SSC089_2 ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS EN EL DOMICILIO.

MFO250_2 MÓDULO FORMATIVO ATENCIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL DOMICILIARIO

Nivel de cualificación profesional: 2

Unidad de Competencia: UC0250_2 Desarrollar intervenciones de atención psicosocial domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención sociosanitaria.

MFO250_2 MÓDULO FORMATIVO ATENCIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL DOMICILIARIO

OBJETIVOS:

C1: Conocer y analizar las características y necesidades psicosociales de las personas dependientes, determinando las actitudes y valores que debe manifestar el profesional de atención directa con las personas dependientes y su entorno.

C2: Aplicar estrategias de apoyo psicosocial adaptadas al desarrollo de las actividades previstas en un programa establecido.

C3: Aplicar técnicas y estrategias de apoyo y desarrollo de habilidades de relación social adaptadas a los colectivos de intervención.

C4: Acompañar y apoyar a los usuarios en la realización de actividades de la vida cotidiana favoreciendo su desenvolvimiento autónomo.

C5: Analizar y realizar las intervenciones dirigidas al acompañamiento y al apoyo en la resolución de gestiones de las personas dependientes y de su entorno familiar, favoreciendo su acceso a los recursos y servicios comunitarios.

C6: Aplicar estrategias de apoyo psicosocial adaptadas al desarrollo de las actividades previstas en un programa establecido.

C7:Analizar y desarrollar en el contexto de la atención a personas las estrategias comunicativas para favorecer el desenvolvimiento diario y la relación social de usuarios con dificultades especiales de comunicación, manejando los recursos disponibles y sistemas alternativos que procedan

ÍNDICE

Contenido

UNIDAD FORMATIVA 1 Denominación: MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN DOMICILIO Código: UF0122 7

1. Psicología básica aplicada a la atención psicosocial domiciliaria de personas dependientes. . 7

1.1. Conceptos fundamentales. 7

1.2. Proceso de envejecimiento..... 19

2. Relación social de las personas mayores y discapacitadas. 27

2.1. Características de la relación social de las personas dependientes. 27

2.2. Habilidades sociales fundamentales 29

2.3. Dificultades de relación social. Situaciones conflictivas. 31

2.4. Técnicas para favorecer la relación social. 34

2.5. Actividades de acompañamiento y de relación social. Estrategias de intervención. 35

2.6. Medios y recursos: Aplicaciones de las nuevas tecnologías, asociacionismo, recursos del entorno y vías de acceso a los mismos. 36

3. Prestación de orientación a la persona dependiente y sus cuidadores principales. 41

3.1. Técnicas e instrumentos de observación aplicados a las situaciones domiciliarias. 41

3.2. La observación y el registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades de atención. 41

3.3. Instrumentos de observación..... 41

4. El ambiente como factor favorecedor de la autonomía personal, comunicación y relación social. 42

4.1. Distribución y decoración de espacios 42

4.2. Uso de materiales domésticos 47

5. Elaboración de estrategias de intervención psicosocial..... 49

5.1. Mantenimiento y entrenamiento de hábitos de autonomía psicosocial en situaciones cotidianas del domicilio. 49

5.2. Técnicas, procedimientos y estrategias de intervención. 50

5.3. Técnicas de resolución de conflictos. 51

5.4. Procedimientos y estrategias de modificación de conducta..... 53

5.5. Intervención de acompañamiento y apoyo en la relación social, en la resolución de gestiones y en el entorno familiar. 55

5.6. Disposición para la atención integral a las personas. 56

5.7. Procedimientos y estrategias de modificación de conducta. Preferencia por las técnicas de humanización de la ayuda 58

UNIDAD FORMATIVA 2 Denominación: APOYO A LAS GESTIONES COTIDIANAS DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES Código: UF0123 60

1. Elaboración de estrategias de intervención en autonomía personal. 60

1.1. Mantenimiento y entrenamiento de hábitos de autonomía física en situaciones cotidianas del domicilio. 60
1.2. Condiciones del domicilio. 61
1.3. Distribución, actualización y señalización de espacios, mobiliario y enseres domésticos 63
1.4. Intervención de acompañamiento y apoyo en la relación social, en la resolución de gestiones y en el entorno familiar. 66
1.5. Recursos comunitarios. 66
1.6. Solicitud de ayuda, prestaciones y servicios. 74
2. Intervención de acompañamiento y apoyo en la relación social, en la resolución de gestiones y en el entorno familiar. 81
2.1. Funciones y papel del profesional de atención directa desde la unidad convivencial. Áreas de intervención. 81
2.2. Estrategias de actuación, límites y deontología. 85
2.3. Intervenciones más frecuentes. Gestiones. Seguimiento. 86
2.4. Documentación personal y de la unidad convivencial. 87
2.5. Técnicas básicas de elaboración, registro y control de documentación. 88
2.6. Confidencialidad a la hora de manejar documentación de otras personas. 89
2.7. Respeto de los límites de actuación y la deontología profesional. 90
3. Ayudas técnicas y tecnológicas para la vida cotidiana. 92
3.1. Ayudas técnicas para actividades domésticas. 92
3.2. Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros inmuebles. 94
3.3. Ayudas técnicas para la manipulación de productos y bienes. 96
3.4. Ayudas técnicas para mejorar el ambiente, maquinaria y herramientas. 96
3.5. Ayudas técnicas para el esparcimiento. 97
3.6. Ordenadores personales. Internet. Correo electrónico. 98
3.7. Otras ayudas. 99
4. Motivación y aprendizaje de las personas mayores, discapacitadas y/o enfermas. 99
4.1. Características específicas de la motivación y el aprendizaje de las personas mayores, discapacitadas y/o enfermas. 99
4.2. Mantenimiento y entrenamiento de las funciones cognitivas en situaciones cotidianas del domicilio. 103
4.3. Memoria, atención, orientación espacial, temporal y personal, razonamiento. 105
5. Servicios de atención domiciliaria. 113
5.1. Servicios, programas y profesionales de atención directa domiciliaria a personas dependientes. 113
5.2. Características. 113
5.3. Estructura funcional. 113

5.4. El equipo interdisciplinar. 113
UNIDAD FORMATIVA 3 Denominación: INTERRELACIÓN Y COMUNICACIÓN CON LA PERSONA DEPENDIENTE Y SU ENTERNO Código: UF0124 114
1. Identificación de los problemas de comunicación y lenguaje relacionados con los principales trastornos generales. 114
1.1. Discapacidad mental. 114
1.2. Parálisis cerebral infantil. 117
1.3. Autismo. 121
1.4. Parkinson. 123
1.5. Alzheimer. 126
1.6. Esclerosis lateral amiotrofia. 128
1.7. Esclerosis múltiple 129
1.8. Deficiencias auditivas. 130
1.9. Deficiencias visuales. 131
1.10. Sordoceguera. 133
1.11. Consideración por la situación específica de cada persona con problemas de lenguaje y comunicación. 136
2. Comunicación de las personas dependientes. 138
2.1. El proceso de comunicación. 138
2.2. Necesidades especiales de comunicación. 141
2.3. Discapacidades. 142
2.4. Salud mental. 145
2.5. Minorías étnicas. 153
2.6. Otros. 154
2.7. Problemas de comunicación y lenguaje. 160
2.8. Estrategias y recursos de intervención comunicativa. 162
2.9. Sistemas alternativos de comunicación: concepto y clasificación. 163
3. Aplicación de técnicas para favorecer la relación social y las actividades de acompañamiento. 166
3.1. Estrategias de intervención en comunicación. 166
3.2. Proceso de selección del sistema alternativo de comunicación. 167
3.3. Recursos comunicativos. 167
3.4. Técnicas de comunicación alternativa y aumentativa para personas deficiencias físicas, motrices y psíquicas. 170
3.5. Técnicas de comunicación alternativa y aumentativa para personas deficiencias sensoriales. 171
3.6. Ayudas técnicas en la comunicación alternativa y aumentativa. Ayudas técnicas para la información y la señalización. 172

3.7. Técnicas de observación de la evolución general de la persona dependiente..... 175
3.8. Sensibilidad ante los problemas de comunicación de las personas dependientes..... 176

UNIDAD FORMATIVA 1 Denominación: MANTENIMIENTO Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN DOMICILIO Código: UF0122

1. Psicología básica aplicada a la atención psicosocial domiciliaria de personas dependientes.

1.1. Conceptos fundamentales.

El primer problema que se plantea cuando se estudia a la población dependiente es identificar cuáles son esos actos corrientes de la vida diaria que deben ser tenidos en cuenta a la hora de evaluar si una persona se encuentra o no en situación de dependencia.

Para ello, puede utilizarse un concepto utilizado desde hace tiempo por disciplinas como la rehabilitación o la geriatría, el de "actividades de la vida diaria" (normalmente denotadas con las siglas AVD).

Los diferentes avances en el ámbito de la biomedicina, el aumento de la esperanza de vida y el estado del bienestar también han contribuido a que en el mundo occidental uno de los valores más preciados sea la independencia y autonomía personal. Los conceptos de independencia y autonomía personal están unidos al de actividades de la vida diaria.

Las actividades de la vida diaria (AVD): Son aquellas actividades que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social. Se puede decir que una persona dependiente es aquella que requiere ayuda para la ejecución de una o de varias de estas actividades de la vida diaria.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y

cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias.

Los rasgos distintivos que caracterizan a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se pueden establecer en torno a:

- **Los objetivos:** Es decir, las básicas son un tipo de actividad sobre la que se sustenta algo fundamental, esencial en oposición a la cualidad de mediadoras de las otras, aquellas de las que nos servimos para hacer algo, que utilizamos para lograr algo, y que pueden ser delegadas en otros.
- **La complejidad:** Las básicas se definen por su sencillez o simplicidad en contraposición con la mayor complejidad de procesos cognitivos y sociales que define a las actividades instrumentales.
- **La privacidad:** Las actividades básicas, son personales frente a las instrumentales que pueden ser colectivas en el sentido de realizarse para interactuar con el entorno, públicamente sin necesidad de intimidad.

Estas Actividades deberemos realizarlas junto con la persona siempre que sea posible, además de hacerlas adaptándonos a sus características y manera de hacerlas. Es por ello que vamos a estudiar los procesos de envejecimiento, los cambios que se producen, el entorno socioafectivo, la sexualidad y las repercusiones en las necesidades de estas personas.

1.1.1. Ciclo Vital familiar.

Se entiende como ciclo vital familiar a un concepto ordenador, que intenta explicar la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.

Podríamos decir, que describe el transcurrir en la vida que realizan las personas, desde que nacen hasta que mueren, en forma de etapas preestablecidas

Se describe como un ciclo o un espiral, debido a que se suceden tantos ciclos o procesos en forma simultánea de acuerdo al número de miembros que integran dicha familia.

Ejemplo: Mientras José se transforma en abuelo por que su hijo Pablo tiene un bebé, Pablo pasa a ser padre en el contexto de una familia con niños pequeños (etapa de expansión del ciclo vital) e Ignacio es un niño pequeño recién nacido

La importancia del conocimiento del mismo y de sus etapas radica en que es una herramienta muy

potente para poder predecir, acompañar e intervenir si es necesario frente a interrupciones o desviaciones del mismo producto de acontecimientos vitales, o inesperados

Desde tiempos remotos, prehistóricos, el hombre se ha agrupado con semejantes para poder sobrevivir. Constituyó grupos jerárquicamente organizados que le permitían enfrentarse a las dificultades diarias que le ofrecía un entorno hostil. Comenzó siendo nómada y recolector para transformarse en sedentario, establecerse en un determinado lugar geográfico y comenzar con actividades como la agricultura y la ganadería. Esto le permitió sentirse más seguro, complejizar las relaciones interpersonales y desarrollar una cultura que era propia para cada grupo. Esos grupos iniciales formados por un líder y sus hembras sufrieron modificaciones, se fueron complejizando y se transformaron en la forma actual de vivir en familia. Hoy en día la familia sigue siendo la unidad relacional básica de la sociedad.

Para la OMS **"la familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas.** La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella".

La estructura de la familia a lo largo de la historia de la humanidad ha sufrido **cambios continuos**, influenciada por **causas múltiples** que van desde **factores culturales, económicos, educacionales, políticos hasta incluso sanitarios.** Por ejemplo el cambio de una forma de vida nómada a sedentaria a partir de la agricultura, la revolución industrial, el cambio del rol de las mujeres en la sociedad, el descubrimiento de nuevas tecnologías en la industria farmacéutica y la medicina, la planificación familiar, la legalidad del matrimonio igualitario, la globalización, las redes virtuales, el cuidado de los recursos naturales, y otros cambios que han llevado la forma actual de vivir en familia

No existe un único modelo de familia o un único formato de familia, sino que existen familias nucleares clásicas, familias con un solo padre (monoparentales) o con padres de un mismo sexo, con hijos biológicos o adoptados, hombres y mujeres que se vuelven a casar (familias ensambladas) familias que incluyen miembros de otras generaciones y parejas de un mismo sexo que adoptan hijos.

La familia es un sistema abierto en el cual sus miembros se interrelacionan entre sí, cumpliendo cada uno de ellos funciones y roles que irán cambiando y ajustándose de acuerdo a las necesidades de crecimiento de cada individuo. Todos ellos en conjunto irán viviendo etapas cronológicamente bien definidas.

Etapas del Ciclo Vital Familiar

- **Formación de la pareja.**

Comienza con el adulto joven, soltero y sin pareja que se pone de novio. Forma una pareja y luego se casa hasta el nacimiento del primer hijo. Sucede que un joven conoce a una joven, comienzan a frecuentarse, a compartir espacios y momentos en común. Esto genera un compromiso mutuo, se eligen, son complementarios y deciden que quieren estar juntos. En algunas situaciones pueden convivir previamente, mantenerse en ese estado o luego casarse. El casamiento formaliza y legaliza esta etapa, la cual es convalidada socialmente y por ambas familias. Pero también aparecen otros personajes en escena: las familias de origen de los miembros de este nuevo matrimonio que tiene sus propias costumbres y modalidades de funcionamiento (Hermanos, suegros, nueras, cuñados). En esta etapa los miembros de la pareja deben negociar sus propias reglas, en cuanto a su intimidad, sexualidad, definir dónde y cómo vivir, espacios de recreación, economía del hogar, horarios laborales, de la actividad lúdica, actividad física, tiempos con amigos solos o compartidos, etc.

- **Etapa de expansión:**

Comienza con la espera de los hijos hasta el inicio de la escolaridad.

Ya nacido el niño, se produce el choque de culturas y modalidades de crianza de ambas familias de origen de los padres. La intromisión de los padres en la crianza, alimentación, lactancia, llanto del bebé, conocimiento de lo que es normal o no.

Al inicio de la guardería, es frecuente en las familias actuales en las que ambos padres trabajan que se parentalice la relación con los abuelos, que son los encargados de llevarlos y traerlos a todos lados dado que los padres están trabajando.

- **Etapa de consolidación**

La entrada de un hijo a la escuela es presentarlo a la sociedad, es ponerlo en el juego de la vida en su contexto. Las desmedidas pretensiones de los padres, o sobre el rendimiento, el comportamiento, etc. en su vida, puede ser un foco de conflicto. Se construye una relación con los hijos en la cual progresivamente se le van dando libertades y se explora la adquisición de responsabilidades acordes a la edad de los pequeños. Ya en la adolescencia la confrontación y la búsqueda de modelos presenta nuevas hipótesis de conflictos. Los adolescentes por momentos se sienten adolescentes y por otros momentos niños, ambivalentes no saben bien donde parase. Es importante respetar la individualización del mismo para que pueda desarrollar su personalidad. También comienzan las aperturas a la sexualidad.

- **Etapa de apertura**

La salida de los hijos del hogar, y la reacomodación de la pareja son las características determinantes de esta etapa. Los hijos abandonan el hogar por que se casan, se va a estudiar a otra ciudad, se van a vivir solos en pareja, al final el nido vació obliga a replantear el vínculo matrimonial y las prioridades. Este es un período en el cual las enfermedades crónicas hacen su aparición, como así también las enfermedades de los abuelos o la muerte de ellos son parte de esta etapa.

- **Disolución**

En esta etapa en la cual se van haciendo mayores, se muestran más vulnerables y es importante valorar el grado de funcionalidad y autonomía de las personas mayores, además de detección y tratamiento de enfermedades crónicas, diferenciar entre enfermedad y envejecimiento, acercarlos al concepto de la muerte y ayudarlos a incorporarla como parte de la vida y del ciclo vital, y acompañarlos en este proceso al igual que en la pérdida de su compañero. Coordinar el trabajo y articular redes de soporte institucionales para la atención de los usuarios/as y sus familias.

Según el grado de adaptabilidad una familia puede definirse como:

- **Caótica:** No hay figuras de autoridad, poca disciplina y escasa capacidad de resolver problemas, cambios permanentes de roles y pautas.
- **Flexibles:** En este tipo de familias hay figuras de autoridad democrática y cambiante. Buena capacidad de resolución de problemas roles y reglas adaptables.
- **Estructuradas:** Autoridad democrática pero generalmente estable, negociaciones estructuradas pero con capacidad de resolver problemas las reglas son más explícitas que implícitas con poca capacidad de cambio.
- **Rígidas:** Predomina el autoritarismo, la negociación entre sus miembros es limitada o nula, hay pobre resolución de problemas, roles rígidos y estereotipados, reglas rígidas y explícitas.

1.1.2. Conducta.

Cuando hablamos de conducta, en general está referida a la manera de como el individuo se guía o se comporta en su vida. Con base a esto, se establece que la conducta humana es el conjunto de acciones que presenta el hombre a través de su existencia en la sociedad. El individuo nace dentro de una sociedad y en ella realiza todas sus actividades, las cuales implican acciones o comportamientos.

Existen conductas no observables directamente como la cognición y emoción, pero sí observables indirectamente, a través de la expresión corporal, reacciones fisiológicas, movimiento, palabra etc.

La familia constituye el lugar idóneo para la formación primaria de la conducta del individuo.

La conducta en general está referida a la manera de como el individuo se guía o se comporta en su vida.

Al nacer, el hombre está dotado de una serie de conductas automáticas relacionadas con los instintos y actos reflejos. Conforme va creciendo, esta serie de conductas reflejas simples que abarcan toda la actividad del niño, pierde su exclusividad en el comportamiento ante la adquisición de nuevas formas de actuación que no dependen de los reflejos y que son complejas. Se producen así modificaciones de la conducta que son adquiridas por aprendizaje.

Los principios que rigen la conducta humana son tres:

- **Causalidad:** Toda conducta es causada, obedece a una causa. ante determinada situación, nos comportamos de una manera y no de otra: según este principio debemos buscar la razón de esta diversidad del comportamiento en hechos anteriores y no en el resultado o realización del mismo.
- **Motivación**: Toda conducta está motivada por algo.
- **Finalidad:** Perseguimos siempre un propósito en el comportamiento, y por ella cobra sentido la conducta del hombre y puede ser interpretada.

La psicología tiene por objeto conocer científicamente a los seres humanos, para ello, observa su conducta o comportamiento. La psicología estudia la conducta del hombre a partir de la observación de su comportamiento y de sus condiciones.

Las formas de la conducta son cuatro:

- **Las actitudes corporales.**
- **Los gestos.**
- **La acción.**
- **El lenguaje.**

En la conducta humana existen **factores** influyentes, como son:

- **Los factores biológicos** (los genes).

- **Los factores ambientales o de Socialización** (influencia de la familia, los amigos y la sociedad en el comportamiento de todo individuo).

La conducta natural: Es aquella en la cual el individuo actúa de manera común, sin ser inducido por nadie y que además cumple con un estado de equilibrio del individuo en relación a sus fines y actividades:

- **Comer.**
- **Necesidades fisiológicas.**
- **Instintos.**
- **Reflejos.**

La conducta fomentada: Es aquella en la que el individuo actúa de manera inspirada o impulsada por los demás, se refiere también a las normas culturales que determinan el ambiente de una persona, a las funciones asumidos por las personas dentro de los grupos.

Teniendo en cuenta que la conducta se produce como parte de la relación social, cabe distinguir tres **tipos de comportamiento**:

- **Pasivo:** Las necesidades de los demás se anteponen a las propias. No se defienden los derechos propios. Actitud sumisa.
- **Agresivo:** Se anteponen las necesidades propias a las de los otros. No se tienen en cuenta los derechos de otras personas. Prevalecen los deseos personales. Actitud violenta (física y verbal).
- **Asertivo:** Se defienden los derechos propios a la vez que los de los demás. Actitud conciliadora.

1.1.3. Procesos cognitivos.

La palabra cognición corresponde a la etimología latina de los términos conocimiento y conocer. El significado de la palabra conocer es “captar o tener la idea de una cosa, llegar a saber su naturaleza, cualidades y relaciones, mediante las facultades mentales”.

El término cognición es definido como los procesos mediante los cuales el input sensorial (Estímulos que recibe el sistema nervioso del entorno interno o externo; incluye presión, gusto, sonido, luz) es transformado, reducido, elaborado, almacenado, recobrado o utilizado.

Por lo tanto **se entiende por cognición:**

- Conjunto de procesos mentales que tienen lugar entre la recepción de estímulos y la respuesta a éstos.
- Funciones complejas que operan sobre las representaciones perceptivas o recobradas de la memoria a largo plazo.

Procesos cognitivos:

- **Procesos cognitivos básicos o simples:** En un primer grupo, pueden incluirse los llamados procesos cognitivos simples o básicos:

1. **Sensación:** Es el mecanismo de memoria inmediata cuya misión es preservar toda la información después de la existencia del estímulo, durante el tiempo suficiente para que puedan actuar los procesos pertinentes; esto puede apreciarse por ejemplo en la persistencia del estímulo luego de pincharse un dedo.
2. **Percepción**: Implica la captación de la información a través de nuestros sentidos y su posterior procesamiento para darle un significado. En el acto perceptivo **influyen** de manera simultánea dos factores: Las características del estímulo y las del receptor.
3. **Atención y concentración:** Es el aspecto activo y selectivo de la percepción, la cual supone la preparación y orientación del individuo para percibir una forma particular el estímulo. Etapa que varía desde el detenimiento hasta la fijación lograda por una señal. El individuo dirige y aumenta los esfuerzos para la observación. Cabeza y cuerpo se orientan hacia los objetos de la percepción y las manos y los dedos pueden hacer movimientos prensiles preparatorios. La atención a un estímulo, antes o después, hace que nuestra percepción sea selectiva. Algunas percepciones producen satisfacción y otra insatisfacción. Atendemos aquellos estímulos que nos interesan.
4. **Memoria**: Es la capacidad de adquirir, almacenar y recuperar la información. Somos quienes somos gracias a lo que aprendemos y recordamos. Sin memoria no seriamos capaces de percibir, aprender o pensar, no podríamos expresar nuestras ideas y no tendríamos una identidad personal porque sin recuerdos sería imposible saber quiénes somos y nuestra vida perdería sentido. Hay tres sistemas de memoria:
   - **Memoria sensorial (MS):** Se puede considerar parte de la percepción. Su duración es muy corta. Por ejemplo: el olor de un perfume.
   - **Memoria a corto plazo (MCP)**: De duración corta. Y capacidad limitada. Su

información o se pierde o se procesa y pasa a un almacén más estable. Es la memoria que utilizamos por ejemplo cuando nos dicen un número de teléfono para recuperarlo justo en ese momento y poderlo marcar. Se llama también memoria de trabajo.

- **Memoria a largo plazo (MLP)**: También llamada memoria remota. Su capacidad es casi ilimitada, la información aquí guardada permanece largo tiempo.

