tratamiento con la intervención paliativa, obviando todo tipo de intervención terapéutica, planteamiento que incluso en ocasiones se extiende a gestores y políticos.
- Finalmente en la asistencia a la persona con demencia se tiene que tener en cuenta que el **diagnóstico precoz** constituye un objetivo primordial para el profesional, condicionando en gran parte la evolución del paciente con demencia. Evita las peregrinaciones médicas, exploraciones complementarias innecesarias, incremento del gasto sanitario, sufrimiento del enfermo y su familia.... Asimismo, el abordaje precoz del trastorno mejora las perspectivas futuras a nivel de autonomía y funcionalidad del sujeto afecto.

4.2.2. PRINCIPIOS BÁSICOS DEL PLANTEAMIENTO ASISTENCIAL

- **Abordaje Comunitario e Integral:** es preciso realizar la atención en el entorno habitual del usuario. En definitiva, se debe promover el tratamiento en el entorno comunitario en el que se encuentra el paciente, y retrasar la institucionalización lo más posible. Este principio obliga necesariamente a tener en cuenta a la Atención Primaria.
- **Retraso de la Institucionalización:** como se ha indicado en el principio anterior, uno de los objetivos principales del tratamiento es que el paciente permanezca en la comunidad el mayor tiempo posible, para lo cual se hace preciso fomentar la autonomía del paciente hasta estadios avanzados del proceso, y por tanto, retrasar la dependencia que obligue a la institucionalización
- **Normalización:** El objetivo último es facilitar el uso de la red asistencial y aprovechar al máximo los recursos tanto sociales como sanitarios propios de la misma.

4.2.2. PRINCIPIOS BÁSICOS DEL PLANTEAMIENTO ASISTENCIAL

- **Accesibilidad:** En una doble acepción: espacial entendido como cercanía al paciente, es decir, debe ser una atención que facilite el acceso del paciente a los recursos mediante su cercanía espacial. Por otro parte, la accesibilidad debe vincularse a la facilitación en el acceso a los recursos, es decir, eludir los obstáculos burocráticos, que ralenticen o retrasen la atención. Nuevamente, por su cercanía a la comunidad, los Centros de Salud deben tener un papel clave en la asistencia
- **Multidisciplinar e Interdisciplinar:** Las peculiaridades de este problema de salud hacen necesario un abordaje interdisciplinar. Se debe permitir la participación de todos los profesionales que trabajan en la atención de estos enfermos y de sus familias, de una forma integral, continuada, y con una metodología de trabajo en equipo. En este sentido, se debe tener en cuenta la actuación de profesionales de atención primaria, así como de los profesionales de la red de servicios sociales, en un planteamiento de coordinación sociosanitaria.

4.2.3. CIRCUITO ASISTENCIAL

Para cumplir con todos estos principios es preciso plantear un modelo horizontal que

- Permite una mejor coordinación entre las dos redes asistenciales, la sanitaria y la social (la coordinación sociosanitaria real)
- Evitar así el peregrinaje del enfermo con deterioro cognoscitivo y su familia
- Estableciéndose los canales de comunicación que se consideren necesarios (línea telefónica directa, e-mail, sesiones clínicas, etc.).

4.2.3. CIRCUITO ASISTENCIAL

EL CIRCUITO ASISTENCIAL DEBERÍA ESTAR CONSTITUIDO POR LOS SIGUIENTES ELEMENTOS

- Paciente/ Familia
- EAP (Equipo de Atención Primaria)
- ESM (Equipo de Salud Mental)
- Unidad Funcional de Demencia y Deterioro Cognoscitivo
- Hospitalización:
 - Unidad Psiquiátrica de Hospital General.
 - Unidad de Convalecencia Psiquiátrica
 - Unidad de Media Estancia
 - Unidad de Cuidados Intermedios.

4.2.3. CIRCUITO ASISTENCIAL

PACIENTE/FAMILIA

Habitualmente, la solicitud de demanda asistencial parte de las **quejas del propio paciente** (principalmente fallos mnésicos, pérdida de capacidad de atención-concentración, distraibilidad) o **de su familia** (alteraciones conductuales, cambios en el ciclo sueño-vigilia...). No obstante, habría que favorecer una situación de alerta activa que no dependa únicamente de la familia o paciente.

4.2.3. CIRCUITO ASISTENCIAL

MODELO DE INTERVENCIÓN

Actividades que permiten actuar de forma comunitaria sobre las familias y potenciales pacientes:

1. Información a la comunidad sobre los primeros síntomas de demencia y las posibilidades de intervención.
2. Podría ser conveniente el envío de información a las personas con más de 65 años sobre la evolución previsible de las funciones cognitivas y la conveniencia de efectuar revisiones periódicas de despistaje cada cierto tiempo. Se trataría de actuar de modo similar a lo que se hace en otras patologías como cáncer de mama, cáncer genital, etc... .