➢ **Procesos cognitivos superiores o complejos**:

1. **Pensamiento**: El pensamiento implica la manipulación mental de información por medio de la formación de conceptos, solución de problemas, pensamiento crítico, razonamiento y toma de decisiones.
2. **Lenguaje**: El lenguaje es cualquier forma de comunicación, hablada, escrita o por signos, que se basa en un sistema de símbolos.
3. **Inteligencia:** La inteligencia no puede medirse en forma directa; puede evaluarse sólo al estudiar los actos inteligentes que realizan las personas. La inteligencia se define como la capacidad para resolver problemas y la capacidad para adaptarse y aprender de la experiencia.

1.1.4. Motivación.

Los psicólogos definen la motivación como la necesidad o el deseo que activa y dirige nuestro comportamiento, que lo dirige y subyace a toda tendencia por la supervivencia.

Para alcanzar una meta, las personas han de tener suficiente activación y energía, un objetivo claro y la capacidad y disposición de emplear su energía durante un período de tiempo lo suficientemente largo para poder alcanzar su meta.

Importancia de tres tipos de factores: los biológicos, los aprendidos y los cognitivos, se mezclan en la motivación de la mayor parte de las conductas.

La motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo determinado.

Probablemente estemos en lo cierto al decir que la teoría más conocida de la motivación es la j**erarquía de necesidades** de Abraham Maslow. Él presenta la hipótesis de que dentro de todo ser humano existe una jerarquía de las siguientes cinco necesidades.

- **Necesidades fisiológicas:** Son las más importantes: alimentarse, beber, respirar, dormir...

Sólo cuando el individuo tiene satisfechas estas necesidades aparece la posibilidad de cubrir las necesidades de niveles superiores.

- **Necesidades de seguridad:** Protección frente a amenazas de orden físico, económico y psicosocial.
- **Necesidades sociales:** Necesidades de afecto y pertenencia a determinados grupos, donde los lazos afectivos son intensos: amistad, amor, vinculación a grupos sociales identificadores...La no satisfacción de las necesidades de este grupo origina numerosos desajustes psicológicos e incluso psicopatologías.
- **Necesidades de estima:** Necesidades de prestigio y poder, de reconocimiento y estima por parte de otros, de reputación.
- **Autorrealización:** Necesidad de realizar las propias potencialidades.

1.1.5. Emoción.

Todos conocemos por experiencia propia qué son las emociones y la gran importancia que tienen en nuestras vidas. De hecho, los seres humanos sólo podemos experimentar la vida emocionalmente.

Se considera emoción la respuesta de todo organismo que implique: una excitación fisiológica, conductas expresivas y una experiencia consciente.

En el ser humano, la experiencia de una emoción involucra un conjunto de cogniciones, actitudes y creencias sobre el mundo, que utiliza para valorar una situación concreta e influyen en el modo en el que se percibe dicha situación.

Las emociones pueden ser:

- **Emociones primarias:** Se consideran respuestas universales, fundamentalmente fisiológicas, biológicas y neurológicamente innatas. Ejemplo: el miedo, la ira, la depresión o la satisfacción.
- **Emociones secundarias:** Pueden resultar de una combinación de las primarias, están muy condicionadas social y culturalmente. Ejemplo; la culpa, la vergüenza, el amor, el resentimiento, la decepción o la nostalgia.

Habitualmente interpretamos las emociones de las personas interpretando sus expresiones corporales, su tono de voz y su rostro.

Existen **seis categorías básicas de emociones:**

- **Miedo:** Peligro, inseguridad, incertidumbre.
- **Sorpresa:** Sobresalto, asombro, desconcierto.
- **Aversión**: Disgusto, asco.
- **Ira:** Rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad.
- **Alegría:** Diversión, euforia, contentos, da bienestar y seguridad.
- **Tristeza:** Pena, soledad, pesimismo.

Si tenemos en cuenta esta finalidad adaptativa de las emociones, podríamos decir que **tienen diferentes funciones**:

- **Miedo**: Tendemos hacia la protección.
- **Sorpresa**: Ayuda a orientarnos frente a la nueva situación.
- **Aversión**: Nos produce rechazo hacia aquello que tenemos delante.
- **Ira**: Nos induce hacia la destrucción.
- **Alegría**: Nos induce hacia la reproducción (deseamos reproducir aquel suceso que nos hace sentir bien).
- **Tristeza**: Nos motiva hacia una nueva reintegración personal.

Los humanos tenemos 42 músculos diferentes en la cara. Dependiendo de cómo los movemos expresamos unas determinadas emociones u otras. Hay sonrisas diferentes, que expresan diferentes grados de alegrías. Esto nos ayuda a expresar lo que sentimos, que en numerosas ocasiones nos es difícil explicar con palabras. Es otra manera de comunicarnos socialmente y de sentirnos integrados en un grupo social.

Las diferentes expresiones faciales son internacionales, dentro de diferentes culturas hay un lenguaje similar. Podemos observar como en los niños ciegos o sordos cuando experimentan las emociones lo demuestran de forma muy parecida a las demás personas, tienen la misma expresión facial. Posiblemente existan unas bases genéticas, hereditarias, ya que un niño que no ve no puede imitar las expresiones faciales de los demás.

Las emociones poseen unos componentes:

1. **Conductuales particulares:** Que son la manera en que éstas se muestran externamente. Son en cierta medida controlables, basados en el aprendizaje familiar y cultural de cada grupo:
    - Expresiones faciales.
    - Acciones y gestos.
    - Distancia entre personas.
    - Componentes no lingüísticos de la expresión verbal (comunicación no verbal).
2. **Fisiológicos e involuntarios:** Iguales para todos:
    - Temblor.

- Sonrojarse.
- Sudoración.
- Respiración agitada.
- Dilatación pupilar.
- Aumento del rimo cardiaco.

1.2. Proceso de envejecimiento.

1.2.1. Cambios Biopsicosociales.

Se sabe que el envejecimiento se debe, en gran parte, a las características genéticas del ser humano y a las de cada individuo. Sin embargo, el envejecimiento se ve influido por el medio ambiente y por el estilo de vida según el cual cada persona hace uso, abuso y desuso de sus capacidades; ya sean físicas, psíquicas y/o sociales; de modo totalmente peculiar, dando como resultado una personalísima forma de envejecer. Estos factores son:

- **Los factores intrínsecos** (del interior de la persona): Obedecen al proceder de causas genéticas, y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida.
- **Los factores extrínseco:** Actúan desde las edades más tempranas de la vida, como las agresiones de la vida moderna, el estrés, la dieta, el sedentarismo y el consumo de tabaco, que inciden en la aparición de enfermedades cardiovasculares y del cáncer antes de la tercera edad, y solo una política de orden social y sanitaria, que promueva mejores estilos de vida, posibilitará aumentar la expectativa de vida de las personas mayores.

Podemos decir que el envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, y este proceso se evidencia en la esfera **biológica, psicológica, intelectual y social.**

- **Biológica:** Se producen cambios a escala celular, molecular, en órganos y tejidos. Así mismo ocurren cambios bioquímicos que afectan las capacidades de adaptación, recuperación y defensa del organismo. Observamos cambios biológicos progresivos a nivel estético, en todos los órganos y sistemas, en los órganos de los sentidos, en los sistemas neuromuscular, neuroendocrino y conjuntivo. Aparecen problemas de salud física tales como: mayor frecuencia de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) con tendencia a la disfunción y la discapacidad; presencia frecuente de más de una patología; alteraciones en la locomoción por la aparición de las osteartrosis; enfermedades descompensadas por los mismos estilos de vida inadecuados, como las adicciones y la

polifarmacia; afecciones por infecciones; procesos neoplásicos y degenerativos.

- **Psicológica:** Dentro de estas se incluyen las formas en que percibimos la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás, donde la integración de todos estos elementos en una personalidad única e integral, condicionan la forma de reaccionar desde su estructura y a partir de sus componentes cognoscitivos, afectivos y volitivos; existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida de la persona mayor.
- **Intelectual:** Comienzan a deteriorarse la atención y la concentración, se inician fallos en la memoria, y se dificulta o atenúa la velocidad de reacción. En las personas mayores ocurren quejas frecuentes en la práctica diaria como: olvidos de acciones cotidianas, al realizar algo, dificultades para recordar nueva información, pérdida del hilo de la conversación; estas quejas están relacionadas con la distractibilidad y con funciones cognitivas como la atención o la capacidad de aprendizaje.

El proceso de envejecimiento no es idéntico para todas las personas que lo transitan; surgen diferencias según el sector social al que pertenecen, su nivel educativo, su grado de autonomía, su género, las cargas de trabajo que hayan soportado en el transcurso de su vida, o el estilo cultural intrínseco al contexto ecológico y social donde vivieron. Por lo que el ajuste social puede definirse como la adecuada interacción entre el individuo y su ambiente. Las interacciones del individuo con los demás, ocurren dentro de la familia, las asociaciones de amigos y la comunidad. La falta de contacto social, contribuye a delimitar su salud funcional y su capacidad de afrontamiento ante las agresiones del medio.

Desde el punto de vista **macrosocial** deben tenerse en cuenta factores como: pérdidas (del cónyuge, amigos, hijos, familia); aislamiento, determinado por la soledad física o espiritual, por falta de comunicación; ausencia de confidente, lo cual es importante desde el punto de vista emocional; la inactividad física, lo cual conlleva a frustraciones, vida sedentaria y enfermedades crónicas; inadaptación a la jubilación (sin una debida preparación psicológica y social, supone el paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva, que puede llevar a que el individuo no encuentre bienestar ni estimulación en las actividades diarias), puede verse afectada la situación económica, el estado emocional y la participación social; la insatisfacción con actividades cotidianas; aparece el síndrome de la vida rutinaria en la persona mayor; pérdida de roles sociales, no querer o no poder ejercer las actividades sociales que antes realizaban limitando su radio de acción; institucionalización, cuando no tienen los soportes sociales necesarios se convierten en

generadores de alteraciones emocionales (ansiedad, depresión), caída, deterioro cognitivo, etc.; condiciones materiales de vida, vivienda y recursos económicos que repercuten en el bienestar y la calidad de vida; además la edad avanzada que aumenta la morbilidad y disminuye la salud.

Desde el punto de vista **microsocial,** la familia juega roles principales como la adaptación para satisfacer las necesidades de la persona mayor y la aceptación por parte de los miembros de esta de los deseos de los personas mayores, a partir de reajustes en el estilo de vida que les permita participar en la discusión de cuestiones familiares. La comprensión y la protección que sean capaces de brindarles, en dependencia de las limitaciones funcionales que puedan presentar, contribuirán en su beneficio.

1.2.2. Incidencias en la calidad de vida.

La calidad de vida es la interacción entre la satisfacción de vida y las condiciones objetivas de vida. Estas últimas engloban la salud, el cuidado familiar, las actividades laborales o recreativas, las prestaciones estatales y la satisfacción de las necesidades de relación social. La calidad de vida es un concepto multidimensional que integra una serie de áreas y es necesario circunscribirlo a ciertas variables personales y contextuales.

Diversos estudios gerontológicos se han centrado en el análisis de la calidad de vida y su repercusión en el "envejecimiento satisfactorio". Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la **calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de "sentirse bien".**

La vida de las personas mayores está llena de cambios y frecuentemente asociada a enfermedades y pérdidas de muy diverso tipo. Sin embargo, esto no impide que los mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social.

1.2.3. Evolución del entorno socioafectivo y de la sexualidad de la persona mayor.

Evolución del entorno socioafectivo.

El envejecimiento es un proceso que dura toda nuestra vida. Constituye un fenómeno que hace referencia a los cambios que se producen a través del ciclo de la vida de las personas, los cuales, se encuentran condicionados por el entorno social, económico y cultural en el que viven. Es decir, cada persona se desarrolla dentro de un contexto socio- económico y cultural que sufre

modificaciones en el tiempo, lo que le da nuevos sentidos y significado a sus costumbres y modos de ser.

La vejez es, en este sentido, una construcción social, en tanto que cada sociedad le asigna un lugar, le atribuye particularidades en sus representaciones, y le brinda o niega espacios sociales.

Si bien tradicionalmente el rol de la familia era considerado como el sostén principal en el cuidado y atención de las personas mayores, las transformaciones sociales de las últimas décadas han producido la disminución en la red de apoyo socio-familiar de las personas mayores.

En estos últimos años de vida es cuando se produce cada vez más el fenómeno de la soledad no deseada por parte de las personas mayores. Se pueden distinguir cuatro tipos de soledad, según la escala Este-R de la Universidad de Granada (2009):

- **Soledad familiar:** Se produce cuando hay una falta de apoyo de la familia o cuando la persona mayor no percibe el apoyo como idóneo. Así pues, puede darse tanto si la persona mayor no tiene familia como si la tiene, pero la valoración que de ella hace no le es óptima.
- **Soledad conyugal:** Se da cuando hay una ausencia de sentimiento de amor en la pareja, ya sea porque la relación no es adecuada, ya sea porque se ha producido la pérdida de la pareja. Este último hecho se convierte en un momento vital de mucha importancia en la etapa final de la vida, debido al impacto emocional que supone y la gran dificultad de vivir con la ausencia del ser querido.
- **Soledad social:** Se produce cuando hay carencias en las interacciones de las relaciones sociales de la persona mayor. A menudo pueden producirse reacciones de retraimiento por parte de las personas mayores que son consecuencia de sus valoraciones.
- **Crisis existencial:** Proviene de un conflicto en la autopercepción de la persona. Cuando la persona mayor piensa o siente que no vale la pena seguir viviendo o que no encuentra el sentido para ello. Se da con frecuencia tras producirse una pérdida importante, bien de autonomía o de salud, o bien la pérdida de un ser querido.

Frente a esta situación emergente surge la necesidad de generar y promover nuevas redes de contención social que brinden sostén a las personas mayores.

La figura del auxiliar **de ayuda a domicilio** se constituirá como una red de apoyo social de la persona mayor a fin de evitar su institucionalización y propiciando un entorno favorable.

Sexualidad de la persona mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el placer sexual como un derecho humano básico. Según la OMS "La salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor".

Se define como **Salud Sexual Geriátrica** "la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito" (Maslow).

Es así como en la vejez el concepto de la sexualidad se basa principalmente en la "calidad de la relación" integrando componentes tales como: personalidad, intimidad, género, pensamientos, sentimientos, intereses y valores.

Desde este punto de vista cabe mencionar la importancia que adquiere entonces la educación sexual y afectiva a lo largo del desarrollo humano, como pilar fundamental en el desempeño de la sexualidad.

La sexualidad en la vejez continúa siendo un tabú, esto responde al hecho de haber considerado que está vinculada a la reproducción, en la que niños y ancianos no forman parte

La sexualidad de los adultos mayores es objeto de variados prejuicios, se piensa que los adultos mayores pierden todo el interés sexual cuando envejecen o que ellos son pervertidos si continúan teniendo relaciones sexuales. La realidad es que el potencial sexual puede permanecer hasta la muerte aun cuando sea alterado por los cambios propios del envejecimiento.

La sexualidad puede verse disminuida durante la vejez debido al gran desconocimiento y la desinformación que existe sobre el envejecimiento en general y la sexualidad en particular. Por ello, es imprescindible que tanto los mayores como la sociedad en general, reciban la formación adecuada que les permita romper con los prejuicios y tabúes que giran en torno a este aspecto y les permita un pleno disfrute de la sexualidad en todas y cada una de las etapas de la vida, incluyendo la vejez.

Debemos partir de un cambio en la actitud y disposición. Debemos ser conscientes de todos los tópicos que acompañan a la vejez y sacudirnos las falsas creencias que giran en torno a los mayores.

Para ello, debemos fomentar de cara a este colectivo determinadas actitudes que nos ayudarán a acercarnos a la realidad de la persona mayor:

- **Empatía** (escucha activa, paciencia, acompañamiento durante el proceso de pérdidas...)
- **Aceptación incondicional**
- **Educación e información** acerca de los cambios típicos del envejecimiento desde un enfoque multidisciplinar.

1.2.4. Necesidades especiales de atención y apoyo integral.

Las personas mayores dependientes merecen ser tratadas con consideración y respeto y siempre desde el reconocimiento de sus derechos y de su dignidad. El enfoque que creemos más adecuado es el de una atención integral, que tenga en cuenta el bienestar físico y emocional, respete y apoye preferencias y decisiones en relación con la vida cotidiana y trabaje la autonomía e independencia de las personas mayores por medio de entornos físicos y sociales facilitadores.

La valoración integral y la elaboración de planes de atención constituyen la base de la atención de personas en situación de dependencia y la atención personalizada integral debe ser el principio en el que se apoye la actuación de los servicios para las personas mayores dependientes.

Pilar Rodríguez define la atención integral desde el modelo de atención centrado en la persona del siguiente modo:

"**La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva".**

El trabajo en equipo es el pilar básico donde debe fundamentarse la atención integral, donde los distintos profesionales pueden tomar parte activa e interaccionar entre sí para la consecución de los objetivos.

El equipo tiene el importante cometido de diseñar las estrategias metodológicas oportunas, que permitan, además de proporcionar a la persona usuaria un entorno terapéutico, hacer significativo y gratificante el día a día.

El auxiliar de ayuda a domicilio desempeña un papel importante como referente de confianza y apoyo emocional de la persona usuaria/o. Por ello debe ser una persona empática, que sepa mostrarse cercana.

Para elaborar un plan eficaz, el equipo debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Valorar el estado de salud psicofísico, funcional y social así como los problemas de salud que se presenten.
- Identificar y modificar, en lo posible, los factores de riesgo.
- Mejorar la independencia, salud y supervivencia de las personas usuarias mediante:
    1. La prevención y tratamiento de las enfermedades.
    2. El diseño de planes interdisciplinares de cuidados, mejora de la funcionalidad y de rehabilitación.
- Definir las estrategias e intervenciones con respecto a la persona usuaria, su familia y sus redes sociales de apoyo.
- Concretar las atenciones especiales que precisa.
- Proyecto de vida de cada persona que incluye sus deseos y preferencias hasta donde sea posible tenerlos en cuenta.

1.2.5. Calidad de vida, apoyo y autodeterminación en la persona mayor.

Para comprender cómo se puede ayudar a desarrollar la autodeterminación en personas que tienen graves o muy graves limitaciones en sus capacidades, es necesario clarificar los siguientes aspectos relacionados con el concepto de autodeterminación y su ejercicio en el ámbito público y en el ámbito privado.

Utilizamos el término autodeterminación para referirnos a dos realidades diferentes:

- **Autodeterminación como capacidad:** Se refiere a un conjunto de habilidades que tienen las personas para hacer elecciones, tomar decisiones, responsabilizarse de las mismas, etc. En este sentido es una adquisición de las personas que se desarrolla mediante el aprendizaje, la interacción con otros y con uno mismo.
- **Autodeterminación como derecho**: Consiste en la garantía real para las personas, al margen de sus capacidades, de tener un proyecto vital, basado en su individualidad e identidad y ejercer control sobre el mismo. En el caso de personas gravemente afectadas, el ejercicio de la autodeterminación puede ser, en gran parte, indirecto (mediado por otros) y se logra mediante los apoyos adecuados.

Ejemplo: Un amigo mío queda inconsciente en un accidente. El médico dice que se pueden utilizar con él dos tipos de tratamientos, el A o el B y que ambos son igual de efectivos, pero que mi amigo

sufriría menos con el tratamiento A que con el B, porque tiene menos efectos secundarios. Yo sé (o creo) que mi amigo, si estuviera consciente, elegiría el tratamiento B (aunque le hiciera sufrir más), porque el tratamiento A se investigó con animales vivos, lo que mi amigo desaprueba totalmente. Si yo pido que se le aplique el tratamiento B que es el que él hubiera elegido libremente, yo le estoy garantizando el derecho de autodeterminación. Pero si se toma la decisión de aplicar el tratamiento A, en contra de lo que creemos que el elegiría, estaríamos trabajando por su bienestar físico.

El apoyo imprescindible para una persona que tiene pocas habilidades para la autodeterminación es el de ayudarle a construir un proyecto de vida significativo y coordinar una red de apoyo que le ayude a desarrollar y cumplir ese proyecto.

La Planificación Centrada en la persona: Es una metodología que da poder efectivo a la persona y, en ese sentido, garantiza su autodeterminación. Contribuye a garantizar el respeto a la dignidad de la persona, imaginar e identificar visiones de futuro positivas y posibles basadas en cómo quiere vivir y posibilitar cambios inmediatos en su estilo de vida. El objetivo principal es que la persona con discapacidad tenga la oportunidad de formular planes y metas que tengan sentido para ella, en negociación con las personas más importantes en su vida. En este sentido y teniendo como base la confianza en las relaciones sociales, se busca establecer y fortalecer la colaboración permanente con su círculo de apoyo tanto natural (miembros de la familia, amigos,....) como profesional. Para cumplir la finalidad, anteriormente expuesta.

La Planificación Centrada en la persona debe ser:

- Flexible (porque tener un plan no implica tener una rutina inmodificable).
- Posibilitadora de soportes.
- Coordinada.
- Participativa (entre la familia, profesionales y distintos agentes del entorno).

Es necesario crear un grupo de apoyo a la medida de cada persona, formado por miembros de su red natural y profesional de apoyo y en los que exista una persona que ejerza el rol de facilitador de cada sesión de trabajo y se responsabilice de todo el proceso de Planificación individual de esa persona.

A continuación se realizan algunas sugerencias que pueden ayudar a implantar esta forma de trabajo.

En relación a la persona con discapacidad:

1. La persona debe de tener la oportunidad de elegir a los participantes y cómo quiere que sea "su sesión". En este sentido es necesario preguntarle si quiere que se utilice esta metodología para apoyarle y quién quiere que participe (apoyos naturales: la propia persona con discapacidad, algún miembro de su familia, amigos y/o pareja, vecinos, voluntarios,... y apoyos profesionales: personal de atención directa y otros – trabajador social, psicólogo, médico,...). En el caso en que la persona tenga importantes dificultades para comunicar esto, indagar qué elegiría ella y qué personas le gustaría que participasen.
2. Ver las sesiones de Planificación centrada en la persona. como una oportunidad para reforzar a la persona y mejorar su autoestima, para ello es necesario centrarse más en las capacidades y puntos fuertes de la persona que en las limitaciones y deficiencias, procurando crear un clima agradable y de apoyo a la persona.
3. Respetar la visión subjetiva que la persona tiene de sí misma, de su vida y de su futuro, ayudándole en el proceso de construir planes y metas en coherencia con sus posibilidades y con las oportunidades de su entorno y de su cultura. Y en el caso de tener grave dificultad para comunicar sus planes, garantizar que la persona tenga el poder efectivo en la toma de decisiones que ella no puede ejercer, aunque el control resida en un equipo donde hay gente que le aprecia y le apoya. Esto hace que el poder esté en el individuo (mediado por el grupo) y no esté exclusivamente, en las decisiones individuales de las personas que le atienden en cada momento.
4. Confiar en que las personas con discapacidad son los principales "especialistas" en su propia vida, y por lo tanto confiar en que saben decidir. Esto implica que el grupo de personas significativas que le apoye, tolere posibles desacuerdos e incertidumbres.
5. Hay que proporcionar el tiempo suficiente y facilitar los canales de comunicación adecuados para aquellas personas que tengan miedo o no sepan expresar sus gustos, intereses y metas de futuro.

2. Relación social de las personas mayores y discapacitadas.

2.1. Características de la relación social de las personas dependientes.

Las relaciones sociales son el conjunto de interacciones que mantiene un individuo con otras personas o grupos de personas, los lazos que se establecen en esas interacciones y el tipo de interacciones dependiendo del ambiente en el que tienen lugar, desempeñan un papel esencial en el

desarrollo integral de la persona. Si estas relaciones son satisfactorias, suponen una fuente importante de refuerzos sociales que facilitan la integración y la adaptación a la sociedad. Por el contrario, la carencia de determinadas habilidades sociales puede provocar rechazo, aislamiento, y en consecuencia limitaciones a la calidad de vida.

Las personas dependientes debido a la situación que viven tienden a manifestar una actitud cerrada poco social (en parte debido a la negación, frustración o miedo) con las personas que les rodean y sobre todo con las personas que les ayudan y apoyan. Pueden aislarse en su propio domicilio, lo que afecta tanto a la frecuencia de sus relaciones interpersonales, como a la manera y habilidades para relacionarse con los demás. Nosotros como profesionales deberemos observar las dificultades y desarrollar estrategias para evitar la pérdida de relaciones del usuario/a y favorecer la creación de nuevos lazos.

L**as relaciones sociales en las personas mayores están determinadas por:**

- El estilo de vida.
- Por las relaciones primarias (familiares y amigos).
- Menor motivación para mantener relaciones nuevas.
- Necesidad de afrontamiento de pérdida de seres queridos o cambio de roles.

Las relaciones sociales en las personas con discapacidad:

- Muestran inseguridad sobre todo cuando son discapacidades adquiridas.
- Carencias de habilidades sociales por dificultades intelectuales
- Escasez de interacciones.
- Sobreprotección del entorno.
- Suelen utilizar la discapacidad para manipular la interacción con los otros intentado dar pena compasión.

Las relaciones sociales en la enfermedad mental:

- Disminución de las redes sociales.
- Escasa motivación para establecer nuevas relaciones. Interés centrado en ellas mismas.
- Tendencia al aislamiento.
- Sentimientos de ansiedad, tristeza, irritabilidad ante las relaciones sociales.

2.2. Habilidades sociales fundamentales.

Podemos definir las habilidades sociales como un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, donde el sujeto expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas actitudes en los demás y que, generalmente, resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la posibilidad de futuros problemas.

Las habilidades sociales se adquieren a través del aprendizaje donde confluyen dos factores, el genético y el ambiente:

- Los factores genéticos intervienen en la configuración del carácter y la personalidad.
- El ambiente es el conjunto de circunstancias que rodean a la persona (familia, contexto, estrato social, cultura…). La conducta humana está influida y determinada por el ambiente, lo que ocurre antes y después de una conducta va configurando la manera de comportarse y la forma de ser del individuo. Durante la primera infancia la familia y la escuela son el ambiente más cercano al niño.

Con el entrenamiento en habilidades sociales, se intenta directa y sistemáticamente enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal en clases específicas de situaciones sociales.

El entrenamiento en habilidades sociales implica:

1. **Reducción de la ansiedad:** En situaciones sociales problemáticas. Normalmente, esta disminución se consigue de forma indirecta, es decir, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa que, supuestamente, es incompatible con la respuesta de ansiedad. Si el nivel de ansiedad es muy elevado, se puede emplear una técnica de relajación
2. **Reestructuración cognitiva:** Se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. Tiene lugar con frecuencia de manera indirecta, es decir, la adquisición de nuevas conductas modifica, a más largo plazo, las cogniciones del sujeto.
3. **Entrenamiento en solución de problemas**

Todas las habilidades sociales se pueden trabajar con todos los tipos de colectivos, pero según las características de éstos, hay que hacer más hincapié en alguna habilidad en concreto.

Las habilidades sociales básicas son:

1. **Comunicación:** Se incluye la capacidad de comprender y transmitir información a través de comportamientos simbólicos como la palabra escrita, hablada, símbolos gráficos y lenguaje de signos o comportamiento no simbólicos como la expresión facial, movimiento corporal…
2. **Autocuidado:** Incluye las habilidades implicadas en el aseo, comida, vestido, higiene y apariencia física.
3. **Vida en el hogar**: Incluye todas las habilidades de funcionamiento de la vida en el hogar como: cuidado de la ropa, preparar comidas, elaboración de la lista de la compra, seguridad en el hogar…
4. **Habilidades sociales:** Todas las relacionadas con los intercambios sociales con otras personas; el mantener, iniciar y finalizar una interacción, reconocer sentimientos, ser conscientes de la existencia de iguales y aceptación de estos, ayudar a otros, hacer y mantener amistades, compartir, controlar los impulsos, adecuar la conducta a las normas…
5. **Utilización de la comunidad**: Son la habilidades relacionadas con una adecuada utilización de los recursos de la comunidad como por ejemplo, comprar en una tienda, consultas médicas, utilizar transportes públicos, parques y áreas recreativas, ir al cine, museos…
6. **Autodirección:** Son las habilidades relacionadas con el realizar elecciones (saber elegir), aprender a seguir un horario. También realizar actividades adecuadas a los lugares, a las condiciones, horarios, intereses personales, hacer la tarea que se tenga la obligación de hacer, buscar ayuda en caso necesario. Resolver problemas en situaciones familiares o novedosas, tener su propia opinión.
7. **Salud y seguridad:** Aquí se encontrarían todas las habilidades relacionadas con el mantenimiento de la salud como comer, identificar síntomas de enfermedad, seguir un tratamiento, prevención de accidentes, primeros auxilios… Y en cuanto a seguridad podemos hablar de habilidades sobre tener consideraciones básicas sobre seguridad, interactuar de forma diferente con extraños…
8. **Habilidades académicas funcionales:** Son las habilidades cognitivas y otras habilidades relacionadas con los aprendizajes escolares, pero con aplicación directa en la vida, como por ejemplo: escribir, leer, utilizar de manera práctica los conceptos matemáticos, conceptos básicos de ciencias, conocer el entorno físico, geografía, aspectos sociales…

9. **Ocio y tiempo libre:** Son aquellas habilidades relacionadas con el ocio y los tiempos libres tanto individuales como grupales. Como ejemplos encontramos el hacer elecciones y tener intereses propios que parten de su iniciativa, ser capaz de utilizar las posibilidades de ocio del hogar y fuera de él, participar en asociaciones recreativas, jugar con otros compañeros…
10. **Trabajo:** Aquí encontramos habilidades como: realizar y finalizar las tareas laborales, conocer y respetar los horarios, saber aceptar las críticas, mejorar las habilidades relacionadas con el trabajo, saber ir y volver al trabajo, prepararse para el trabajo, interaccionar con los compañeros…

2.3. Dificultades de relación social. Situaciones conflictivas.

Nuestro funcionamiento psicológico se ve afectado por las relaciones interpersonales, ya que somos seres sociales y vivimos relacionándonos con los demás en multitud de contextos. Si conseguimos relacionarnos con los demás de forma sana, las relaciones sociales constituirán una importante fuente de bienestar. En caso contrario, estas interacciones pueden suponer un malestar significativo, dando lugar a ciertas emociones negativas como la frustración o el enfado. También podemos sentirnos rechazados, infravalorados o desatendidos por los demás. Los problemas en las relaciones sociales aparecen cuando carecemos de habilidades sociales, tenemos problemas de autocontrol (ira, agresividad) o nos sentimos inseguros y poco valorados. Adquirir unas habilidades de interacción adecuadas nos ayudará a tener una mejor calidad de vida y a sentirnos bien con nosotros mismos.

Las dificultades en las relaciones sociales pueden venir por **algún problema psicológico caracterizado por:**

- **Fobia social:** Tendemos a evitar situaciones sociales o, si lo hacemos, experimentamos gran malestar y ansiedad. Si sientes un miedo o ansiedad intensos y persistentes (palpitaciones, sudoración, enrojecimiento o rubor, temblores, dificultades para hablar y entablar conversaciones…) cuando te expones o anticipas que te vas a exponer a una posible evaluación por parte de otras personas (reuniones familiares y de amigos, ir a una fiesta, hablar en público…), es posible que tengas una fobia social. La fobia social, puede que se produzca en situaciones muy concretas (una charla en público, un examen oral…) y, en casos más graves que se generalice a cualquier contexto que implica relación con otras personas (hablar solo con hermanos y padres; antes de salir de casa, comprobar el ruido del ascensor para no coincidir con ningún vecino, etc.). En los niños, el miedo o ansiedad social no solamente cuando se relacionan con adultos, sino también con otros niños de su edad.

- **Déficit en habilidades sociales:** Este déficit se manifiesta tanto en las habilidades básicas (no saber escuchar, ni iniciar, mantener o acabar conversaciones, no saber presentarnos, no dar y no saber recibir elogios, no dar las gracias…a habilidades más complejas como, no saber pedir disculpas, no reaccionar adecuadamente ante una crítica, no saber expresar nuestros puntos de vista, no saber decir "no".
- **Agresividad e ira:** Si nos mostramos agresivos y sentimos ira somos incapaces de poder escuchar a los demás o tener en cuenta las opiniones de los demás y siempre queremos tener la razón. La ira es una reacción desadaptativa que se dispara de forma automática ante una situación que nos resulta frustrante (no conseguimos lo que deseamos). En esta reacción están presentes sentimientos como el enfado, la irritación o la rabia, y puede aparecer por varios motivos: es un recurso que hemos utilizado para conseguir nuestros propósitos, hemos aguantado demasiado situaciones frustrantes y se produce una "explosión", o porque interpretamos "intención de ataque" en los demás y respondemos del mismo modo de forma defensiva. Los componentes de la ira son la hostilidad (creencias, expectativas y actitudes negativas ante los demás), la irritación o enfado (acompañado de su respuesta fisiológica correspondiente: tensión muscular, taquicardia…) y la conducta agresiva (explícita o implícita) hacia el exterior o el interior (agresión a los demás o mí mismo/a).
- **Baja autoestima:** Supone una traba en nuestras relaciones sociales porque no nos valoramos y nos sentimos inferiores e inseguros delante de los demás. Si tienes baja autoestima, entre otros síntomas, observarás que tienes miedo al rechazo y dejas de hacer cosas o crees que no eres capaz de conseguir tus metas, descuidas tu apariencia física, te sientes inseguro/a y necesitas la aprobación de los demás cuando vas a tomar una decisión, te comparas con lo demás y te sientes inferior, te autocriticas excesivamente si cometes cualquier error o algo no te sale bien, en ocasiones, te sientes decaído, sientes miedo a equivocarte, a no gustar a los demás, a ser criticado, tienes un miedo desmesurado ante la idea de quedarte sin amigos y que tu pareja te deje.

Ahora vamos hablar de las situaciones sociales conflictivas que surgen generalmente por cuestiones que muchas veces se muestran insignificantes e intrascendentes, pero que en el fondo son generadoras potenciales de males que perturban las relaciones sociales, afectan la convivencia humana, reprimen sentimientos negativos y conductas reactivas negativas que, bajo determinadas condiciones, encuentran su expresión en actos de violencia, agresiones, etc.

Las etapas por las que transita la situación social conflictiva hasta llegar a la etapa en que se desencadena el conflicto social son:

- **Etapa de gestación**: Aparecen las tensiones iniciales debido a incomprensiones, desavenencias, fallas en el proceso de negociación y conciliación, así como en el de mediación, ausencia de intereses para compartir, de la parte a la que pertenece el o los objetos. Los problemas de comunicación, conducta inflexible y obsesiva de una de las partes genera desesperación, duda, furia, ira en la otra. Es una etapa en que se reprimen conductas reactivas y sentimientos de hostilidad y remordimiento.
- **Etapa de agudización:** durante esta etapa la desesperación, duda, furia, ira, se van agravando, aumentan las tensiones, se recrudecen las posiciones de las partes. Si no se utilizan adecuada y oportunamente los mecanismos de negociación, mediación, conversación o, si interviene una tercera parte creando rumores, maquinaciones, manejos, conspiraciones, etc. los niveles de saturación de las conductas y sentimientos reactivos reprimidos aumentan paulatinamente en las partes en discrepancias.
- **Etapa de crisis:** en esta etapa se exacerban los estados de ánimo hasta un nivel climático. Ya las partes muestran el mínimo de disposición por llegar a acuerdos y no admiten prácticamente ningún tipo de diálogo, negociación, mediación. La intervención de terceros resulta contraproducente, pues puede favorecer la intransigencia de las partes y potenciar el desencadenamiento de un conflicto social con la consiguiente violencia. En esta etapa no es efectiva la negociación, pues prácticamente las partes tienen un estado de exaltación incontrolable
- **Etapa de desenlace:** en esta etapa se manifiestan o externalizan las conductas reactivas y sentimientos negativos reprimidos que encuentran su expresión en actos de violencia, agresiones, ataques, disturbios, conflictos, etc.

No obstante, todos los seres humanos viven constantemente ante situaciones tensas que deben saber enfrentar. Es imprescindible elevar la cultura del diálogo y la negociación para atenuar estas situaciones y convertirlas en un paso necesario para el desarrollo. El diálogo y la negociación pueden ser asumidos por las partes contendientes, solo se precisa un poco de cordura y razonamiento

La aplicación de la mediación en el ámbito de las personas mayores ofrece una alternativa necesaria para la gestión pacífica de los conflictos en las relaciones de convivencia. En el marco de la

intervención psicosocial, ésta puede ser complementaria a la prevención, promoción y educación de la salud, a la vez que puede evitar el escalamiento y los efectos de los conflictos no resueltos (maltratos, violencia, etc.)

La mediación con mayores (y con personas con diversidad funcional desde nuestro punto de vista), uno de los principales contextos de conflictos que puedan requerir nuestra implicación profesional es precisamente el ámbito doméstico. **Es el hogar donde resida el mayor, bien sea su casa o la de algún familiar, el ámbito en el que se presentan mayores situaciones conflictivas.** La casa es el espacio en el que se da una mayor interacción entre los sujetos, y además donde las relaciones también son más intensas y personales, y por tanto donde más puede surgir el conflicto, muy por encima de otros contextos en los que podamos encontrar a los mayores.

En una investigación que se realizó en el Servicio de Ayuda a Domicilio de Palma sobre la Mediación familiar e intergeneracional en la atención domiciliaria a personas en situación de dependencia y sus familias se demostró que los conflictos familiares aparecen con mucha frecuencia en el SAD, resultados que posiblemente sean parecidos en muchos otros servicios sociales. Lo que demuestra que la mediación familiar puede ser útil mucho más allá del ámbito judicial y se postula como una nueva forma de mejorar la calidad de vida de las personas usuarias de servicios sociales.

2.4. Técnicas para favorecer la relación social.

Para favorecer la relación social en nuestro trabajo con personas dependientes existen algunas técnicas que tendremos que utilizar: la empatía, la escucha activa, la retroalimentación, y la asertividad.

- **La empatía:** Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro. No se trata de pensar o sentir igual que la persona, no significa estar de acuerdo con el otro, sino de comprenderle y manifestarle que entendemos cómo se siente, respetar sus sentimientos y razones para comportarse de una forma determinada. Nos puede ayudar a enfatizar escuchar sin prejuicios, ser tolerante y paciente, plantearnos "¿cómo me sentiría yo sí...?"
- **La escucha activa:** Es el principio más importante y difícil del proceso de la comunicación. No escuchar puede impedir que el mensaje se reciba. Escuchar requiere un esfuerzo. La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación, muchas veces se confunde oír y escuchar. Oír es percibir el sonido pero escuchar supone entender, comprender, y dar sentido a lo que se oye.

- **La Retroalimentación:** Significa que el mensaje se ha recibido, el receptor realizará una serie de señales que indican que entiende, que está o no de acuerdo. Los usuarios/as pueden tener la sensación de que nadie les presta atención cuando hablan, por lo que dejan de comunicarse. La retroalimentación les ayuda a saber que su mensaje está siendo escuchado
- **La asertividad:** Supone ser capaz de defender los propios derechos, así como de expresar opiniones y sentimientos de forma adecuada, sin vulnerar los derechos del otro. Una conducta asertiva se caracteriza por respetar a los demás y respetarse a uno mismo; expresar las ideas de forma directa, y tener sentimientos de seguridad.

2.5. Actividades de acompañamiento y de relación social. Estrategias de intervención.

Las personas que reciben atención en el domicilio ven afectadas sus relaciones sociales. Si tienen movilidad reducida, verán disminuido el número y la frecuencia de los contactos con otras personas. Por otro lado, el apoyo a domicilio genera nuevos apoyos sociales que ayudarán a mantener las relaciones ya existentes y promover nuevas formas de relación.

Las actividades de acompañamiento se plantean como una forma de apoyar a las redes naturales de la persona con dependencia, en lugar de sustituirlas. Estas actividades se denominan de "acompañamiento" porque requieren la participación del usuario/a. Él es quien debe de ser el protagonista de las actividades y de las relaciones que establezca. El papel del profesional está en acompañar en ese proceso, en dar pautas, en favorecer encuentros, momentos, espacios, pero no puede ser un sustituto de las redes sociales de la persona con dependencia.

Podemos distinguir 3 tipos de intervenciones de acompañamiento:

- I**ntervenciones individuales:** Aquellas que se desarrollan de forma individual con la persona con dependencia. Por ejemplo, conversaciones sobre temas de interés, leer juntos un libro, prensa o revista, escuchar la radio, comentar noticias.
- **Intervenciones dirigidas a mantener y fomentar la relación con personas allegadas:** Por ejemplo, realizar llamadas de teléfono a familiares, escribir cartas a amigos lejanos e incluso entrenar en medios como internet, correo electrónico... Además se facilitará el contacto personal con esas personas si es posible (por ejemplo, facilitar que esas personas acudan al domicilio a visitarlo).
- **Intervenciones orientadas a preservar y fomentar las relaciones con su entorno:** Por ejemplo, acompañar a participar en actividades comunitarias de su interés, como acudir a

centros de convivencia de mayores, asociaciones, celebraciones religiosas, actividades recreativas, ferias, festejos, etc.

2.6. Medios y recursos: Aplicaciones de las nuevas tecnologías, asociacionismo, recursos del entorno y vías de acceso a los mismos.

Aplicaciones de las nuevas tecnologías.

Algunas personas que reciben atención en sus domicilios pueden tener dificultades para mantener la relación con los miembros de su red social, bien sea a consecuencia de sus déficits, o bien porque la persona ha ido perdiendo su capacidad para salir de casa y relacionarse en lugares diferentes a su domicilio.

Las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC de la Información y la Comunicación) pueden ayudar a las personas con dependencia que tienen dificultades para comunicarse con los que les rodean en su vida diaria (por ejemplo a través de la telefonía móvil), pero también les permite el acceso a la información (internet) o a establecer contacto con otras personas, ampliando así las posibilidades de relación. Es por ello que la cultura tecnológica debería estar al alcance de todas las personas. Sin embargo, hoy en día existen dificultades de acceso a la información y a estas tecnologías por parte del colectivo de personas dependientes. Barreras de tipo económico, de conocimiento específico, de accesibilidad.

Por tanto, es preciso tener en cuenta las limitaciones que la persona presenta con el fin de adaptar estas nuevas tecnologías a sus capacidades.

¿Qué ventajas aportan las TIC a las personas con discapacidad?

- Favorece la autonomía personal a la hora de solucionar problemas y trámites cotidianos.
- Mejora la autoestima gracias al uso de recursos tecnológicos para comunicarse, obtener información o acceder a oportunidades laborales.
- Les pone en contacto de forma directa con asociaciones o personas con dependencia en su misma situación con las que pueden establecer redes colaborativas.
- Les permite adaptar su hogar y sus tareas gracias al uso de sistemas de apoyo.

Los **recursos tecnológicos para la discapacidad** son muy variados y para su mejor comprensión se pueden clasificar en **cinco grupos**:

1. **Sistemas alternativos y aumentativos de acceso a la información del entorno:** Son recursos y herramientas TIC al servicio de personas con **discapacidad visual o auditiva**, que modifican la señal, aumentándola o cambiándola para poder ser percibida de una forma más accesible. Por ejemplo:

- **Tecnologías del habla:** reconocimiento de voz, conversión texto-voz, etc.
- **Sistemas multimedia interactivos**: son sistemas que procesan, almacenan y trasmiten de forma integrada imágenes, voz, texto y datos, ofreciendo la posibilidad de actuar sobre los contenidos de los mismos, de modo que la persona interactúe con ellos.
- **Comunicaciones avanzadas**: videotelefonía o teléfono de textos.

2. **Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación:** Sistemas desarrollados para personas que por su discapacidad no pueden acceder a un código verbal-oral de comunicación. Los sistemas aumentativos son instrumentos que complementan el lenguaje oral, cuando, por sí solo resulta insuficiente para mantener una comunicación efectiva con los demás. Los sistemas alternativos son cualquier forma de comunicación distinta al habla y empleada por una persona en contextos de comunicación cara a cara. Por ejemplo:

- **Sistemas con soporte**: tableros de comunicación, comunicadores, programas para ordenador.

3. **Tecnologías de acceso al ordenador:** Adaptar la tecnología para personas con discapacidad a partir de instrumentos, herramientas, interfaces adaptativas que permiten a personas con discapacidad física o sensorial hacer uso de un ordenador. Por ejemplo:

- **Señalizadores y pulsadores**: Herramientas que permiten al usuario acceder a periféricos del ordenador, sin necesidad de cambiarlos o adaptarlos. Algunos ejemplos son: varilla bucal (permite al usuario pulsar las teclas del ordenador sujetándola con la boca); pulsador de pie (para accionar con el pie); pulsador fibra óptica (se acciona con movimientos oculares); etc.
- **Teclados:**
  - **Teclados especiales:** Más amplios de lo normal o más reducidos para adaptarlos a la amplitud de movimiento de los usuarios).
  - **Teclado ergonómico:** Para adaptarse a la forma de las manos o los dedos, o para ser usados con una sola mano.

- **Teclado de conceptos:** Pueden programarse y asociarse a diversos espacios del mismo, además también se puede programar el tamaño de cada tecla para adaptarla a las necesidades del usuario.
- **Línea braille:** Traduce la información del monitor, ya sea textos, gráficos u otros, al lenguaje braille).

- **Ratones:**
  - **Ratón de bola:** Permite dirigir el movimiento del cursor con la bola central que posee, sin necesidad de tener que desplazarlo sobre la mesa.
  - **Ratones especiales:** Con diseños ergonómicos o inalámbricos
  - **Ratón boca:** Para accionar con la boca.
  - **Ratón por infrarrojos:** Emulador de ratón mediante un sensor colocado en la cabeza del usuario y una unidad de control colocada sobre el monitor del ordenador.
- **Otros dispositivos**: Pizarras electrónicas, bastones digitales, navegadores adaptados, pantallas táctiles, etc.

4. **Aplicaciones para personas con discapacidad:** Hace su día a día más cómodo por ejemplo:

- **Accesibility scam:** Una solución tecnológica para personas que permite el uso del móvil a personas con severos problemas de movilidad gracias a su sistema de activación por toques.
- G**oogle Talkback:** Aplicación para personas con discapacidad visual que traduce a voz lo que está escrito o figura en la pantalla del móvil.
- **Usound**: Aplicación para personas con discapacidad auditiva disponible tanto para Android como para IOS que adapta el sonido a las necesidades de la persona y a su nivel de audición.
- **Dilo:** Aplicación para personas con discapacidad en el habla que ayuda en la comunicación con su entorno familiar y social.
- **Renfe atendo**: Aplicación para gestionar la compra de billetes y reserva de plazas a personas con movilidad reducida.

Asociacionismo

El asociacionismo y la participación social de los ciudadanos en sociedades modernas son una pieza clave para comprender la vitalidad y el desarrollo social, político e incluso económico de un territorio. Los tipos de asociaciones son tan amplios como las problemáticas y ámbitos sociales de los que tratan o se ocupan: cultura, política, religión, ambiental, profesional, empresarial, consumo, etc.