En definitiva, se trataría de detectar el inicio del deterioro cognoscitivo incluso antes que el paciente acuda al centro de salud, lo cual como se ha planteado a lo largo de este documento constituye un elemento clave en el diagnóstico. Se trataría de identificar el problema en la situación clínica de deterioro cognoscitivo leve

4.2.3. CIRCUITO ASISTENCIAL

MODELO DE INTERVENCIÓN

3. Incluir la evaluación cognoscitiva en la valoración periódica y de salud de la población asignada, al igual que se hace con los análisis de sangre. Esto permitiría una detección precoz al poderse comparar los rendimientos cognoscitivos longitudinalmente y no solo de modo transversal.

Además, **toda la red asistencial debe implicarse en el apoyo al cuidador informal.**

- Este debe estar informado y ser asesorado sobre el momento en el que se produce un cambio cualitativo; es decir, aquel en el que el cuidador ya no puede seguir asumiendo por sí solo el cuidado y necesita la cooperación de otras personas (sea un cuidador remunerado o algún tipo de prestación de los servicios sociales) y/o el ingreso del paciente en un centro (ya sea el Centro de Día o una Residencia).
- Por este motivo, una función importante de los dispositivos de la red asistencial en las demencias lo constituye el apoyo a los cuidadores del paciente con demencia (habitualmente en nuestro medio: la esposa, hija o nuera del mismo).

4.2.3. CIRCUITO ASISTENCIAL

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- a) **Prevención primaria:** dar seguridad a la familia y absorber su angustia mediante entrevistas de apoyo con la debida frecuencia; promover la organización de grupos de autoayuda, poner a los cuidadores en contacto con las fuentes de información adecuada para resolver sus necesidades sociales.

- b) **Prevención secundaria:** detectar los signos de sobrecarga del cuidador y los consiguientes cuadros depresivo-ansiosos o psicosomáticos. Considerar, a todos los efectos a estos usuarios como un grupo de riesgo y poner en marcha, a tal fin, las medidas oportunas habituales desde la correspondiente estructura asistencial. Tratar los referidos cuadros psiquiátricos reactivos con la intensidad y modalidad terapéutica oportunas.

- c) **Prevención terciaria:** vigilar el sistema familiar, previniendo las consecuencias que la enfermedad del cuidador principal pueda tener para los otros familiares integrantes de la unidad de convivencia, habitualmente el cónyuge o los hijos del cuidador principal.

En la aplicación de estas medidas se deberán implicar preferentemente los Equipos de Atención Primaria

4.2.3. CIRCUITO ASISTENCIAL

LAS FUNCIONES DEL EAP

1. Sospecha diagnóstica- Diagnóstico Precoz.	1.1. Cribaje en la comunidad.	1.1.1. Mediante la sensibilización de todos los profesionales de Atención Primaria a través de la formación para valorar el posible deterioro cognoscitivo en las personas mayores que acuden a consulta.
		1.1.2. Sensibilizar a la sociedad sobre el problema.
		1.1.3. Aplicar pruebas de cribado sencillas. Habitualmente se incluyen en los planes de gestión de atención primaria
	1.2. Valoración integral:	1.2.1. Valoración clínica que incluya diagnóstico de los problemas más relevantes del anciano.
		1.2.2. Valoración de la capacidad funcional para desarrollar actividades básicas de la vida diaria.
		1.2.3. Valoración de la función emocional y cognoscitiva
		1.2.4. Valoración Social, en cuanto a red de apoyo familiar y social, situación económica y de vivienda, cambios de domicilio y utilización del ocio y tiempo libre.

4.2.3. CIRCUITO ASISTENCIAL

LAS FUNCIONES DEL EAP

2. Derivación a Atención Especializada o Unidades Específicas

Para alcanzar el diagnóstico definitivo de la demencia, y en el caso que se precise de visado para el tratamiento farmacológico específico, poder lograr que se instaure cuanto antes. En este sentido, parece recomendable el desarrollo de un protocolo de detección precoz y seguimiento así como de derivación de los pacientes con sospecha de demencia desde la Atención Primaria a la Atención Especializada.

3. Coordinación con Servicios Sociales.

Este un aspecto importante, por su proximidad, de la actuación de la Atención Primaria, desde la cual se tendrá que hacer especial énfasis para coordinarse con los servicios sociales básicos (pertenecientes con frecuencia a la administración local próxima) y garantizar una atención integral y coordinada a la persona con demencia