La Constitución Española reconoce como un derecho fundamental la asociación en el artículo 22 que viene a desarrollarse posteriormente en la Ley Orgánica 1/2002. Esta ley supuso un hito al ser el primer desarrollo legislativo desde 1964 y una concreción en un contexto democrático sobre el asociacionismo, su constitución, funcionamiento, registro y normas para su fomento y garantías jurisdiccionales. Cuatro años después se aprueba la Ley de Asociaciones de Andalucía (Ley 4/2006) que viene a trasladar aquella iniciativa legislativa a nuestra comunidad y a concretar el artículo 13.25 del Estatuto de Autonomía para Andalucía que le atribuye la competencia exclusiva en materia de asociaciones de carácter docente, cultural, artístico, benéfico-asistencial y similares, que desarrollen principalmente sus funciones en Andalucía, por lo que le corresponde desarrollar los aspectos de organización y funcionamiento de las asociaciones. Según el artículo 5 de la ley estatal y del artículo 2 de la ley autonómica las asociaciones se constituyen mediante acuerdo de tres o más personas físicas o jurídicas legalmente constituidas, que se comprometen a poner en común conocimientos, medios y actividades para conseguir unas finalidades lícitas, comunes, de interés general o particular, y se dotan de los estatutos que rigen el funcionamiento de la asociación.

Un ejemplo de asociación es la de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias de Málaga

Frente a todos los problemas que el Alzheimer representa, nace en 1990 esta Asociación con un Objetivo General que es el de mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer y la de sus familiares.

Persigue los siguientes objetivos específicos.

- **Difundir información sobre esta enfermedad.**
- **Sensibilizar a la población y a las instituciones para conseguir la asistencia adecuada**
- **Promover la investigación.**
- **Proporcionar formación y apoyo a los familiares afectados.**

En cuanto a las personas mayores la red asociativa tiene un marcado carácter diverso que va desde la participación en múltiples temáticas dentro de grandes asociaciones y de las ONG hasta la contribución en hogares y clubes de personas jubiladas.

La realidad del movimiento asociativo actual de las personas mayores es que posee unas cuotas significativas de participación, que han venido incrementándose en los últimos años, siendo esta característica la que definirá la tendencia a futuro.

Otra característica de la participación de las personas mayores en las asociaciones es el cambio que se está produciendo en la demanda de actividades. Parece que las políticas de envejecimiento activo tienen su reflejo en esta demanda dado que se ha producido un cambio significativo en las realizadas por las personas mayores dentro de las asociaciones a las que pertenecen. De esta manera, se ha dado paso a una propuesta de actividades, y con ello a un modelo de asociacionismo, mucho más dinámico y activo que en épocas anteriores.

Recursos del entorno y vías de acceso al mismo.

Además de las asociaciones existen otros recursos de la comunidad como:

El voluntariado: Las tareas de voluntariado pueden definirse como «trabajo no remunerado proporcionado a individuos a los que la persona trabajadora no debe obligaciones contractuales, familiares ni de amistad». También es preciso señalar, tal como se hace desde diversas teorías, que el voluntariado es «un fenómeno cultural y económico que es parte de la forma en que las sociedades se organizan, asignan responsabilidades sociales y esperan compromisos y participación por parte de la ciudadanía». La naturaleza productiva del voluntariado resulta beneficiosa para las personas mayores, dado que posee un efecto positivo sobre varias dimensiones del bienestar, tales como la satisfacción, la salud, etc. El voluntariado es una forma de ocupar la nueva disponibilidad de tiempo, por ejemplo para las personas jubiladas, a la vez que se configura como una oportunidad de aprendizaje. La participación de las personas mayores en el voluntariado incrementa el intercambio generacional de experiencias y saberes, así como enaltece el papel de las mismas dentro de las funciones de la sociedad.

Educación Permanente: Desde los programas de educación permanente de la Unión Europea se reconoce la vital importancia que adquiere la educación para la participación social y el desarrollo personal. Concretamente la Comisión Europea establece «la adquisición y actualización continua de conocimientos, actitudes y competencias tienen la consideración de una condición indispensable

para el desarrollo personal de toda la ciudadanía y de la participación en todos los ámbitos de la sociedad.

El debate de la educación en las personas mayores reside en la disonancia entre sus bajos niveles educativos formales y la importancia de la educación informal adquirida con la experiencia de los años. Dentro de este debate, cobran especial importancia los programas de educación para personas mayores, distribuidos desde actividades formativas concretas, hasta los programas universitarios para mayores de 55 años. La creciente oferta y demanda de cursos formativos dirigidos a personas mayores muestra el interés por parte de las instituciones, entidades, etc., y de las personas implicadas, por asentar una línea orientada al envejecimiento activo a través de la autorrealización personal.

Ocio y Tiempo libre: Las actividades de ocio, ya sean de forma pasiva o activa, ocupan un espacio fundamental dentro del tiempo de las personas mayores. Los patrones de actividad activos marcan la tendencia del envejecimiento activo y saludable, formulándose como elemento clave para la prevención de la dependencia. El mantenimiento de una vida social activa, a través de las actividades de ocio, garantiza un envejecimiento satisfactorio tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

Turismo: Por otra parte, la práctica del turismo, muy desarrollada entre las personas mayores, merece una mención dentro de estas líneas. Con un peso relativamente importante, en España el 13,7% de las personas turistas tiene más de 65 años. El turismo representa para las personas mayores un medio más en el que poder establecer relaciones sociales, desarrollar actividades y conocer y ampliar experiencias vitales.

3. Prestación de orientación a la persona dependiente y sus cuidadores principales.

3.1. Técnicas e instrumentos de observación aplicados a las situaciones domiciliarias.

3.2. La observación y el registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades de atención.

3.3. Instrumentos de observación.

Estos puntos están desarrollados en el Modulo Formativo Higiene y Atención Sanitaria Domiciliaria. Unidad Formativa 1. Características y Necesidades de Atención Higiénico-Sanitaria de las personas dependientes. Contenido 2.13. La observación y el registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades de atención física. Técnicas e instrumentos

de observación aplicados a las situaciones domiciliarias.

4. El ambiente como factor favorecedor de la autonomía personal, comunicación y relación social.

4.1. Distribución y decoración de espacios.

El mundo del diseño universal no tiene límites. Pensar en edificios diseñados y construidos para que todos los seres humanos puedan utilizarlos sin restricciones es una utopía de referencia, un anhelo; y como toda utopía, nace de la carencia, de una realidad imperfecta que hay que modificar. Habrá que facilitar el uso del entorno al ser humano común, al mayor número posible de individuos, en la conciencia de que siempre existirán personas a las que les resultará difícil utilizar, con plena autonomía, todo lo que está a nuestro alrededor.

No es posible, al menos de momento, un diseño tan flexible que se ajuste a las necesidades de todos los individuos y es ahí donde aparece la necesidad de suplir las carencias del diseño universal con medidas de apoyo específicas a determinados usuarios (ayudas técnicas, apoyo personal, etc.) para que toda persona pueda desarrollarse en igualdad de oportunidades: el diseño universal es una condición necesaria, pero no suficiente, para garantizar la accesibilidad de las personas al entorno construido

Aceptando las limitaciones propias del diseño universal, dotar al espacio u objeto diseñado de las condiciones adecuadas de accesibilidad requiere sensibilidad para acercarse al ser humano común, conocimiento de sus necesidades, habilidades y carencias y método para incorporar los requisitos de accesibilidad al proceso de diseño y construcción.

Sobre estas bases, se aborda el estudio de la accesibilidad en los edificios partiendo de la premisa de que ésta no es diferente para cada tipo de edificio, sino que son las posibilidades de cada persona las que determinan las medidas a implementar en cualquier edificio.

Así pues, se plantea en primer lugar un análisis que pretende ser válido para todos los edificios y, a continuación, se incide en la problemática específica que sugieren los diversos tipos de construcciones, con un apéndice sobre las tecnologías para la accesibilidad.

En primer lugar, se trata de reflexionar sobre la relación de la persona con su entorno físico inmediato.

Si la persona tiene alguna limitación:

- ¿Qué dificultades añadidas se le presentan para desarrollar las actividades de su vida cotidiana?: asearse, ir al trabajo o a la escuela, trabajar, estudiar, salir con los amigos, ir al cine, etc.
- ¿Qué alternativas ofrece la arquitectura para mejorar esa relación?: tratar de diseñar y construir para el ser humano común en su diversidad de capacidades, aptitudes y preferencias.

Esta relación variada y compleja presenta una casuística casi infinita: atender las necesidades específicas de todas las personas a la vez, en todos los lugares y en las diversas situaciones. Es por ello que, en un segundo punto, se hace preciso acotar y estructurar la interrelación persona/entorno físico, de forma que sea abordable, teniendo en cuenta tres variables:

- **Tipos de usuarios:** Tratando de establecer, dentro de la población con limitaciones, grupos lo más homogéneos posible en cuanto a sus capacidades físicas, de cara a poder analizar la incidencia de las barreras a la accesibilidad en cada uno de ellos.
- **Tipos de dificultades:** Procurando definir las dificultades que plantea a las personas con limitaciones el entorno construido, tanto para conseguir una plena autonomía de movimientos como un uso adecuado de los elementos que en él se encuentran.
- **Nivel de exigencia:** Diferenciando niveles de accesibilidad que permitan incorporarla en todos los edificios. Por ejemplo, suele resultar más complejo y costoso introducir suficientes medidas de accesibilidad en un edificio de viviendas que en un gran edificio de uso público, cuando la inaccesibilidad de la vivienda puede reducir enormemente la autonomía personal de sus moradores. Tampoco tiene la misma dificultad proyectar un edificio nuevo accesible que adaptar uno existente, especialmente si forma parte del patrimonio arquitectónico protegido. Establecer niveles de exigencia adecuados para intervenciones arquitectónicas diferentes pretende garantizar la universalidad de acción evitando excepciones.

Podría decirse que, **desde el punto de vista de la accesibilidad,** toda actividad que desarrolla una persona tiene **dos componentes**:

- **El desplazamiento**: Es decir el traslado hasta el lugar idóneo para realizar la acción: poder moverse libremente por el entorno sin limitaciones ni obstáculos.
- **El uso:** Es decir el desarrollo de la acción en sí: poder disfrutar, utilizar, sacar provecho de lo que hay a nuestro alrededor.

Ambos componentes son igualmente necesarios. Es inútil poderse desplazar por el interior de un baño espacioso si no se puede usar el lavabo en silla de ruedas porque tiene un mueble bajo que impide acercarse. Pero tampoco se podrá utilizar un baño perfectamente diseñado si la puerta de acceso es demasiado estrecha y obstaculiza el desplazamiento.

A su vez el **desplazamiento** puede ser:

- **Horizontal:** Moviéndose por pasillos, corredores, dependencias, etc.
- **Vertical:** Subiendo o bajando peldaños, escaleras, rampas, etc.

Mientras que el **uso** tiene dos estadios:

- Preparación, acercarse, situarse, poder conectar con el objeto a utilizar.
- Ejecución, realización de la actividad deseada que es el objetivo final de todo el proceso.

Si la persona tiene alguna limitación que la hace "diferente del individuo medio" que sirve de referencia para determinar las necesidades de la población y proyectar los edificios, surgen las dificultades.

El desplazamiento por nuestro entorno genera dificultades de:

- **Maniobra:** Las que limitan la capacidad de acceder a los espacios y moverse dentro de ellos.
- **Cambio de nivel**: Las que se presentan cuando hay que salvar desniveles.

En el uso de los espacios aparecen las dificultades de:

- **Alcance:** Aquellas que tienen su origen en una limitación en las posibilidades de llegar a objetos y percibir sensaciones.
- **Control:** Las que aparecen como consecuencia de la pérdida de capacidad para realizar acciones o movimientos precisos con las extremidades.

Garantizar el desplazamiento por un edificio exige prever itinerarios accesibles que unan los diversos espacios entre sí y con el exterior. **Estos itinerarios deben reunir cuatro criterios funcionales básicos:**

- **Que sean llanos o con pendiente suave.** Ni los escalones ni las rampas pronunciadas son aptas para toda la población; si no pueden ser totalmente llanos, la rampa será muy suave.

- **Lo más cortos posible.** Para evitar recorridos largos a las personas que más dificultades tienen. En caso de que no todos los itinerarios sean accesibles habrá que señalizarlos para evitar errores y recorridos en vano.
- **Que tengan un ámbito de paso libre de obstáculos.** No sólo han de ser suficientemente anchos para que quepan las sillas de ruedas, sino que estarán libres de obstáculos.
- **Que dispongan de elementos de soporte y guía seguros.** Es decir, pavimentos no resbaladizos, pasamanos que sirvan de apoyo, texturas diferenciadas para invidentes, etc.

Existe un mínimo de características comunes que permiten llegar a definir **tres grandes grupos de población con necesidades de accesibilidad parecidas:**

A. Ambulantes.
B. Usuarios de silla de ruedas.
C. Sensoriales.

A. Ambulantes: Aquellos que ejecutan determinados movimientos con dificultad, sea con la ayuda o no de aparatos ortopédicos.

Los principales problemas que afectan a este colectivo son:

Dificultades de desplazamiento

1. Dificultad en salvar pendientes pronunciadas, desniveles aislados y escaleras, tanto por problemas de fuerza como de equilibrio.
2. Dificultad en pasar por espacios estrechos.
3. Dificultad en recorrer trayectos largos sin descansar.
4. Mayor peligro de caídas por resbalones o tropiezos de los pies o los bastones.

Dificultades de uso

1. Dificultad en abrir y cerrar puertas, especialmente si tienen mecanismos de retorno.
2. Dificultad para mantener el equilibrio.
3. Dificultad para sentarse y levantarse.
4. Dificultad para accionar mecanismos que precisen de ambas manos a la vez.

B. **Usuarios/as de silla de ruedas:** Aquellos que precisan de una silla de ruedas para llevar a cabo sus actividades, bien de forma autónoma o con ayuda de terceras personas.

Los principales problemas que encuentran en la utilización del entorno construido son:

Dificultades de desplazamiento

1. Imposibilidad de superar desniveles aislados, escaleras y pendientes pronunciadas.
2. Peligro de volcar (en escaleras, travesaños, etc.).
3. Imposibilidad de pasar por lugares estrechos.
4. Necesidad de espacios amplios para girar, abrir puertas, etc.

Dificultades de uso

1. Limitación de sus posibilidades de alcanzar objetos.
2. Limitación de sus áreas de visión.
3. Dificultades por el obstáculo que representan sus propias piernas.
4. Problemas de compatibilidad entre su silla de ruedas y otros elementos de mobiliario.

C. **Sensoriales:** Aquellos que tienen dificultades de percepción, debido a limitaciones en sus capacidades sensitivas, principalmente las auditivas y las visuales.

Las personas con algún tipo de deficiencia en el **sentido de la vista** encuentran limitada su autonomía en base a:

Dificultades de desplazamiento

1. Problemas para detectar obstáculos (desniveles, elementos salientes, agujeros, etc.).
2. Dificultades para determinar direcciones y para el seguimiento de itinerario.

Dificultades de uso

1. Limitaciones en la obtención de información gráfica (escritos, imágenes gráficas, colores, etc.).
2. Dificultad para localizar objetos plurales (botoneras, tiradores, elementos de mando en general, etc.).

Las personas con algún tipo de deficiencia **auditiva** encuentran limitada su autonomía en base a:

Dificultades de desplazamiento

1. Sensación de aislamiento respecto al entorno.
2. Limitaciones en la captación de señales o advertencias acústicas.

Dificultades de uso

1. Problemas para obtener la información ofrecida mediante señales acústicas (voz, alarmas, timbres, etc.).
2. Limitación de la capacidad de relación e intercambio con las demás personas. Sensación de aislamiento respecto al entorno.

Cabe señalar también que la vivienda es un bien al que todos tenemos derecho y que la presencia de la discapacidad no debería ser un condicionante que limitara la capacidad de elección en el momento de comprarla o alquilarla ni fuera la causa que determinara la necesidad de una mudanza, todo ello sin olvidar que la vivienda es costosa y, por tanto, las medidas que se apliquen con carácter general no deberían elevar innecesariamente los costes finales.

Las características para el diseño y distribución son:

1. Espacios interiores amplios.
2. Eliminación de espacios de distribución.
3. Retirar muebles que obstaculice el paso.
4. Interruptores y enchufes ajustados a la altura.
5. Mobiliario y electrodomésticos accesibles.
6. Iluminación adecuada.
7. Puertas amplias.
8. Suelo antideslizante.

4.2. Uso de materiales domésticos.

La utilización de apoyos o ayudas visuales aumenta la independencia de las personas con dificultad en la comunicación, facilitándoles recibir información para manejarse en situaciones concretas. Igualmente, favorece el proceso comunicativo y la integración social. Además, sirven para prevenir la desorientación en el espacio y en el tiempo; por ejemplo, decorar los espacios comunes con

imágenes propias de la estación del año en la que nos encontramos ayuda a que las personas se sitúen en el presente. Estos materiales pueden ser presentados de muchas formas y en diferentes tamaños y estar reflejados en palabras escritas, pictogramas, dibujos, fotografías, señales, logotipos, etc. Lo normal es que luzcan en forma de gráficos colgados en la pared, escritos en una pizarra o fotocopiados y entregados a cada usuario/a. Los más utilizados en los son:

- Carteles.
- Símbolos.
- Instrucciones.
- Calendarios.
- Tablón de Anuncios.
- Mapas.

Algunos ejemplos de materiales podrían ser:

- Etiquetas con ilustraciones para estructurar el ambiente; por ejemplo, una imagen de un inodoro en la puerta del cuarto de baño junto a las letras WC.
- Horarios de las actividades diarias.
- Calendarios con imágenes y fechas señaladas.
- Carteles con dibujos de las actividades de tiempo libre.

Los apoyos visuales están diseñados para obtener información a través del sentido de la vista y, de este modo, favorecer que los mensajes verbales que se escuchan sean recibidos, procesados y comprendidos con mayor facilidad. En general, estos materiales resultan ser estrategias muy efectivas en el abordaje de las dificultades comunicativas moderadas y severas, ya que su uso ofrece un código lingüístico de apoyo complementario a la información verbal. En particular, son instrumentos que facilitan la normalización para aquellas personas que presentan un diagnóstico de: Autismo, trastornos graves de la conducta, déficit de atención con hiperactividad, deterioro cognitivo, dificultades del aprendizaje, alteraciones del lenguaje, retraso mental, lesiones traumáticas cerebrales y patologías relacionadas.

5. Elaboración de estrategias de intervención psicosocial

5.1. Mantenimiento y entrenamiento de hábitos de autonomía psicosocial en situaciones cotidianas del domicilio.

El fin último de la atención a las personas que presentan algún grado de dependencia es conservar y/o mejorar su autonomía e independencia. Por lo tanto, si una persona es capaz de realizar una actividad concreta o parte de ella por sí misma, conviene que la siga realizando aunque su ejecución no sea del todo satisfactoria, por lo que se le debe ofrecer la instrucción precisa para que la persona la ejecute de manera independiente.

Este trabajo realizado en cuanto a los hábitos y las actividades de la vida diaria, repercute de manera significativa en la vida de las personas en aspectos como mejora del estado funcional en general, aumento de la satisfacción con la vida, mejora de la autopercepción de la salud, aumento de la capacidad física, mejora de la vitalidad, de las relaciones sociales, la salud psicológica (tanto a nivel cognitivo como emocional)...

Consejos generales para afrontar la realización de las AVD:

- Mantener siempre la misma secuencia en la realización de las AVD, así como un mismo horario, y una buena estructuración.
- Mantener un entorno lo más estable posible, seguro, sencillo, facilitador, orientador, adaptado y tranquilo, tanto físico como familiar.
- Adelantarnos a sus necesidades, pero sin sobreprotegerles, y estimular su autonomía.
- Mantener y estimular las capacidades conservadas del individuo.
- Simplificar tempranamente y al máximo las tareas de autocuidado. Todas se descomponen en otras más fáciles que es posible que realicen sin ayuda. Repetir instrucciones en cada paso.
- Realizar actividad física adaptada diariamente o tan frecuente como sea posible.
- Dar tiempos de tranquilidad y relajación.
- Estimulación de aspectos cognitivos de la persona.
- Asesorarse acerca de los hábitos molestos, alteraciones del estado de ánimo, trastornos del comportamiento que acompañan a la enfermedad.

- Estimular el habla y cualquier comunicación con el exterior de una forma adecuada, sencilla y clara.
- Mantener un intercambio social aceptable. Buscar las actividades de ocio y tiempo libre más motivadoras y participativas para el enfermo.
- La seguridad propia y la de los demás es imprescindible y hay que buscarla siempre.
- Normalizar las repercusiones de su conducta. Comprender su estado, su enfermedad. Ser flexibles y pacientes. La discusión aumenta su confusión.

Características del trabajo de mantenimiento de las AVD:

- La clave fundamental está en la motivación de la propia persona, su esfuerzo y colaboración son fundamentales. El auxiliar debe fomentarlas con su actitud reforzando y felicitando los logros y restando importancia a los fracasos, en previsión de la frustración que pueda aparecer.
- El entorno social (familiares y amigos) y el auxiliar domiciliario deben trabajar conjuntamente y en la misma línea.
- Las indicaciones y los trabajos que se realicen deben llevarse a cabo en un ambiente alegre y optimista.
- Se debe intentar cualquier mejora o recuperación, por pequeña que sea, ya que puede ser decisiva en la mejora o mantenimiento de la independencia.
- Es fundamental potenciar las capacidades y habilidades preservadas para poder compensar las parcialmente alteradas.

5.2. Técnicas, procedimientos y estrategias de intervención.

Con las Técnicas, procedimientos y estrategias de intervención ayudamos a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas. Ejemplo: prevenir conductas agresivas, a comunicarse mejor

Se suele distinguir entre:

- **Prevención primaria:** Intervención dirigida a evitar la aparición de problemas (trastornos de ansiedad, trastornos cardiovasculares, etc.). Ejemplo: Promoción de la salud.

- **Prevención secundaria:** Intervención dirigida a identificar los problemas en la fase más temprana posible y a actuar lo más pronto que se pueda sobre los mismos para que no se agraven.
- **Prevención terciaria:** Intervención dirigida a prevenir recaídas en un problema ya tratado o a evitar complicaciones posteriores de problemas crónicos o mejorar la calidad de vida de las personas que los padecen. La prevención terciaria incluye el concepto clásico de rehabilitación.

La intervención puede llevarse a cabo a distintos niveles: individual, familiar, grupos y comunidades. Nosotros el que trabajamos es el individual y familiar.

- **El nivel individual:** Es uno de los más frecuentes, si no el que más. Casi siempre trabajamos con un solo usuario/a en el domicilio para ayudarle a reducir un trastorno, reducir comportamientos de riesgo, adquirir o potenciar hábitos saludables, afrontar una enfermedad crónica, fomentar su autonomía, orientarlo, darle apoyo.
- **El nivel familiar:** Cuando hay problemas entre el usuario/a y algún familiar que habita con él. Ayudamos a eliminar comportamientos de riesgo.
- **El nivel grupal:** Cuando hay varias personas que presentan problemas similares, la psicoterapia de grupo es una forma especial de terapia en la cual un grupo pequeño se reúne, guiado por un psicoterapeuta profesional para ayudarle. Por ejemplo familiares cuidadores de personas dependientes acuden a Terapia de Grupo para afrontar el estrés, manejar estrategias para afrontar el cuidado.
- **El nivel comunitario:** Mientras que en las intervenciones individuales o en grupo se ayuda a una o unas pocas personas, en las intervenciones en la comunidad se trata de modificar el medio en el que viven las personas con la finalidad de ayudar a muchas personas a prevenir o resolver problemas o adquirir nuevas capacidades. Hay dos formas básicas de modificar el medio físico y social: introducir cambios en instituciones y programas existentes (hospitales, escuelas, centros de salud mental, prisiones) o crear nuevos servicios y programas (pisos protegidos, grupos de autoayuda para padres que maltratan a sus hijos, programas de prevención del infarto, redes de apoyo social para personas mayores o solas).

5.3. Técnicas de resolución de conflictos.

Ante un conflicto, una alteración de conducta determinada, es necesario actuar de la manera menos agresiva para la persona dependiente y del modo más adecuado para ella y el/la auxiliar. A veces

será suficiente la negociación, pero otras este último deberá poner en práctica estrategias más elaboradas de modificación de comportamiento o pensamiento. Estas dependerán del tipo de dependencia que posea la persona.

1. **Estrategias de negociación:** El objetivo de la negociación no es salir ganador ni llegar a un pacto equilibrado, sino conseguir un acuerdo que beneficie a ambas partes. Para lograrlo será necesario:

- Utilizar habilidades de comunicación, de autocontrol y de manejo de conflictos.
- Ser observador intentando comprender los puntos de vista del otro y no interpretar equivocadamente.
- Mantener el equilibrio entre la razón y las emociones.
- Crear un clima de empatía.
- No coaccionar
- Realizar la negociación en un ambiente cómodo.

2. **Habilidades para el manejo de conflictos o situaciones difíciles:**

Ante un conflicto de intereses o situación incómoda, se debe intentar resolver el problema. Se trata de buscar la manera de lograr los propios objetivos teniendo en cuenta los de la otra persona, evitando caer en actitudes como ignorar el conflicto, buscar sólo los propios objetivos, evitar la discusión o no enfrentarse a él...

Para pedir un cambio de comportamiento a la persona dependiente conviene tener en cuenta:

- Describir el problema de forma concreta, sin juzgarlo, ni interpretarlo, ni ser acusador...
- Explicar cuáles son las consecuencias de esa conducta y plantear el problema en términos objetivos.
- Empatizar, anticipando las pegas, dificultades... ("entiendo que si lo realizas tú tardas más tiempo...").
- Asumir la propia responsabilidad si la hay ("quizá no te he comentado la importancia que tiene el que realices la actividad por ti mismo"...)
- Pedir alternativas de cambio y/o proporcionarlas. Deben ser alcanzables y con un plazo de tiempo determinado para lograrlas.

- Reforzar la escucha y la disposición al cambio (“te agradezco que vayas a intentarlo”).

5.4. Procedimientos y estrategias de modificación de conducta.

Las alteraciones de conducta son propias de determinadas enfermedades, **especialmente las neurodegenerativas** (por ejemplo, las demencias). La persona enferma no se comporta así de modo intencionado, por “fastidiar”, sino como consecuencia de la propia enfermedad, de cambios ambientales o incluso de nuestro propio comportamiento. Algunas alteraciones de las más frecuentes son:

- Ideas paranoicas.
- Alucinaciones.
- Trastornos de la actividad.
- Agresiones verbales o físicas.
- Trastornos del ritmo diurno.
- Trastornos afectivos.
- Ansiedad y fobias.

Tanto para la familia como para el auxiliar de ayuda a domicilio lo más angustioso suele ser:

- Amenazas de dañar a otro.
- Ideas de Suicidio.
- Tristeza/depresión.
- Falta de esperanza.
- Pensamientos de muerte.
- Comportamiento peligroso.
- Discusiones y enfrentamientos.

Las anteriores alteraciones del comportamiento producen sobre la familia:

- Desestructuración familiar.
- Altos niveles de agotamiento psicosocial.

La modificación de conducta se basa en la teoría del aprendizaje conductista. Lograr el cambio de un comportamiento supone en primer lugar identificar y analizar la conducta no deseada, para

aprender a responder de un modo más adaptativo y adecuado a los deseos de la persona dependiente. **Los procedimientos y estrategias que se emplean para reducir o eliminar una conducta son:**

- **Extinción:** Consiste en la eliminación de las consecuencias que están manteniendo un comportamiento hasta que llegue a desaparecer. Es la estrategia más poderosa.
- **Tiempo fuera:** Se trata de privar temporalmente a la persona de aquello que le refuerza la conducta.
- **Retirada de atención:** Consiste en suspender totalmente la interacción una vez aparecida la conducta no deseada que se quiere modificar hasta que ésta desaparece.
- **Sobrecorrección:** Se trata de hacer repetir una conducta a la persona tantas veces como sea necesario hasta conseguir la conducta deseada.

Como debemos actuar ante las alteraciones de conducta de las demencias:

- Conserve siempre la calma.
- Ten paciencia.
- Organiza su vida rutinariamente.
- No le obligues ni le fuerces nunca.
- Nunca se entrará en discusión con la persona en pleno delirio o agitación. Si es así tenemos que esperar a que esté más tranquilo.
- Conservemos la calma ya que enfadarnos no sirve para nada y él no es culpable de lo que hace, simplemente reacciona así debido a la enfermedad.
- Intentemos buscar la causa que ha provocado esa reacción ya que si la encontramos evitaremos que se repita.
- Cada persona se puede comportar de una manera diferente ante una misma situación por lo que un enfermo puede tener un comportamiento que nunca va a darse en otro.
- Debido a la pérdida de memoria inmediata el usuario/a puede dejar cualquier objeto (incluso los más queridos) en cualquier sitio y luego decir que se lo has robado porque no recuerda donde los ha dejado, como además no tiene conciencia de la enfermedad pues la desconfianza es mayor, ante tal circunstancia no te enfades, ten en cuenta que puede haber dejado el objeto más inverosímil; dentro de un zapato, en el horno...

- Puede ser que de golpe el usuario/a comience a gritar, no te asustes, posiblemente tenga miedo ante algo que no sabe decir ni comprender.
- No niegues la alucinación de un usuario/a con demencia ni intentes convencerle de lo contrario ya que lo que ve escucha o siente para él es real y si insistes en la irrealidad de su alucinación puede provocarle una reacción catastrófica.
- Cuando están intranquilos o nerviosos puede ser porque no encuentran algún papel, es bueno utilizar una pregunta asertiva por ejemplo diciéndole: ¿me acompañas a un recado? de esta manera distraes su atención hacia otra actividad sin darse cuenta de lo que has hecho (modificación de conducta).
- Puedes encontrarte que el usuario/a ser desabrocha el pantalón o se sube la falda (las mujeres) y orinan en el sitio que sea cuando tiene ganas, sin importarles nada ni el lugar ni las demás personas que hay a nuestro alrededor, o incluso puede darse el caso del enfermo que comienza a masturbarse. Debido a la enfermedad no es capaz de percibir donde se encuentra o ante quien por ello hay que reaccionar con naturalidad para no crear un fuerte impacto en ellos e intentar distraerlo por ejemplo dándole una fotografía, una fruta, etc.
- En ocasiones los enfermos con demencia se vuelven agresivos, lloran o se niegan a hacerlo cuando tienen que tomar la medicación porque debido a la enfermedad que padece no son capaces de comprenderlo. Por ello podemos evitar en la medida de lo posible los ruidos de fondo como puede ser a la hora de comer y se puede triturar los fármacos con el machacador o el mortero y disolverlo.

5.5. Intervención de acompañamiento y apoyo en la relación social, en la resolución de gestiones y en el entorno familiar.

El apoyo en la relación social persigue los siguientes objetivos:

- Incrementar el nivel de habilidades y capacidades adaptativas (funcionales) de la persona.
- Favorecer el desarrollo personal, social y emocional.
- Reforzar la autoestima y el sentimiento de utilidad de la persona.

Las tareas del auxiliar en este ámbito deben ser de tipo formativo y educativo, para facilitar y posibilitar a la persona en situación de dependencia las interrelaciones con su entorno social. Lo realizará a través de distintos recursos de apoyo (personales, tecnológicos,...), y funciones (seguridad, planificación económica, ayuda en el hogar, acceso a otros recursos, apoyo sanitario...).

El servicio de acompañamiento consiste en atender a la persona de forma integral, centrándose es sus potencialidades y apoyarla para que pueda desarrollarse por sí misma, o participar en la medida de lo posible en las AVD Básicas e Instrumentales, en las actividades de comunicación y en la relación social.

Las intervenciones que va a desarrollar el profesional desde el acompañamiento para mejorar el desarrollo de hábitos de autonomía física deberán respetar los tiempos que necesite para realizar las AVD y la prestación de productos de apoyo para facilitar la autonomía.

Así el técnico de apoyo a domicilio:

- Realizará apoyo a las tareas de higiene sólo cuando sea preciso, sí supervisará y ayudará en aquello que se precise, siempre respetando los ritmos de la persona.
- Acompañará en la alimentación proporcionando los apoyos necesarios.
- En las transferencias, movilizaciones y cambios posturales informará siempre al usuario de los movimientos que se vayan a hacer, siendo importante contar con su colaboración.
- En la movilidad asesorará de los productos de apoyo más adecuados.
- Indicará al usuario/a las adaptaciones domiciliarias más adecuadas a sus características.
- Dará el apoyo físico necesario para que la persona con dependencia pueda desarrollar de la forma más autónoma posible sus actividades de relación social y resolución de gestiones personales y familiares. Por ejemplo le acompañará a trasladarse al Banco para que actualice su cartilla, o hasta el Centro de Mayores para que se reúna con sus amigos.
- Muchos usuarios prefieren que les hagan las tareas, bien porque les cuesta un gran esfuerzo o porque se sienten sin fuerzas, pero es el auxiliar quien tiene que ayudar a modificar esas situaciones y hacer ver al usuario/a que él es el responsable de su proyecto vital. Tenemos que ver a estas personas desde sus capacidades y no desde sus limitaciones como tantas veces lo hacemos.

5.6. Disposición para la atención integral a las personas.

La atención integral es aquella que se logra cuando, a la hora de planificar servicios o programas dirigidos a personas con necesidades de apoyo, se contemplan de manera holística todos los ámbitos que nos constituyen como personas y las necesidades anejas a los mismos: los relacionados con el cuerpo (biomédicos), los que tiene que ver con nuestro funcionamiento psicológico (aspectos cognitivos, comportamentales y de personalidad) los que afectan al campo social (rol que

ocupamos en la sociedad en cada etapa de la vida, participación) y los que atañen al entorno medioambiental en el que nos desenvolvemos (nuestra vivienda, nuestro barrio, el transporte).

La integralidad requiere, pues de una planificación y gestión que abarque y coordine la diversidad de servicios e intervenciones que se precisen desde los diferentes sectores, recursos y niveles de atención.

La OMS entiende la atención integral como la que "reúne inversiones, prestación, gestión y organización de servicios de diagnosis, tratamiento, cuidado, rehabilitación y promoción de la salud. Es un modo de mejorar los servicios en relación al acceso, calidad, satisfacción y eficiencia".

La atención integral abarca, mucho más de lo que es el ámbito de lo sociosanitario. Sin embargo, no cabe duda de que consolidar avances en éste tiene una importancia crucial para mejorar la atención que precisan buena parte de las personas que tienen una o varias enfermedades crónicas, muchas de las cuales presentan, además, una situación de dependencia.

En el libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España, se recoge la definición de **coordinación sociosanitaria** "es el conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia.

La atención integral requiere de actuaciones coordinadas desde distintos ámbitos, pero en el caso de su aplicación en la atención domiciliaria y especialmente cuando se atiende a personas que requieren, el mismo tiempo atención sanitaria y social, la cooperación desde los servicios sociales (mediante el SAD) y de los de salud (equipos de atención primaria) resulta imprescindible.

Siguiendo esta conceptualización, en los procesos de planificación además de prever la prestación del correspondiente servicio de atención a domicilio personalizado y en coordinación sociosanitaria cuando se requiera, deben contemplarse otros, desde el enfoque de la integralidad entre los que destacan:

- Servicios de proximidad al domicilio: Peluquería, Podología, fisioterapia, transporte.
- Teleasistencia.
- Accesibilidad en la vivienda y entorno.
- Programas y servicios a las familias.

5.7. Procedimientos y estrategias de modificación de conducta. Preferencia por las técnicas de humanización de la ayuda.

¿Que es «HUMANIZAR» los cuidados? Se trata de no reducir el enfermo a su enfermedad, sino de considerarlo como una persona que tiene sus preferencias, sus expectativas, su historia, una vida, una persona con la que se puede intercambiar. Es tener la costumbre de no ponerse como objetivo «la próstata de la 15», sino aquella persona que hay que llamar por su nombre y hablar con ella. La humanización real de los cuidados se juzga por la calidad de las relaciones entre las personas que cuidan y las que son cuidadas... y esta calidad de relación no se decide por un Ministerio o por una circular administrativa, sino por la buena voluntad de los actores (auxiliares de ayuda a domicilio, trabajadores sociales, psicólogos enfermeros, médicos).

El hablar de humanización implica:

- Atención personalizada, individualizada.
- No trabajar mecánicamente, es decir, sin olvidar que el enfermo es una persona con dignidad.
- No ser demasiado paternalista.
- Tratar al enfermo como nos gustaría ser tratados: con dignidad.
- Comprender y ayudar.
- Tener empatía, sentir con el otro.
- Proporcionar cuidados en las necesidades.
- Evitar las desigualdades.
- Hacer sentirse a una persona como tal, como una persona humana en todos sus ámbitos, a través de la autoestima, confianza, cariño, amistad, seguridad…
- Forma de relación interpersonal que quisiéramos que utilizasen con nosotros en el caso de ser enfermos. Es decir, ser conscientes que antes que enfermo se es persona viva, que posee los mismos sentimientos que una persona sana (incluso más).
- Tratar al enfermo con los valores que nos gustaría que nos tratasen a nosotros, es decir, con cariño, educación, sensibilidad…
- Una atención humanizada es aquella que unifica la técnica con el apoyo empático a nivel psíquico y a nivel de sentimientos con el enfermo.
- La humanización es conocer y respetar la dignidad de uno mismo para poder entender las necesidades y limitaciones de los demás, conocer sus ideas y sus fines para poder proporcionarle los medios necesarios para conseguirlos.

- Tratar a la persona como una persona: por su nombre, no por su patología. Administrar técnicas teniendo en cuenta a la persona. Respetar su intimidad, su historia personal, sus decisiones, su entorno familiar.
- Humanización consiste en proporcionar cuidados a la persona de manera: solidaria, digna, con respeto, empatía, teniendo en cuenta sus decisiones y sus valores.
- La hospitalidad es el paradigma de la humanización.
- La humanización resulta ser un factor constitutivo de la calidad.

¿Por qué hablar de humanización y deshumanización? ¿Por qué se habla tanto de la humanización en la actualidad?, ¿por qué se habla tanto de la necesidad de humanizar el mundo de la salud y de la enfermedad?

Si constatamos la necesidad urgente de humanizar nuestra sanidad, nuestras relaciones interpersonales, es sin duda alguna porque vivimos la carencia o ausencia de un trato amable y benigno. Para constatar esta carencia nos basta con escuchar y observar las quejas tanto de los enfermos como de los agentes de la salud:

- "Soy un simple número de habitación".
- "Soy solo una enfermedad".
- "Lo único que les interesa es mi enfermedad, no yo".
- "No tenemos tiempo".
- "Con todo lo que tenemos que hacer no podemos atender de otra forma".

El avance sumamente científico y tecnológico del que estamos siendo testigos actualmente, y que está formando lo que llamamos medicina de vanguardia está descuidando y olvidando el aspecto psicosocial y emotivo-afectivo, deshumanizando, en consecuencia, la asistencia.

Factores que deshumanizan en el ámbito sociosanitario:

- La burocracia excesiva.
- Deficiencias de la estructura
- Masificación de la asistencia.
- Incremento excesivo de las cargas de trabajo.
- Falta de recursos materiales.

- Poca coordinación entre los departamentos.

Para ejercer la tarea sociosanitaria desde la **humanización** hacen falta también unos **valores fundamentales** y sin los cuales difícilmente se podrá llegar a la humanización de la profesión. Estos son:

- La vocación o atracción por una profesión, actividad o forma de vida.
- La formación.
- Motivación.
- Calidad humana.

UNIDAD FORMATIVA 2 Denominación: APOYO A LAS GESTIONES COTIDIANAS DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES Código: UF0123

1. Elaboración de estrategias de intervención en autonomía personal.

1.1. Mantenimiento y entrenamiento de hábitos de autonomía física en situaciones cotidianas del domicilio.

El profesional de ayuda a domicilio deberá intervenir para mantener y entrenar los hábitos de autonomía física en las situaciones cotidianas en cuatro fases diferentes:

1. **Planificar la intervención:** Para ello deberá observar al usuario/a para conocer sus capacidades residuales (las que aún conserva), después establecerá un plan realista (evitar exigencias elevadas, ya que pueden ser frustrantes para la persona con dependencia). Determinará los objetivos que quiere conseguir (qué quiere mantener o entrenar) y cómo va a evaluar la intervención.
2. **Prepararse para la intervención:** Deberemos crear un clima de confianza para que el usuario/a se sienta motivado, y deberemos explicarle la importancia de entrenar los hábitos de autonomía para su propio bienestar.
3. **Entrenar los hábitos, de autonomía física**: Para ello aportaremos los productos de apoyo necesarios para realizar la acción. Deberemos asesorar al usuario/a, proporcionarle oportunidades para que pueda poner en práctica esos hábitos dejándole el tiempo necesario. Aprovecharemos las situaciones cotidianas para entrenar los hábitos.
4. **Realizar el Seguimiento y la Evaluación**: Cada cierto tiempo comprobaremos los avances conseguidos, nos plantearemos si es oportuno introducir cambios en el plan o qué intervenciones vamos a mantener.

1.2. Condiciones del domicilio.

El bienestar "ambiental", o con el entorno vital de la persona, está fuertemente relacionado con la satisfacción con el hogar; así como con el vecindario y el nivel de integración o conexión con el entorno residencial. El papel del hogar en la calidad de vida es mayor para los colectivos con mayores limitaciones físicas o de otro tipo. La situación de las viviendas del colectivo de tercera edad en España es, no obstante, bastante inadecuada para sus necesidades. Una encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (Cruz y Cobo, 1990) recogía el resultado de que prácticamente la mitad de la población anciana reconocía que su vivienda necesitaría algún tipo de reparación, siendo para el 13% de los encuestados reparaciones importantes.

Muchas personas mayores afrontan una creciente dependencia, empeoramiento de salud y aislamiento social como resultado de la inadecuación de sus viviendas.

De forma amplia consideramos que el ámbito de trabajo relevante para determinar las condiciones de autonomía personal en el hogar comprende tanto las intervenciones de adaptación y mejora del hogar, como la incorporación de tecnologías (ayudas técnicas) para facilitar las AVD en el hogar, y la supresión de barreras en el edificio en que se sitúa la vivienda.

El hogar, la vivienda propia, no es sólo un edificio o un espacio edificado; es un ámbito en el que se proyectan emociones, apoyos, identidad. Necesitamos personalizar nuestro espacio, salvaguardar nuestra intimidad y mantener un reducto de libertad y autonomía. Por ello la vivienda ha de responder en la mayor medida posible a nuestras necesidades, pero sin convertir su transformación o adaptación en un mero ejercicio de fría funcionalidad.

El Plan Gerontológico de 1992 recoge una serie de objetivos entre los que se encuentra "**Propiciar la permanencia de las personas mayores es su entorno fomentando la convivencia solidaria, la autonomía y la ayuda mutua"**. Para ello se contemplaba el **establecimiento de programas de viviendas tuteladas y de viviendas compartidas, además de la generalización y cualificación del servicio de ayuda a domicilio.** Por otro lado, dentro de las **Prestaciones Sociales a desarrollar se incluía "Desarrollar y generalizar prestaciones económicas individuales no periódicas"** para lo que se proponía regular mediante las correspondientes normas, los requisitos y el procedimiento de **acceso a prestaciones económicas individuales tales como reparaciones y adaptaciones a la vivienda y ayudas técnicas.** A día de hoy existe una importante variedad de ayudas públicas destinadas a la supresión de barreras y mejora funcional de las viviendas. Podemos distinguir dos ámbitos a los que se pueden dirigir **ayudas específicas: el espacio común o colectivo de los edificios de viviendas y el espacio interior privativo.** En el primer caso hablamos

de ayudas para la supresión de barreras, en el segundo de ayudas para la adaptación funcional de la vivienda. Estas ayudas son consecuencia, en gran medida, del surgimiento de necesidades cada vez mayores a las que progresivamente ha habido que ofrecer respuestas; necesidades de personas mayores y con discapacidad de escasos recursos económicos que residen en viviendas y edificios inadecuados para su edad y estado físico.

Los problemas más habituales que encuentran en las viviendas:

- **Accesibilidad a la vivienda:** Falta de ascensor, espacios estrechos con dificultades de maniobra, rampas muy inclinadas.
- **Cuarto de baño:** Acceso a bañera e inodoro, falta de sitio de maniobra, puertas estrechas o problema de acceso en silla de ruedas.

También es importante analizar el tema desde el punto de vista de la tarea que realizan las auxiliares de ayuda a domicilio. **Los espacios en que se ha considerado que las barreras más dificultan su actividad son:**

- Dificultad de transferencia a aseo o bañeras por espacios pequeños.
- Dificultades para mover a la persona, levantarla de la cama, asearla.
- Falta de ascensores o pequeñez de estos.
- Falta de barras de apoyo.

Condiciones que debe reunir el domicilio:

- **Seguridad:** Debe estar en unas condiciones que no pongan en riesgo la salud de la persona.
- **Accesibilidad:** Se deben procurar las máximas condiciones de accesibilidad, adecuadas a las características de la persona.
- **Confortabilidad:** El hogar debe de ser acogedor, cómodo, respetando los gustos personales.
- **Estimulación:** Debe permitir ver el sol, escuchar sonidos del exterior, favorecer la orientación, la identificación de las estancias, así como la decoración debe favorecer la orientación personal (quién soy, quienes son mi familia, mis amigos...).
- **Ruido:** Por encima de los 70dB puede causar daños fisiológicos, además pueden aparecer barreras en la comunicación. El doble acristalamiento puede ayudar a disminuir los ruidos.
- **Iluminación:** Puede ser natural, artificial o mixta, Es importante aprovechar la luz natural, pero dependiendo de las tareas a realizar nos apoyaremos de luz artificial. En la cocina,

baños y pasillo necesitaremos una buena iluminación, mientras que en la sala de estar una luz cálida y menos potente será suficiente.

- **Temperatura:** Un exceso de frío dificulta las destrezas manuales, genera malestar y aislamiento; mientras que un exceso de calor provoca rápidamente el agotamiento, disminuye el deseo de interactuar con otras personas. Debemos de procurar una temperatura constante en todas las habitaciones (sobre todo en aquellas que el usuario/a pasa más tiempo).
- **Ventilación y humedad:** Es importante mantener un grado apropiado de humedad y ventilación para evitar malestar que influya de forma negativa en las relaciones.

1.3. Distribución, actualización y señalización de espacios, mobiliario y enseres domésticos.

Una distribución adecuada de los espacios, los muebles y enseres, será aquella que se adapte a las características funcionales y físicas de las personas que viven en ella. Es muy probable que el domicilio no esté adaptado a las nuevas necesidades (situaciones de dependencia), por lo que habrá que actualizar los espacios.

Acceso al domicilio: En el caso de que la persona necesite utilizar silla de ruedas y que haya que salvar uno o dos escalones, deberá actualizarse con rampas, si no es posible se optará por rampas portátiles ligeras, que puedan colocarse y retirarse después de utilizarse.

En el interior del domicilio:

- Las alfombras tienen que evitarse o fijarse al suelo con cinta adhesiva para evitar tropiezos y resbalones.
- Suelo antideslizante y sin irregularidades.
- Pasillos iluminados, despejados y evitando dejar objetos para minimizar tropiezos. Se puede colocar barandilla para que la persona pueda caminar.
- Sistemas de protección en las ventanas.
- Muebles y estanterías estables o fijadas en la pared.
- Cierres de seguridad en armarios, cajones.
- Esquinas de los muebles redondeadas.
- Puertas con manivela no pomos giratorios.

- Detectores de humos y gas.
- Sistemas de comunicación con el exterior accesibles (tfno, interfono).
- En las viviendas con más de una planta, procuraremos ubicar a la persona con dependencia en la planta baja, si no fuera posible colocaremos una plataforma elevadora para que pueda desplazarse entre una y otra planta.

En el salón:

- Bordes de muebles redondeados (para evitar que se haga daño en caso de golpes).
- Muebles bien fijados, de limpieza sencilla.
- Preferible que las mesas no sean de cristal (para evitar cortes en caso de rotura).
- Sillas cómodas y de altura adecuada para que pueda levantarse y sentarse con seguridad. Sofás ni demasiado bajos, ni demasiado altos, con reposabrazos (apoyo para incorporarse).
- Dejar un espacio libre de 90 cm y 1,50 m para giros en caso de silla de ruedas.

En el dormitorio:

- Cama con acceso por ambos lados, altura adecuada (entre 35 y 40 cm para usuarios con movilidad y hasta 80cm para personas con dependencia física).
- Colchón de látex que se adapte al cuerpo.
- Somier de láminas de madera.
- Cama articulada para quienes deben permanecer mucho tiempo en ella.
- Barandillas (evitar caídas) o estribos para facilitar cambios posturales.
- El cabecero y piecero pueden ser de ayuda para acostarse y levantarse.
- Piloto de luz, para facilitar la orientación por la noche, indicar el camino al baño también resulta de ayuda.
- Mesilla estable, sin ruedas.
- Lámparas fijadas en la pared.
- Anchura mínima para paso de silla de ruedas 90cm y 150 cm para giros.
- Esquinas y bordes de muebles redondeados.

En el baño:

- Suelo antideslizante.
- Apertura de puerta hacia fuera para ganar espacio.
- Sanitarios con asideros de apoyo para facilitar el acceso a ducha e inodoro.
- Acceso al lavabo libre (sin pie ni mueble para permitir el acceso desde silla de ruedas).
- Espejo abatible.
- Altura más adecuada del inodoro en 45 cm para facilitar la transferencia de silla a WC.
- Ducha preferible a bañera, sin plato para acceso con silla, suelo antideslizante.

En la cocina:

- Altura de muebles adecuada a la persona.
- Disposición de la vajilla, utensilios y alimentos donde sea fácil el acceso, cerca de la zona donde se va a utilizar.
- Encimeras lisas, con color en contraste para poder localizar con facilidad los objetos, superficies despejadas para facilitar el trabajo.
- Iluminación adecuada y reforzada en zonas de trabajo.
- Grifos monomando.
- Vajilla y vasos no deben ser transparentes (las personas con déficit visual no los perciben). Mejor de plástico duro o material irrompible.
- Suelo antideslizante
- La cocina de inducción es la más segura porque mantiene fría la superficie. Las de gas son menos recomendables por riesgo de asfixia o de explosión.
- Horno eléctrico preferible al de gas.
- Productos de limpieza siempre deben guardarse en envase original para poder identificarlos con facilidad, guardado bajo llave si existiera riesgo de ser ingeridos

Señales para facilitar la orientación en el domicilio

Podemos utilizar 3 tipos de señales para facilitar la orientación en el domicilio:

Visuales: Para personas con déficit auditivo, cognitivo o déficit visual parcial.

- Señales luminosas que indiquen el camino desde el dormitorio hasta el baño.
- Carteles que señalicen las diferentes estancias, y nombres en los enseres.
- Dispositivos que se iluminen cuando suene el teléfono, el timbre, un escape de gas o humo...

Auditivas: Para personas con déficit visual.

- El sonido del microondas cuando ha finalizado su tiempo programado.
- El dispositivo de aviso de puerta abierta del frigorífico.
- Alarmas sonoras en caso de escape de gas o humo.

Táctiles: Para personas con déficit visual.

- Carteles en Braille representando las estancias y enseres.
- Carteles en Braille para los programas de lavado del lavavajillas, lavadora, horno...
- Franjas fijadas en el suelo antes de los escalones.
- Pavimentos de diferentes texturas.

El auxiliar de ayuda a domicilio podrá identificar los aspectos que dificultan la realización de forma autónoma de las AVD y aconsejar sobre la distribución, actualización y señalización necesarias para facilitar la autonomía del usuario/a.

1.4. Intervención de acompañamiento y apoyo en la relación social, en la resolución de gestiones y en el entorno familiar.

Este punto se ha desarrollado en la Unidad Formativa 1 de este Modulo en el punto 5.5.

1.5. Recursos comunitarios.

El auxiliar de ayuda a domicilio debe conocer los distintos recursos existentes en la comunidad para favorecer la plena integración social de la persona dependiente a la que presta sus servicios, así como para satisfacer sus necesidades con vivenciales, de ocio, asistenciales y ocupacionales. Los recursos comunitarios pueden ser públicos (promovidos por las administraciones públicas: ayuntamientos, Diputaciones...) o privados (asociaciones sin ánimo de lucro o entidades privadas).

A) Recursos Estatales

1. Centros Estatales de Promoción de la Autonomía Personal

Son centros de ámbito estatal que prestan un conjunto de servicios recuperadores de contenido médico-funcional, psicosocial y de orientación y formación profesional y ocupacional, en régimen de internado, media pensión o ambulatorio, dirigidos a personas con discapacidad física o sensorial en edad laboral

Requisitos:

- Tener grado de discapacidad reconocido.
- No padecer enfermedad infecto-contagiosa ni necesitar atención de forma continuada en instituciones sanitarias.
- No padecer trastornos mentales graves que puedan alterar la convivencia.
- Tener cumplidos 16 años. Excepcionalmente serán admitidos mayores de 14 años, si su proceso formativo y necesidades personales así lo requieren.

Solicitud:

Se presentarán en las Direcciones Territoriales del IMSERSO, Centros del IMSERSO u Órganos competentes de las Comunidades Autónomas que hayan asumido las transferencias del IMSERSO en materia de Servicios Sociales.

2. Centros Estatales de Atención a Personas con Dependencia

Son centros de ámbito estatal destinados a la atención integral, en régimen de internado y media pensión de aquellas personas con discapacidad física que, careciendo de posibilidades razonables de recuperación profesional a consecuencia de la gravedad de su discapacidad, encuentran serias dificultades para conseguir la integración laboral y para ser atendidos en sus necesidades básicas de las actividades de la vida diaria en régimen familiar o domiciliario.

Requisitos:

- Tener grado de discapacidad reconocido.
- No padecer enfermedad infecto-contagiosa ni necesitar atención de forma continuada en instituciones sanitarias.
- No padecer trastornos mentales graves que puedan alterar la convivencia.
- Alcanzar la puntuación mínima exigida para el ingreso.

- Ser beneficiario del sistema de la Seguridad Social o tener derecho a las prestaciones del mismo.
- Contar con edad superior a los 16 años para plazas de internado.
- Estar afectados por una discapacidad física a consecuencia de la cual precisen atención de otra persona para los actos esenciales de la vida diaria.
- Carecer de posibilidades razonables de rehabilitación y recuperación profesional.
- Encontrar graves dificultades para ser atendido en régimen familiar o domiciliario.

Solicitud:

Se presentarán en las Direcciones Territoriales del IMSERSO, Centros del IMSERSO u Órganos competentes de las Comunidades Autónomas que hayan asumido las transferencias del IMSERSO en materia de Servicios Sociales.

3. **Centros de Referencia Estatal (CRE)**

Son centros que garantizan el equilibrio interterritorial de acceso a las prestaciones básicas en todos los territorios del Estado y ofrecen a las personas afectadas y a sus familias los siguientes servicios:

- Asistencia personal de salud, manutención y alojamiento en régimen de internado o atención diurna.
- Rehabilitación médico-funcional, entrenamiento de la autonomía personal y rehabilitación psicosocial.
- Apoyo familiar en la readaptación al entorno comunitario y de inserción social.

Requisitos:

- Ser persona mayor o persona en situación de dependencia o familiar de éstos, que por su situación o características precisen de atención especializada.
- También serán beneficiarios las instituciones, asociaciones profesionales y empresas que trabajen en el sector, universidades y centros de investigación y docencia, y las organizaciones de acreditación y evaluación.

Solicitud:

Se presentarán en las Direcciones Territoriales del IMSERSO, Centros del IMSERSO u órganos competentes de las Comunidades Autónomas que hayan asumido las transferencias del IMSERSO en materia de Servicios Sociales.

4. **Programas de Vacaciones y Termalismo para mayores del IMSERSO**

El Programa de Vacaciones es un programa social de la Administración del Estado, dirigido a personas mayores, a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, para facilitar la incorporación de este colectivo a las corrientes turísticas, y paliar las consecuencias que en materia de empleo produce el fenómeno de la estacionalidad en el sector turístico. El Programa de Termalismo es un programa social dirigido a personas mayores que proporciona, a través del IMSERSO, tratamientos termales por prescripción facultativa para pensionistas.

Requisitos para el Programa de Vacaciones:

- Tener como mínimo 65 años cumplidos.
- Ser pensionista de jubilación del Sistema Público de Pensiones.
- Ser pensionista de viudedad del Sistema Público de Pensiones, de edad igual o superior a 55 años. • Ser otro tipo de pensionista del Sistema Público de Pensiones, o prejubilado con 60 años cumplidos.
- Valerse por sí mismo y no padecer alteraciones de comportamiento que impidan la normal convivencia.
- Se considerarán beneficiarios, en calidad de acompañantes, los cónyuges de los solicitantes aunque no reúnan el requisito de la edad y pensión. Se admitirá como acompañante al hijo con discapacidad, con un grado igual o superior al 45% si viaja con sus padres y ocupa cama supletoria en la misma habitación.

Las solicitudes podrán presentarse en:

- Internet, cumplimentando la solicitud vía Web.
- En los Ayuntamientos que tengan suscrito convenio.
- En los centros de servicios sociales u oficinas donde se recoge la solicitud.
- En el apartado de correos 10.140 (28080 Madrid).

- Conforme a lo establecido en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Requisitos para el Programa de Termalismo:

- Ser pensionista de jubilación o invalidez del Sistema de la Seguridad Social, o por concepto de viudedad o de otras pensiones, cuando el beneficiario haya cumplido 60 años.
- Ser español, residente en el exterior que perciba una pensión pública, con más de 60 años que cumpla el resto de los requisitos.
- Valerse por sí mismo y no padecer trastornos mentales que alteren la convivencia, ni enfermedad infecto-contagiosa.
- Precisar el tratamiento termal y carecer de contraindicación médica para recibirlo.
- Obtener la puntuación requerida. El beneficiario podrá ir acompañado de su cónyuge o asimilado al que no se le exigirá el requisito de ser pensionista de la Seguridad Social.

Solicitud para el Programa de Termalismo:

En la convocatoria anual que publica el IMSERSO se establece el lugar y plazo de presentación de solicitudes. Si en la pasada temporada se solicitó plaza en el IMSERSO, no es necesario cumplimentar nueva solicitud, el IMSERSO remite un modelo simplificado de renovación. Si se accede por primera vez al programa o se reanuda la participación tras un periodo de inactividad, se debe formular solicitud.

Las solicitudes se pueden presentar en:

- Los Centros de Mayores y Direcciones Territoriales del IMSERSO.
- Los Órganos que designen las Comunidades Autónomas.
- Los Servicios Centrales del IMSERSO.

B. Recurso Autonómico (Andalucía)

1. **Servicio Andaluz de Teleasistencia**

Sistema de atención personalizada basado en las nuevas tecnologías de la comunicación que permite a sus usuarios mantener el contacto verbal a través de la línea telefónica durante veinticuatro horas todos los días del año, con un centro receptor atendido por personal específicamente cualificado para ello.

Requisitos:

- Ser titular de la Tarjeta Andalucía-Junta sesenta cinco, o persona con discapacidad con grado igual o superior al 65% y edad entre los 16 y 65 años, que posean las condiciones psicofísicas suficientes para la adecuada utilización del servicio. En el caso de que el beneficiario estuviera afectado por la enfermedad de Alzheimer o por otras demencias relacionadas con la edad, la posibilidad de uso vendrá referida a la persona que asuma su cuidado.
- Empadronamiento en cualquier municipio de Andalucía.
- Disponer de línea telefónica.
- Personas en situación de dependencia. El servicio es asignado a través de su Programa Individual de Atención.

Solicitud:

Por teléfono o mediante escrito a la Fundación Andaluza de Servicios Sociales.

2. **Servicio de Ayuda a Domicilio**

El Servicio de Ayuda a Domicilio es una prestación realizada preferentemente en el domicilio, que proporciona, mediante personal cualificado y supervisado, un conjunto de actuaciones preventivas, formativas, rehabilitadoras y de atención a las personas usuarias y unidades de convivencia con dificultades para permanecer o desenvolverse en su medio habitual.

La prestación del servicio comprende las siguientes actuaciones básicas:

- Actuaciones de carácter doméstico.
- Actuaciones de carácter personal.

Requisitos:

- Personas en situación de dependencia que tengan prescrito el servicio en la resolución aprobatoria del Programa Individual de Atención.
- Personas no reconocidas en situación de dependencia o que, teniéndola reconocida, no les corresponda la efectividad del derecho a las prestaciones de conformidad con la Disposición Final Primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, que tengan prescrito el servicio por los Servicios Sociales Comunitarios conforme a la normativa reguladora.

Solicitud:

Se podrán presentar en los Servicios Sociales Comunitarios correspondientes al municipio de residencia de la persona solicitante, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

3. **Servicio de comedor y actividades en los Centros de Día**

Servicio destinado a mejorar la calidad que se dispensa a los mayores en los centros de día, servir de soporte a la familia y favorecer la compatibilidad de la vida laboral de sus familiares y convivientes

Requisitos:

- Ser socio de un Centro de Día para personas mayores que oferte este servicio y acreditar ante la Dirección del Centro sus circunstancias personales y familiares.
- Vivir solo o con otras personas mayores de 65 años o que no puedan permanecer con el usuario por razones laborales. Los titulares de la Tarjeta Andalucía-Junta sesentaycinco, en modalidad Oro, tendrán una bonificación del 50% del precio del servicio de comedor.

4. **Estancias Diurnas o Nocturnas de Personas Mayores y Personas con Discapacidad en Centros y Respiro familiar.**

Actuaciones dirigidas a la atención integral de los usuarios/as, mediante servicios de manutención, ayuda a las actividades de la vida diaria, terapia ocupacional, acompañamiento y otros. Se calificarán como programas de respiro familiar cuando las anteriores actuaciones se presten en régimen residencial en periodos que oscilen entre 24 horas y un mes, con carácter prorrogable, por motivos de descanso, enfermedad u hospitalización del cuidador/a, emergencias y otras circunstancias.

Requisitos:

- Ser mayor de 65 años o persona con discapacidad menor de 65 años, en situación de dependencia.
- Ser titular de la tarjeta Andalucía-Junta sesentaycinco o estar afectado de discapacidad y encontrarse en situación de dependencia.
- No padecer enfermedad que precise ingreso hospitalario.

Solicitud:

Se presentarán en el Centro solicitado.

5. **Servicio de Atención Residencial para personas mayores en Situación de Dependencia.**

Las Residencias de mayores son un servicio que ofrece atención integral a personas de edad avanzada que por sus problemas específicos no puedan permanecer en sus hogares.

Requisitos:

Los establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

Solicitud:

En el centro de Servicios Sociales que le corresponda al solicitante.

6. **Programa de Turismo Social de Personas Mayores de Andalucía**

Programa dirigido a impulsar actividades de tiempo libre que fomenten las relaciones humanas intergeneracionales, favoreciendo el conocimiento geográfico y cultural de Andalucía y otras Comunidades Autónomas.

Requisitos:

- Ser mayor de 60 años.
- Ser pensionista.
- Residente en Andalucía al menos durante el año anterior a la convocatoria.
- Valerse por sí mismo; no padecer trastornos mentales graves que puedan alterar la convivencia y no padecer enfermedad infecto-contagiosa.
- Alcanzar la puntuación exigida. Los cónyuges o personas que mantengan relación análoga, podrán solicitar plaza, aún sin reunir los requisitos de mayor de 60 años y pensionista, si están en situación de inactividad laboral y cumplen el resto de los requisitos.

Solicitud:

Se presentarán en el registro de las Delegaciones Provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social que corresponda al domicilio de la persona solicitante o a través de la Oficina Virtual.

7. Centros de Participación Activa

Son centros de promoción del bienestar de las personas mayores tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de Servicios Sociales y Asistenciales a otros sectores de la población. Ofrecen actividades sociales, de autoayuda, culturales, recreativas, deportivas, musicales, artesanales.

¿Quiénes pueden ser socios/as?

- Todas las personas mayores de 60 años.
- La persona menor de 60 años que sea cónyuge o pareja de hecho del/de la socio/a.
- Excepcionalmente, aquellos que sin cumplir el requisito de la edad sean pensionistas, o reúnan determinadas circunstancias personales que deberán ser recogidas en el Reglamento de Régimen Interior del centro.

Información:

- Delegaciones Territoriales de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- Centros de Participación Activa de Personas Mayores de titularidad de la Junta de Andalucía.
- Centros de Participación Activa de Personas Mayores Autorizados de titularidad local.

8. Aulas universitarias de personas mayores

Las Aulas Universitarias de Mayores son un espacio de formación, participación, encuentro y convivencia que proporciona la oportunidad a las personas mayores de incorporarse a programas de formación científica, cultural, tecnológica y social después de la finalización de su etapa laboral, por pre-jubilación, por intereses o inquietudes personales.

Estas actuaciones se desarrollan en las Universidades de la Comunidad Autónoma de Andalucía, estando financiadas por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y apoyadas por otras Administraciones Públicas.

Personas destinatarias

El programa está dirigido a mujeres y a hombres mayores de 55 años, cumplidos en el año que se matriculan, con o sin titulación académica previa.

Información

- Universidades Públicas de Andalucía.
- Dirección General de Personas Mayores, Infancia y Familia de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- Delegaciones Territoriales de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

1.6. Solicitud de ayuda, prestaciones y servicios.

A. A nivel Estatal.

- **Pensiones de Jubilación e Invalidez de la Seguridad Social en su modalidad No Contributiva**

Pensiones de la Seguridad Social que aseguran a todos los ciudadanos en situación de jubilación o invalidez y en estado de necesidad una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o se haya hecho de forma insuficiente para tener derecho a una pensión contributiva.

Requisitos para pensión de jubilación:

- Tener 65 o más años de edad.
- Residir en territorio español y haberlo hecho durante 10 años, de los cuales 2 han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.
- Carecer de rentas o ingresos o que éstos, en cómputo anual, sean inferiores al importe íntegro anual de la pensión no contributiva.
- No obstante, si son inferiores al importe íntegro de la pensión, y se convive con familiares, únicamente se cumple el requisito cuando la suma de las rentas o ingresos anuales de todos los miembros de la Unidad Económica de Convivencia no superan los límites establecidos en la Ley.

Para pensión de invalidez:

- Tener 18 años o más y menos de 65.
- Residir en territorio español y haberlo hecho durante un periodo de 5 años, de los cuáles 2 han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.
- Carecer de rentas o ingresos o que éstos, en cómputo anual, sean inferiores al importe íntegro anual de la pensión no contributiva.

- No obstante, si son inferiores al importe íntegro de la pensión, y se convive con familiares, únicamente se cumple el requisito cuando la suma de las rentas o ingresos anuales de todos los miembros de la Unidad Económica de Convivencia no superan los límites establecidos en la Ley

Solicitud: Podrá presentarse en las oficinas de los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, del IMSERSO o en cualquier otra de la Seguridad Social en las que se facilitará el impreso correspondiente o en los registros establecidos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

- **Complemento por residencia en vivienda alquilada para los titulares de Pensión de Jubilación e Invalidez de la Seguridad Social, en su modalidad No Contributiva.**

Complemento anual de la pensión no contributiva previsto en la Ley de Presupuestos Generales del Estado del ejercicio económico a favor de beneficiarios de pensión de jubilación e invalidez de la Seguridad Social, en su modalidad no contributiva, que acrediten fehacientemente carecer de vivienda en propiedad y residir de forma habitual en una vivienda alquilada.

Requisitos:

- Ser pensionista de jubilación o de invalidez de la Seguridad Social en su modalidad no contributiva en la fecha de la solicitud.
- Carecer de vivienda en propiedad.
- Ser el arrendatario de la vivienda en la fecha de la solicitud.
- No tener relación de parentesco hasta el tercer grado con el arrendador de la vivienda.
- Tener fijada la residencia habitual en la vivienda, requisito que se considerará cumplido cuando la vigencia del arrendamiento no sea inferior a un año y se haya residido en la misma durante un periodo mínimo anterior de 180 días.

Solicitud:

Se presentará en los órganos competentes de las respectivas Comunidades Autónomas, Diputaciones Forales del País Vasco y Navarra y Direcciones Territoriales del Instituto de Mayores y Servicios Sociales de Ceuta y de Melilla así como en los registros y oficinas a las que se refiere el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

B. A nivel Autonómico (Andalucía)

- **Subvenciones individuales para la Adquisición, renovación y reparación de prótesis y órtesis para personas mayores**

Requisitos:

- Tener cumplidos 65 años el último día del plazo para la presentación de la solicitud.
- No superar el salario mínimo interprofesional de renta per cápita familiar.
- No haber sido beneficiario/a de la convocatoria anterior.
- Aportar la prescripción facultativa de la prótesis u órtesis. Quedan excluidos productos ópticos y audífonos y los incluidos en el catálogo del Servicio Andaluz de Salud.

Solicitud:

Se presentarán en el Ayuntamiento o en la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social del domicilio del solicitante

- **Subvenciones por urgencia social**

Son subvenciones destinadas a atender situaciones especiales o extraordinarias, aun cuando se hubieran producido en anteriores ejercicios presupuestarios.

Requisitos:

- Ser mayor de 65 años e inactivo laboralmente, persona con discapacidad con un grado igual o superior al 33% o emigrante andaluz retornado.
- Podrán solicitar estas subvenciones las personas que se encuentren en estados previos, entendidos éstos como procesos de evolución que puedan llegar a ocasionar una discapacidad, cuando así sea reconocido por el Centro de Valoración y Orientación.

Solicitud:

En el Registro General de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social o en el Ayuntamiento o Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social que corresponda al domicilio de la persona solicitante.

- **Subvenciones individuales al transporte para personas con discapacidad**

Subvenciones individuales para contribuir a sufragar gastos de desplazamiento de la persona con discapacidad al centro residencial o al centro de día al que asista. Se incluyen también en esta sección las ayudas de transporte para niños y niñas que están recibiendo atención temprana.

Requisitos:

- La renta per cápita familiar del solicitante ha de ser inferior al Salario Mínimo Interprofesional (SMI).
- Se excluyen las personas que ocupen plaza concertada en centro ocupacional o en unidad de estancia diurna, salvo en los casos en que no puedan hacer uso del servicio de transporte disponible

Solicitud:

Se presentarán, con carácter general, en el Ayuntamiento o en la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social del domicilio del solicitante, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

- **Bonificación del 50% en viajes interurbanos**

Bonificaciones destinadas a favorecer los desplazamientos de las personas mayores en transportes públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, a fin de contribuir a su autonomía personal y mejorar su calidad de vida.

Requisitos:

- Ser titular de la Tarjeta Andalucía-Junta sesentaycinco.

Solicitud:

Presentando la tarjeta y DNI en el momento de expedición del billete.

- **Tarjeta de Aparcamiento de Vehículos para personas con movilidad reducida**

Documento acreditativo conforme al modelo de la Recomendación del Consejo de la Unión Europea, de la condición de persona con discapacidad y movilidad reducida, a los efectos de disfrutar de derechos especiales en materia de circulación de vehículos a motor. Es personal e intransferible. Tiene validez en todo el territorio andaluz, en el resto de España, en los Estados

miembros de la U.E., y en otros países europeos, y puede ser utilizada por su titular en vehículos de su propiedad o en cualquier otro empleado para transportarle.

Requisitos:

- Tener reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33%.
- Tener graves dificultades a causa de su discapacidad para utilizar transportes colectivos, cuya determinación se fijará mediante la aplicación del baremo que figura como anexo 3 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre.
- No estar imposibilitado/a para efectuar desplazamientos fuera de su domicilio habitual.

Solicitud:

Las solicitudes se presentarán en las Delegaciones Provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, por vía telemática en la página Web de la Consejería: www.cibs. junta-andalucia.es, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

- **Subvenciones para la adecuación funcional básica de viviendas como medida de apoyo a las familias andaluzas.**

Subvenciones para sufragar el coste de las obras, y en su caso, de las asistencias técnicas necesarias para mejorar la seguridad y la adecuación funcional básica de las viviendas que constituyan la residencia habitual y permanente de personas mayores de 65 años o personas con discapacidad que tengan reconocido al menos el 40% de grado de discapacidad y movilidad reducida.

Requisitos:

- Ser titular de la Tarjeta Andalucía-Junta sesentaycinco o acreditar un 40% de discapacidad y movilidad reducida.
- Residir de forma habitual y permanente en la vivienda.
- Que los ingresos de la Unidad familiar no superen 2,5 veces el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM).

Solicitud:

Se dirigirá a la Delegación Provincial de la Consejería de Vivienda y Ordenación del Territorio correspondiente a la ubicación de la vivienda a adecuar, sin perjuicio de lo establecido en el artículo

38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

- **Tarjeta Andalucía-Junta Sesentaycinco**

La Tarjeta Andalucía-Junta sesentaycinco es un documento personal e intransferible que de forma gratuita acredita el derecho del titular para acceder a las prestaciones y servicios previstos en la Ley 6/1999, de 7 de julio, en materia de atención y protección a las personas mayores de 65 años, empadronadas en Andalucía, a través de la Fundación Andaluza de Servicios Sociales.

Servicios y descuentos:

- Disfrutar del Servicio Andaluz de Teleasistencia con descuento del 40%, el 80% y hasta el 100%.
- Realizar desplazamientos interurbanos por Andalucía en autobuses con un 50% de descuento en el precio del billete.
- Adquirir sus gafas, del 30 al 55% de descuento.
- Adquirir su audífono, del 30 al 35% de descuento.
- Disfrutar de múltiples descuentos en: hoteles, cines, encuentros deportivos, monumentos, parques temáticos…
- Acceder al Servicio de Orientación Jurídica totalmente gratis.
- Disfrutar de plaza de Estancia Diurna o Respiro Familiar con importantes bonificaciones.
- Acceder al Servicio de Comedor en los Centros de Día de la Junta de Andalucía con un 50% de bonificación en la modalidad Oro.
- Solicitar una subvención para la adecuación funcional de su vivienda, para titulares de ambas modalidades

Requisitos:

- Ser mayor de 65 años.
- Ingresos inferiores al 75% del Salario Mínimo Interprofesional (SMI), para la Tarjeta Oro.

Solicitud:

En el Registro General de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, en sus Delegaciones Provinciales y Entidades colaboradoras, en cualquier momento una vez se hayan cumplido 65 años.

1. **Prestaciones por dependencia.**

Las prestaciones de atención a la dependencia tendrán la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Requisitos:

- Tener reconocida la situación de dependencia.
- Tener prescrito el servicio y/o prestación económica en la resolución aprobatoria del Programa Individual de Atención.

Solicitud:

Las solicitudes de reconocimiento de la situación de dependencia que, en su caso, dará derecho a las prestaciones se podrán presentar en los Servicios Sociales Comunitarios correspondientes al municipio de residencia de la persona solicitante, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

2. Intervención de acompañamiento y apoyo en la relación social, en la resolución de gestiones y en el entorno familiar.

2.1. Funciones y papel del profesional de atención directa desde la unidad convivencial. Áreas de intervención.

Las funciones del profesional de atención directa deben satisfacer aquellas necesidades que la persona en situación de dependencia no pueda cubrir o satisfacer por sí misma. Las funciones son:

1. Apoyar:

- **Apoyo doméstico:** Apoyar al usuario/a en el cuidado del domicilio realizando actividades domésticas y en la resolución de gestiones del entorno familiar.
- **Apoyo personal**: Atender a las necesidades del usuario/a respecto a la alimentación, higiene y autocuidado, deambulación.
- **Apoyo psicosocial**: Dirigido a mantener y mejorar sus posibilidades comunicativas y relacionales, su participación social así como promover sus habilidades de gestión. Es importante el refuerzo familiar: el auxiliar debe fomentar la colaboración y cohesión

familiar (y nunca intentar sustituirla) así como prestar especial interés en el cuidador principal para prevenir situaciones de estrés y sobrecarga por el cuidado diario.

2. Motivar: Estimular para que el usuario tome, sea responsable de su proyecto vital. Animar a realizar las tareas que aún pueda.

3. Supervisar: Comprobar que las tareas se realizan de manera adecuada sin suponer un riesgo para la seguridad de la persona. Observar las AVD para la posterior puesta en común con el equipo del SAD.

Las áreas de intervención que se atiende son:

1. Área psicoemocional: Los usuarios/as pueden encontrarse en situación de fragilidad emocional, puesto que el hecho de necesitar ayuda de terceras personas en su hogar puede repercutir en su autoestima. Además supone aceptar la entrada de una persona extraña en su espacio más personal, lo cual se percibe como una pérdida de intimidad y de autonomía. Debemos escuchar, y apoyar la expresión de sentimientos sin censurarlos, manifestando afecto y respeto a la persona con dependencia

Intervenciones:

- Facilitar y respetar la expresión de los sentimientos de la persona con dependencia. El profesional deberá comprender las emociones del usuario/a e intentará ayudar a expresarlas.
- Apoyar la expresión de los sentimientos de los familiares de la unidad convivencial.
- Demostrar aprecio y aceptación hacia el usuario/a con el fin de favorecer un clima de confianza y seguridad.

2. Área informacional:

Buscar y dar información sobre los recursos existentes y la forma de acceder a ellos, intentando favorecer la relación del usuario/a y el familiar con el entorno.

Intervenciones:

- Transmitir información actualizada de las actividades de su entorno (actividades organizadas, gerontogimnasia, dibujo, ferias, festividades,...).
- Informar sobre los recursos socioeconómicos (subvenciones que pueden solicitarse, ayudas...).

- Informar a la familia sobre recursos de apoyo a cuidadores y familiares (asociaciones, grupos de apoyo, programas de respiro...).

3. Área asistencial:

Después de analizar la funcionalidad del usuario/a ayudaremos a realizar aquellas tareas en las que sea necesario intervenir (siempre dejando hacer y respetando tiempos).

Intervenciones:

- Cuidar la imagen personal del usuario/a, servir de apoyo en la higiene respetando el ritmo de cada uno.
- Servir de apoyo en la alimentación. Motivar al usuario/a manifestar sus gustos por los diferentes platos.
- Apoyar en las transferencias y cambios posturales, facilitando los apoyos necesarios para que el usuario/a pueda colaborar de forma activa (agarrarse, estirarse, apoyarse...) informándole siempre sobre el tipo de movimientos que se le van a realizar y de qué manera.
- Ayudar a la movilidad de la persona. Eliminación de barreras arquitectónicas que impidan la movilidad y facilitar los apoyos técnicas necesarios (bastón, andador...)
- Apoyar en la realización de las tareas domésticas diarias: cuidado de la ropa, limpieza del hogar y en aquellas que pueden suponer un riesgo para la persona con dependencia (limpieza de zonas altas...)
- Recordar la toma de medicación y en caso necesario prepararlas y administrarlas siguiendo las prescripciones médicas.

4. Área de Ocio y tiempo Libre:

Deberemos mostrar las posibilidades que ofrecen las actividades lúdicas para su autorrealización y autonomía personal.

Intervenciones:

- Facilitar los apoyos para que pueda facilitar de forma autónoma sus aficiones.
- Informar sobre las actividades que se ofertan en su entorno y animar a que participe en aquellas que sean de su agrado.
- Facilitar la asistencia de la persona con dependencia a actividades del entorno y de su interés (actividades deportivas, religiosas, recreativas...) y si fuera preciso acompañarlo.

5. Área de relaciones sociales y de comunicación:

Trataremos de conservar y favorecer las relaciones comunicativas y las redes sociales del usuario/a.

Intervenciones:

- Incentivar el contacto con familiares, amigos, vecinos a través del teléfono, correo postal o electrónico.
- Fomentar los contactos con familiares o amigos.
- Favorecer la realización de actividades como ir a la peluquería, al centro de mayores, a las compras (tanto de alimentos, como de ropa y otros artículos).

6. Área educativa:

Utilizaremos técnicas de modificación de conducta para enseñar y practicar hábitos de autonomía personal y social correctos.

Intervenciones:

- Aplicar técnicas de modificación de conducta para reforzar comportamientos ya existentes, introducir conductas nuevas y eliminar las no deseadas.
- Servir de apoyo en la resolución de conflictos.

7. Área de gestión:

Todas aquellas gestiones de administración y organización de la documentación personal doméstica (ayudar a revisar y archivar facturas del gas, luz, teléfono.

Intervenciones:

- Registrar, ordenar y mantener la documentación médica del asistido, solicitando citas, recogiendo recetas.
- Realizar gestiones bancarias como actualizar la libreta, sacar dinero para los gastos cotidianos, acompañar al usuario/a para realizar otros trámites bancarios.
- Informar sobre la documentación necesaria y los trámites para solicitar ayudas, recursos y servicios de los que pueda beneficiarse.
- Cumplimentar solicitudes de ayuda.
- Ayudar a interpretar la documentación bancaria (facturas...) y sanitaria.

- Ayudar a la gestión financiera del hogar: recoger y ordenar facturas, tiques de compra, gastos e ingresos del mes...
- Llevar a cabo funciones de agenda, recordar citas, apuntarlas en calendarios o agendas…

2.2. Estrategias de actuación, límites y deontología.

El auxiliar de ayuda a domicilio debe realizar sus intervenciones utilizando las siguientes estrategias de actuación:

- Establecer vínculos relacionales con el asistido: trabajar mostrando empatía, la escucha activa y la asertividad. Para trabajar desde el acompañamiento es necesario que exista una relación de confianza con el usuario/a.
- Reforzar positivamente cualquier avance: es importante observar y valorar cualquier esfuerzo que el usuario/a realice, aunque el logro sea pequeño. Debemos huir de los reproches por aquello que no realiza o que no lo hace de forma correcta.
- Plantear intervenciones de forma progresiva: es decir, planificar tareas de menos complicadas a más complejas. Planteando siempre metas que se puedan alcanzar, cualquier avance, aunque pequeño, es mejor que ninguno; así conseguiremos reforzar su autoestima.
- Hacer sentir al usuario/a protagonista de su proceso y de sus decisiones: el usuario/a no tiene por qué padecer las decisiones de otros, debe de ser capaz de tomar sus decisiones, de ser responsable de cómo quiere ser cuidado y como cuidarse, de qué hacer.
- Mantener una actitud tranquila y serena que favorezca el equilibrio para enfrentarse de la mejor manera a las situaciones conflictivas.
- Ser responsable de su profesión, ser puntual y correcto.
- Respetar la intimidad de la persona, evitar criticar actitudes aunque no se compartan.
- Respetar el secreto profesional sin desvelar nunca datos de la persona en situación de dependencia ni de sus familiares.
- Delicadeza y discreción a la hora de introducir cambios en el hogar, empezando por modificaciones pequeñas que se irán introduciendo de manera paulatina y gradual.
- Actuar como elemento integrador entre la familia y el usuario/a, favoreciendo la comunicación y la colaboración entre ellos.

2.3. Intervenciones más frecuentes. Gestiones. Seguimiento.

Las intervenciones del auxiliar de ayuda a domicilio **más frecuentes** son las siguientes:

1. Intervención de tipo educativo:

En las intervenciones de apoyo, resulta mucho más provechoso involucrar a las personas en su propia asistencia. Cuando se pretende ayudar a alguien, lo correcto no es darle las cosas hechas sino enseñarle a realizarlas por sí mismo. Así se consigue gran motivación y se evita dañar negativamente su autoestima. Las personas en situación de dependencia dejan de verse como sujetos pasivos, inferiores, infravalorados para sentirse personas con valor, objetivos y metas. Es por ello que se debe intentar que estas personas continúen realizando aquellas actividades que sean capaces de realizar por sí mismas, aunque sean lentos o no la lleven a cabo perfectamente. Si no fueran capaces de realizarla de forma global, se les debe dejar que lleven a cabo los pasos que aún puedan ejecutar con la mínima ayuda posible

2. Intervención en materia de prevención, mantenimiento, rehabilitación:

El auxiliar de ayuda a domicilio debe estar atento y observar los cambios y actitudes de la persona dependiente para prevenir y evitar consecuencias negativas aumentando así la calidad de vida. Para ello es conveniente que:

- Inculque hábitos saludables: informar para evitar el consumo de hábitos tóxicos, asesorar sobre la realización constante de ejercicio físico, alimentación variada, higiene diaria, hidratación, cuidado de la piel, etc.
- Oriente para actuar de forma adecuada ante una enfermedad o discapacidad: informar de pautas adecuadas de salud, asesorar sobre los distintos profesionales de la salud dependiendo de las necesidades de cada persona, proporcionar direcciones de centros de mayores cercanos...
- Asesorar e informar sobre las actividades y acontecimientos que se desarrollen en su entorno: acontecimientos culturales y de ocio accesibles, teniendo en cuenta los gustos, ideas y valores de la persona.
- Favorecer y fomentar las relaciones sociales y afectivas: Estimular a la persona para que inicie y mantenga relaciones con la familia, amigos, vecinos,...; animar a escribir cartas o llamar por teléfono, así como dialogar con la familia y mantenerla informada de la evolución y estado de la persona.

3. Intervención en situaciones de emergencia

Es necesario que el profesional esté preparado para actuar lo más rápidamente posible y sin bloquearse en este tipo de situaciones:

- Accidentes domésticos (caídas, intoxicaciones, quemaduras, cortes, etc.) Cuando sea de gravedad, es preferible llamar al servicio de emergencia (112). Es conveniente dominar las técnicas de primeros auxilios y de reanimación cardiopulmonar por si fueran necesarias.
- Accidentes relacionados con el equipo sanitario (sondas que se sueltan...) o enfermedad que se complica. En este caso conviene avisar al servicio de salud y al coordinador del servicio.

4. Intervenciones técnicas y adaptativas en el domicilio

- Eliminación de barreras arquitectónicas y acondicionamiento de la vivienda a las necesidades de la persona dependiente, productos de apoyo, etc., detectar nuevas necesidades, supervisar el estado y uso de equipos, apoyos técnicos, etc.

2.4. Documentación personal y de la unidad convivencial.

El auxiliar de ayuda a domicilio puede que tenga que manejar documentos personales y por ello es necesario que citemos brevemente la documentación que tendrá que conocer y manejar.

A. Documentación personal básica del asistido:

- DNI: Documento que acredita la identidad de la persona, los extranjeros con permiso de residencia tienen NIE (Número de Identificación de Extranjeros).
- Certificado de nacimiento: Emitido por el Registro Civil da fe de la fecha y lugar de nacimiento de la persona.
- Permiso de conducir
- Tarjeta sanitaria: Que permite acceder a los servicios sanitarios públicos. En él aparece el médico de referencia y el centro de salud
- Otras tarjetas sanitarias o acreditación de seguros sanitarios
- Cartilla de vacunación (es poco habitual en los adultos, pero algunos mayores se vacunan para protegerse de diferentes riesgos. Alergias, gripe... por lo que es necesario que el auxiliar los conozca.
- Historia clínica: Recoge todas las incidencias relacionadas con el estado de salud de la persona, no es habitual que esté en el domicilio del usuario/a.

- Informes médicos.
- Reconocimiento de grado y nivel de dependencia
- Recetas médicas.
- Seguros de vida y accidentes.
- Cartilla del banco: Es preciso que los familiares y el usuario/a tengan localizadas las tarjetas de crédito y limitar su uso con el fin de evitar que las personas con demencia realicen gastos equivocados. Es necesario que haya un segundo titular en la cuenta para que pueda realizar las gestiones en caso de enfermedad o empeoramiento. Está desaconsejado que sea el auxiliar.
- Declaración de la renta.
- Certificado de pensiones.
- Planes de pensiones

B. Documentación de la unidad convivencial:

- Escrituras de la vivienda o contrato de alquiler: Puede ser necesario tener localizados estos documentos para solicitar ayudas para realizar adaptaciones en el domicilio.
- Contratos de suministros: Electricidad, agua, teléfono, Internet...
- Seguro del hogar.
- Facturas (para en el caso de reparación de electrodomésticos...)
- Justificantes bancarios.

Es muy importante que el auxiliar de ayuda a domicilio mantenga la confidencialidad en el manejo de la documentación tanto del usuario/a como de la unidad convivencial.

2.5. Técnicas básicas de elaboración, registro y control de documentación.

Las técnicas de elaboración de documentación deben permitir generar un documento útil para la atención personal del usuario/a y la gestión del hogar, estas técnicas deben permitir localizar con facilidad todo tipo de documentación e información que se requiera.

Instrumentos que pueden ser útiles para elaborar la documentación:

- **Libreta o cuaderno**: donde se irán apuntando los gastos e ingresos del mes para controlar la economía de la unidad convivencial. Registraremos la alimentación (tipos de alimentos ingeridos, dietas…)
- **Carpetas:** nos ayudan a tener ordenados y localizados los documentos. Podemos colocar los informes médicos en una, los contratos de suministros, seguros en otra, las garantías de los electrodomésticos e instrucciones de uso en otra; las facturas en otra, las declaraciones de la renta, certificados de pensiones en otra. Estas carpetas las señalizaremos de forma clara, incluso podemos utilizar diferentes colores para localizarlas.
- La documentación generada años anteriores y que por lo tanto no necesita estar tan accesible se podrá guardar en **cajas.**
- Suele ser útil un pequeño **tablón de anuncios** donde colocar la documentación que ha de estar más presente, por ejemplo citas médicas, recetas pendientes de recoger, números de teléfono que se usan con más frecuencia, cupones de descuento del supermercado…

2.6. Confidencialidad a la hora de manejar documentación de otras personas.

Podemos definir la confidencialidad en el ámbito de la atención domiciliaria como el derecho del usuario/a al respeto de la privacidad de todos los datos relacionados con su persona por parte de los profesionales, incluyendo los datos e información de carácter sanitario.

Además de la confidencialidad, el auxiliar debe mostrar respeto por la intimidad de las personas dependientes, esto es, el derecho de las mismas a mantener sus vidas, sus actos y sus circunstancias personales fuera de la "vista de los demás". En este sentido, cabe destacar algunas **pautas de actuación:**

- Comentar los aspectos referentes al estado o evolución de los enfermos en voz baja.
- Abstenerse de hacer comentarios frívolos (con otro/as auxiliares...) sobre cualquier circunstancia de salud o personal tanto del usuario como de su familia.
- La información personal del usuario/a no deberá usarse para fines distintos de los asistenciales.
- Todo documento en el que aparezca el nombre de un usuario/a deberá sustraerse del alcance de personas ajenas al ámbito asistencial.

- No se permitirán filmaciones o fotografías en las que se pueda identificar a los usuarios sin su autorización expresa o la de la familia en caso de incapacidad.
- Sólo las personas autorizadas podrán acceder a las aplicaciones informáticas que recojan datos del usuario, utilizando su clave de acceso, personal e intransferible.
- En el transcurso del aseo o cura de un usuario/a se respetará al máximo su legítimo pudor a mostrar la desnudez o las partes más íntimas de su cuerpo.

2.7. Respeto de los límites de actuación y la deontología profesional.

El auxiliar de ayuda a domicilio debe establecer unos límites en su actuación necesaria para que en una relación ninguna de las personas implicadas salga dañada y para evitar agravar la dependencia del usuario/a.

Los límites que tiene que establecer son:

- Evitar aumentar la dependencia: A veces se cae en la tentación de ayudar más de lo que las personas necesitan. Es algo que hace sentir bien y que el usuario suele agradecer, pero en vez de fomentar sus posibilidades, aumentamos su dependencia.
- Evitar vivir la vida de la persona con dependencia: Hacer propios los problemas del usuario/a, no sólo no ayuda, sino que pone en riesgo la propia estabilidad emocional del profesional.
- Evitar la manipulación: Puede darse por las dos partes, por un lado el profesional piensa que sabe lo que es lo mejor y trata a toda costa de dirigir al usuario/a. Y por parte del usuario/a que pretende que el profesional realice determinadas tareas que él mismo puede realizar.
- Evitar las situaciones de abuso físico, es importante no sobrepasar las barreras de la relación profesional.
- Evitar el aislamiento, y una situación de excesiva dependencia relacional con el profesional: Por ello es fundamental apoyar los vínculos con las personas del entorno motivándoles a salir a pasear, a mantener el contacto con vecinos y amigos, a realizar actividades con otras personas.
- Evitar tomar partido tanto por el usuario/a como por algún familiar o miembro de la unidad convivencial. El profesional no debe juzgar las relaciones personales del usuario/a con su familia. (La mayoría de las veces tenemos una información parcial de lo que sucede, de la

historia familiar, por lo que el profesional debe ser prudente en el caso de que le pidan su opinión.

La deontología hace referencia a los principios y reglas éticas que regulan y orientan una actividad profesional. En el caso del trabajo diario del auxiliar domiciliario, cabe destacar:

- **Principio de Bienestar**: El profesional es el responsable de prestar la mejor atención posible a todos y cada uno de los usuarios, sin discriminaciones de edad, discapacidad, sexo, raza, clase social, religión, lengua, creencias políticas, inclinación sexual. Poniendo todos sus conocimientos y actitudes personales al servicio del ejercicio de la profesión.
- **Principio de individualidad**: Cada usuario es único y diferente, tendremos que tratarlo como tal y no como a uno más.
- **Principio de aceptación y respeto**: Aceptar a la persona tal y como es, sin prejuicios, sin juzgar.
- **Principio de autodeterminación:** El usuario/a tiene derecho a elegir y a actuar conforme a su proyecto de vida.
- **Principio de secreto profesional:** Este principio implica respetar la confidencialidad de los datos del usuario/a.
- **Principio de profesionalidad**: El auxiliar tiene que esforzarse por ampliar sus conocimientos y mantenerse actualizado en las técnicas y habilidades de atención propias de la profesión.
- **Deber ser puntual:** La falta de puntualidad afecta a la organización del tiempo y las tareas de cada usuario/a. Hay que tener en cuenta que muchas personas la visita del auxiliar es la única que reciben al día.
- **Presentar una imagen aseada:** Utilizando un vestuario de trabajo adecuado, mantenerlo limpio y en buenas condiciones, utilizando guantes cuando sea necesario.
- **No fumar en el domicilio.**
- **No comer ni beber en el domicilio del asistido**.
- **Evitar pedir favores o aceptar regalos:** Pueden igualmente generar sensación de deuda.
- **Mantener informada a la empresa o entidad contratante** de las incidencias que puedan afectar al trabajo (bajas por enfermedad, citas médicas...).

3. Ayudas técnicas y tecnológicas para la vida cotidiana.

3.1. Ayudas técnicas para actividades domésticas.

Todas las personas utilizamos diferentes utensilios y herramientas que nos facilitan la realización de las tareas, las personas con discapacidad y/o con dependencia necesitan más apoyos para realizar de forma autónoma las AVD

Los productos de apoyo son cualquier producto (dispositivos, equipos, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Las ayudas técnicas para las actividades domésticas van dirigidos a mantener/mejorar la independencia en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Se diferencian en función de las tareas que facilitan:

1. **Productos de apoyo para preparar comida y bebida:** Encontramos productos para pesar, medir, cortar, picar, dividir, limpiar, pelar, freír, hornear, así como máquinas para preparar la comida y otros electrodomésticos (hornos, frigoríficos..)

Cuchillo tenedor: función cortar y pinchar

2. **Productos de apoyo para comer y beber**: Tapones, embudos, dispensadores de comida, cubiertos, vasos, tazas, platos, topes y bordes elevados para platos, así como aparatos para dar de comer y las sondas alimentarias

Sujeción palmar donde se introduce el mango del cubierto cuando no hay posibilidad de agarre.

3. **Productos de apoyo para la limpieza del hogar**: Cepillos, recogedores, esponjas, fregonas, cubos, aspiradoras, limpia alfombras, enceradoras, abrillantadores,

Fregona escurre fácil.

4. **Productos de apoyo para lavar la vajilla:** se incluyen fregaderos, cepillos, estropajos, escurridores de platos, filtros de salida y tuberías, lavavajillas.

Producto de apoyo cepillo para lavar la vajilla.

3.2. Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros inmuebles.

Es importante que el hogar de la persona asistida cuente con las adaptaciones que faciliten su movilidad y autonomía. El domicilio suele ser el lugar donde la persona con dependencia pasa el mayor número de horas, por ello es importante que la persona se sienta cómoda.

Las ayudas técnicas para la adaptación de la vivienda y mobiliario son:

1. **Mesas:** De trabajo, de lectura, de dibujo, de cama, de comedor, regulables, escritorios, y soportes para la lectura.

2. **Equipos para la iluminación:** Productos relacionados con las luces generales, de lectura y trabajo.
3. **Mobiliario para sentarse:** Sillas, sofás, sillones de descanso, muebles especiales para sentarse, reposabrazos, reposapiernas y reposapiés, respaldos, sistemas de sujeción, almohadillas y cojines.

4. **Camas:** En este apartado se incluyen además los productos para transferencia, giro y elevación. Ropa de cama, colchones, somieres, mantas con posibilidad de ajuste, barandillas, barras para ayudar a levantarse por sí mismo, elementos para reducir el tamaño de la cama.

5. **Productos para ajustar la altura del mobiliario:** extensores de patas, pedestales, repisas de altura fija o ajustable.

6. **Dispositivos de apoyo:** Aparatos para ejercitar piernas, tronco y brazos, pasamanos, barandillas, barras y asideros, reposabrazos.
7. **Dispositivos para abrir y cerrar puertas:** Sistemas de control remoto (domótica) productos de apoyo para accionar o controlar los dispositivos de apertura y cierre.
8. **Productos para la accesibilidad vertical:** Grúas, productos de apoyo para la elevación (ascensores, plataformas elevadoras) rampas, escaleras de tijera y de mano.
9. **Equipos de seguridad para el hogar**: Materiales antideslizantes para suelos y escaleras, válvulas de seguridad de gas, vallas de seguridad, materiales táctiles para suelo, útiles para la orientación de personas con déficit visual.

3.3. Ayudas técnicas para la manipulación de productos y bienes.

Esta es una categoría muy amplia y abarca todo tipo de acciones que puede necesitar una persona para manipular objetos de manera fácil y sencilla: coger, mover, dejar, recolocar, cargar… Se divide en las siguientes subcategorías:

1. **Materiales y herramientas para marcar**: Signos, etiquetas, productos para elaborar etiquetas en Braille o dispositivos para localizar objetos mediante un sonido.
2. **Productos de apoyo para manipular recipientes:** Para agarrar y fijar, para abrir botes, para extraer el contenido de los recipientes.

3. **Productos de apoyo para accionar o controlar dispositivos**: Botones, interruptores, pulsadores, volantes, manivelas...
4. **Productos de apoyo para controlar a distancia:** Sistemas de control remoto para el control del entorno.
5. **Productos de apoyo para reemplazar las funciones del brazo, mano o dedos:** Dispositivos para agarrar, porta objetos, soportes, varillas para manejar los tableros de comunicación, dispositivos para manejar los ordenadores (bicornios pulsadores…).
6. **Productos de apoyo para alcanzar a distancia**: pinzas de largo alcance eléctricas y manuales.
7. **Productos de apoyo para la fijación:** Por ejemplo una hoja de papel a una mesa o para mantener un libro abierto, tapetes antideslizantes, ventosas…

3.4. Ayudas técnicas para mejorar el ambiente, maquinaria y herramientas.

Dentro de esta categoría se incluye todo tipo de maquinaria, herramientas y dispositivos (herramientas manuales y eléctricas) para mejorar el entorno en el que se desenvuelve la persona. Tales como productos para reducir el ruido, para controlar la iluminación, purificadores de agua,

instrumentos de medida, básculas para pesar alimentos, termómetros para mediar la temperatura ambiental, herramientas para realizar trabajos manuales, productos de apoyo para la movilidad personal (sillas de ruedas y andadores) así como maquinaria que ayude a la movilización de la persona (sillas salvaescaleras, grúas y sillas para baño...)

3.5. Ayudas técnicas para el esparcimiento.

Es importante que las personas puedan tener la posibilidad de disfrutar de actividades de ocio y de tiempo libre. Debido a limitaciones físicas, sensoriales y/o cognitivas, es posible que la persona en situación de dependencia precise de apoyo para satisfacer esta necesidad. Se clasifican en:

- **Juguetes:** Ej. Guante con pala de pimpón sujeta a la palma, que permite agarrarla sin necesidad de hacer presión, resulta muy útil para personas con discapacidad motora.
- **Juegos:** Incluye juegos de ordenador y otras actividades con normas establecidas, por ejemplo baraja de cartas Braille, baraja de cartas de grandes dimensiones,
- **Productos de apoyo para ejercicio y deporte:** Facilitan la realización de actividades deportivas a las personas con discapacidad, por ejemplo un balón con cascabeles para personas con déficit visual.
- **Instrumentos musicales para la estimulación sensorial.**

- **Herramientas, materiales y equipo para manualidades:** Un ejemplo un enhebrador de agujas de coser.
- **Productos de apoyo para la caza y la pesca:** Por ejemplo cañas adaptadas para personas con un solo brazo.
- **Productos de apoyo para acampar:** Por ejemplo una plataforma para acoplar la caravana y permitir el descenso de una silla de ruedas.

3.6. Ordenadores personales. Internet. Correo electrónico.

La tecnología juega un papel importante en el "Envejecimiento Activo". Estas proporcionan a los mayores el acceso a la comunicación, la formación o el ocio y, en sí mismas, son motivadoras y con propiedades lúdicas. Como perceptores de servicios apoyados en las TIC, les permiten prolongar su vida en su entorno natural con mayor seguridad, lo que disminuye la sensación de aislamiento en el caso de las personas mayores que viven solas.

Para ello los equipos informáticos deben ser accesibles, es decir, adaptados a las características cognitivas, sensoriales y funcionales de cada persona. Para ello habrá que facilitar el manejo de herramientas que les puedan resultar útiles y atractivas. Algunas de las adaptaciones son: pantalla táctil, teclas grandes y con aumento de la separación entre ellas, teclados ergonómicos, ratones especiales, varillas bucales, punteros manuales: mano, pie, muñón o mentón, apoyo de antebrazo o muñeca.

Internet es una puerta al exterior, a través de él los usuarios/as pueden mantenerse informados, consultar el estado de sus cuentas bancarias, realizar compras, comunicarse con personas, intervenir en foros de temas de su interés. Todo ello repercute positivamente en su bienestar general. Existen diferentes recursos que se pueden utilizar para interactuar con otras personas a través de Internet: chat, foros, blogs, redes sociales y el correo electrónico.

1. **El correo electrónico:** Permite enviar y recibir cartas electrónicas, a diferencia del correo ordinario, la comunicación es casi instantánea.
2. **Chat:** Es una forma de comunicación a tiempo real mediante mensajes escritos. Las personas ciegas pueden utilizarlo con las adaptaciones precisas en el ordenador. También puede utilizarse cámara web, esta tecnología resulta especialmente práctica para las personas sordas, pues pueden comunicarse con Lengua de Signos.
3. **Los foros:** Son espacios de discusión, opinión y debate sobre múltiples temas, a diferencia del chat, la comunicación no es en tiempo real. Resulta imprescindible registrarse (igual que en el chat) y permite que las intervenciones sean anónimas. Resulta muy interesante para las personas con dependencia, pues pueden contactar con personas que comparten sus mismos intereses, dificultades, informaciones necesarias, recursos; estos foros pueden ser interesantes también para familiares y cuidadores.
4. **Blogs: Cada** uno está gestionado por la persona que lo ha creado con el fin de reflejar sus opiniones, gustos, experiencias.

5. **Redes sociales:** Son páginas que permiten generar vínculos con personas conocidas y además establecer nuevos contactos con los que compartir información (datos, fotos, vídeos...). Es un tipo de aplicación que integra correo electrónico, chat y foros.

3.7. Otras ayudas.

Productos de apoyo para el entrenamiento/ aprendizaje de capacidades: Se incluyen productos para terapia y entrenamiento en la comunicación, productos de entrenamiento en funciones cognitivas, en habilidades sociales.

Ortesis: Modifican las características físicas o funcionales del sistema neuromuscular o esquelético

(no sustituyen ni órgano ni miembro afectado). Por ejemplo:

Prótesis: Sustituyen parcial o totalmente las partes del cuerpo que no funcionan correctamente o que han sido amputadas. Por ejemplo: pelucas, prótesis dentales, prótesis mamarias,

4. Motivación y aprendizaje de las personas mayores, discapacitadas y/o enfermas.

4.1. Características específicas de la motivación y el aprendizaje de las personas mayores, discapacitadas y/o enfermas.

Las personas conservamos la capacidad de aprender a lo largo de toda la vida. La adquisición y asimilación de nuevos conceptos, habilidades, actitudes,...no sufren alteraciones significativas por el paso de los años. Lo que sí cambia es la capacidad sensorial, que afecta al modo de percibir el entorno, los cambios cognitivos en el procesamiento y almacenamiento de la información, y la motivación personal (los intereses) de cara a la adquisición.

La base de la motivación en torno al aprendizaje reside en los intereses de la persona. Como auxiliares de ayuda a domicilio conoceremos las fuentes de motivación o desmotivación en el usuario/a.

Hay dos tipos de motivación en la persona:

Intrínseca: Es decir que surge en el interior de la persona (realizar una actividad por puro placer, por ejemplo las aficiones deportivas) son más duraderas y efectivas

Extrínsecas: Son externas a la persona, por ejemplo obtener una recompensa si se realiza una actividad (por ejemplo un premio por hacer la cama)

Las características de la motivación:

- Es algo personal, que va a depender de las características particulares de cada individuo.
- Se encuentra estrechamente ligado al estado emocional.
- Es el motor del aprendizaje.

A nivel general las personas mayores, enfermas o discapacitadas se caracterizan por presentar niveles de motivación más o menos bajos, comparándolos con el resto de personas. Podemos indicar una serie **características generales en referencia a los estados anímicos o motivacionales de las personas en situación de dependencia:**

- En este colectivo suelen disminuir las expectativas personales (sueños y las grandes metas inalcanzables).
- El miedo a la muerte es un tema que les preocupa mucho, sobre todo a las personas mayores y enfermos en estados terminales, al igual que la soledad. Todo este influye en los niveles de motivación, que son bajos y en el estado de ánimo al ser muy bajo puede causar depresiones.
- El hecho de que en algunas actividades se sientan limitados, les puede despertar en ellos miedos, que hace que no quieran realizarlas.
- En caso de personas con discapacidad repentina asociada a un accidente o enfermedad, puede provocar en el individuo grandes complejos y baja autoestima, autoexcluyéndose y encerrándose en sí mismo.

Técnicas y estrategias para motivar al usuario/a:

1. **Estrategias comunicativas:** La manera en que nos comunicamos con los usuarios va a tener gran influencia, por ello tendremos que tener en cuenta a la hora de comunicarnos:

- El tono en que nos dirijamos a nuestros usuarios/as.
- Evitar ordenar, simplemente sugerir.
- Usar un vocabulario sencillo, fácil de entender.
- El mensaje debe ser claro y único.
- Trasmitir afecto, emotividad y cercanía a través de las palabras, hace que se sientan queridos.
- Que se sientan partícipes y escuchados por los demás

2. **Estrategias afectivas individuales:** Debemos hacer que los usuarios /as se sientan seguros y encuentren un ambiente de confianza. Para ello resulta oportuno recibir ánimo y refuerzo positivo en todas sus acciones
3. **Asequibilidad de las tareas:** Las tareas o actividades que se organicen con el usuario/a deben resultar asequibles para éste.
4. **Relación auxiliar de ayuda a domicilio- Usuario/a:**

- Nunca mostrarse superior.
- Tener en cuenta sus intereses, preferencias, que se sienta escuchado.
- Interesarse por él (estado de salud, de ánimo…)
- Tratarle con respeto y admiración por los logros conseguidos a lo largo de toda su vida.

5. **Fomento de la Participación**: Debemos motivar la participación en todas las actividades como sea posible y concederles momentos de protagonismo, para que se sienta útil y reconocido. Las técnicas de participación pueden ser: celebración del cumpleaños

Las características del aprendizaje.

1. **En Personas mayores son:**

- Requieren más tiempo para procesar y retener la información.
- La capacidad de concentración y la atención es menor, y resulta fundamental para el aprendizaje.
- La capacidad para percibir los estímulos y procesarlos está condicionada. por déficits sensoriales o cognitivos.

Intervención:

- Dar instrucciones claras y precisas.
- Darles más tiempo para reaccionar.
- Repetir la información si fuera necesario.
- Colocarnos frente a ellos.
- Utilizar nombres en lugar de pronombres.
- La información más importante darla al principio de la frase.
- Acompañar el mensaje verbal de gestos o imágenes.
- Proporcionar un entorno tranquilo y estable.
- Buscar un aprendizaje activo y significativo para ellos.
- Buscar actividades del interés de la persona.

2. **En personas con enfermedad:**

- Dolor.
- Cansancio.
- Debilidad.
- Inseguridad.
- Ansiedad.

Intervención:

- Procurar que esté cómodo.
- Favorecer los medios para evitar el dolor o minimizar el malestar.
- Procurar estímulos que eviten centrarse en su enfermedad, por ejemplo ayudándole a fijarse objetivos personales vitales.
- Hacerle consciente de que él es el protagonista y no la víctima.
- Planificar sesiones cortas y en el momento del día que esté más animado y activo.
- Proporcionar los productos de apoyo necesarios.
- Reforzar positivamente cada avance.

3. **En personas con discapacidad intelectual:**

- Dificultad para mantener la atención.
- Dificultad para discriminar los estímulos.
- Lentitud para procesar la información y emitir una respuesta.
- Dificultades de comprensión y expresión.
- Dificultad para generalizar los aprendizajes.
- Poca curiosidad e iniciativa.

Intervención:

- Explicar las actividades de forma sencilla y detallada.
- Asegurarse de que se ha comprendido.
- Proponer tareas sencillas donde pueda tener éxito.
- Darle tiempo.
- Evitar imponer.
- Mantener una actitud tranquila y amable que de confianza.
- Felicitar, alabar, reconocer lo que ha realizado bien le harán afrontar otras tareas (Refuerzo positivo).

4.2. Mantenimiento y entrenamiento de las funciones cognitivas en situaciones cotidianas del domicilio.

El cerebro humano es un órgano que, como el resto, si no se usa puede atrofiarse. De modo que cuanto más estimulado se encuentre, más óptimo será su rendimiento. Las funciones cognitivas son aquellos procesos por los que la persona recibe, almacena y procesa la información relativa a uno mismo, a los demás y al entorno. A veces, pueden confundirse alteraciones en estas áreas con el simple aletargamiento de ellas por falta de uso y estimulación.

Las personas que requieren asistencia domiciliaria pueden tener afectadas las funciones cognitivas en diferente grado y por diferentes razones (edad avanzada, enfermedad, deterioro progresivo, inmovilidad física, déficits sensoriales...) El profesional debe conocer cuáles son las características de las funciones cognitivas y debe entrenarlas con el fin de que se mantengan el máximo tiempo posible, lo cual repercutirá en la autonomía y la calidad de vida del usuario.

Los objetivos que deben plantearse en la intervención de las funciones cognitivas:

- **Prevenir**: Evitar el deterioro de las funciones cognitivas.
- **Mantener**: Intentar que perduren las funciones que aún conserva la persona.
- **Ralentizar:** Frenar el deterioro de las funciones cognitivas.
- **Recuperar**: Intentar que el usuario/a recobre funciones que antes poseía a partir de la estimulación y los ejercicios planificados.

Es necesario que las actividades se adecuen al nivel cognitivo y sensorial de la persona: una actividad excesivamente simple no potenciará su actividad cerebral, más bien aburrirá y desmotivará a la persona. Por el contrario, una actividad demasiado difícil puede frustrar, desmotivar enojar y mermar la autoestima (sobre todo en las primeras fases de deterioro cognitivo en las que la persona es consciente de sus limitaciones). Por lo tanto, la tarea debe ser tal que exija un mínimo de esfuerzo cognitivo (si no, no se estimula), sea de interés para la persona, significativamente relevante y que tenga en cuenta las preferencias y el nivel previo de conocimiento y nivel cultural de la persona.

Todas las actividades que realizamos a lo largo del día son actividades con las que practicamos y mantenemos nuestra capacidad cognitiva, como por ejemplo, preparar la lista de la compra para realizar una comida determinada no deja de ser una tarea de planificación, lenguaje, atención, secuenciación, etc.

Para entrenar las funciones cognitivas en el domicilio:

- Utilizar materiales y utensilios que conozca: utensilios de cocina, de aseo, alimentos, ropa, revistas y periódicos, fotografías, puzles y pasatiempos, objetos personales.
- Elegir un momento tranquilo: ambiente tranquilo, descansado.
- Sesiones breves.
- Mantener una actitud de respeto, procurando un clima cordial y de confianza, adaptándonos a los ritmos del usuario/ a evitando órdenes o presentando las actividades como obligaciones.
- Colocar calendarios en lugares visibles y mantenerlos actualizados: Por ejemplo tachando los días pasados.

4.3. Memoria, atención, orientación espacial, temporal y personal, razonamiento.

La memoria cumple una labor relevante en el desempeño intelectual ya que al funcionar como un sistema, los procesos cognitivos se interrelacionan constantemente y la labor de uno puede afectar a la funcionamiento de otro. Por ejemplo sino se puede percibir de buena manera, difícilmente se prestará atención a algo, lo que dificultará mucho que se recuerde.

Siempre se puede mejorar el funcionamiento de la memoria, a cualquier edad.

En la memoria intervienen tres pasos o Fases:

1. **Fase de Registro. (Memoria Sensorial):** Es la llamada memoria sensorial o inmediata. Lo importante en esta fase es conseguir almacenar y conservar la información que nos llega a través de los sentidos, para ello la percepción y la atención son esenciales. Cuanto mayor sea la sensibilidad perceptiva, mejor se guardará la información en la memoria. Ejemplo: Si estoy sacándome el carnet de conducir, veo cantidad de coches de autoescuela…

La memoria sensorial es la que utiliza los cinco sentidos. Cada persona conoce y percibe la realidad de diferente manera, utilizando distintos sentidos para distinguir el medio.

Memoria visual: Almacena las imágenes, lo registrado por medio de la vista.

Memoria auditiva: Almacena los ruidos y sonidos, lo registrado por medio de la audición

Memoria Táctil: Almacena las sensaciones percibidas por medio del tacto o la piel.

Memoria Olfativa: Almacena los olores, lo registrado por medio del olfato.

Memoria Gustativa: Almacena los sabores, lo registrado por medido del gusto

Ejercicios de estimulación visual

- Semejanzas y diferencias: Comparar figuras geométricas y captar diferencias de colores, forma, tamaño.
- Colores: Captar los colores de la ropa, de los personajes de una revista nombrándolos y diferenciándolos,...
- Describir un objeto o persona (cuidador, compañero...).

Ejercicios de estimulación sensorial auditiva:

- Reconocer sonidos (campana, lluvia, tambor, puerta, timbre, motor…)
- Repetición: Repetir sonidos que haya escuchado previamente.
- Repetir secuencias de golpes que se dan sobre una superficie, palmadas, con instrumentos musicales…
- Prestar atención a sonidos emitidos, palabras complejas, frases y especificar a qué sonido hay que prestar atención (por ejemplo en una canción cuando se dice una palabra concreta...)

Ejercicios de estimulación sensorial Táctil:

- Adivinar un objeto a través del tacto con los ojos cerrados.
- Identificar un objeto que se encuentra dentro de una bolsa. Normalmente empleamos objetos comunes (conocidos)
- Percepción de características táctiles: Captar la temperatura, textura, dureza de un objeto. Para ello podemos emplear objetos de diferentes materiales: cartón, madera, tela, cristal

Ejercicios de estimulación sensorial olfativa:

- Se presentan diferentes olores para que se identifiquen (alimentos, plantas,…agradables y desagradables…).
- Se presentan varios olores al mismo tiempo y la persona tiene que discriminar cada uno de ellos.
- Se escoge un olor y se pide al usuario que recuerde un lugar, un acontecimiento personal ligado a ese olor.

Ejercicios de estimulación sensorial gustativa:

- Daremos a probar diferentes alimentos y les pediremos que digan lo que es. Además podemos aprovechar para que lo asocien a algún acontecimiento y que comparen los sabores.
- Daremos a probar (dulce, salado, ácido, amargo) para que comparen y citen ejemplos de alimentos con estos sabores.

2. **Fase de Retención:** En esta fase lo importante es que la información se organice para que se fije en la memoria. Para organizar la información podemos seguir un orden racional, o irracional y estar basado en la experiencia o en el lenguaje. Las técnicas son:

- Estructuración intelectual
- Asociación
- Visualización
- Lenguaje

Estructuración intelectual: Organizamos la información de forma racional (utilizando el razonamiento).

Por ejemplo pedimos al usuario/a que haga una frase con palabras desordenadas para que tenga un sentido lógico. Otro ejemplo; le damos una lista de la compra (pan, champú, cepillo de dientes, tomate, lejía, papel de cocina, espuma de afeitar, detergente) y le pedimos que la ordene en distintas categorías.

Asociación: Se trata de establecer una conexión o relación entre los elementos a recordar y diversas experiencias, imágenes o sonidos significativos. Las asociaciones pueden ser muy diferentes de unas personas a otras porque dependen de sus vivencias y experiencias anteriores.

Por ejemplo. Si les damos una serie de palabras para que recuerden: "toro", "melón", "Francia", "sandía" "melocotón" "perro" "Alemania", probablemente las recordarán si las agrupan en categorías, por ejemplo: "Toro" con perro" (animales) Francia con Alemania (países), sandía con melón y con melocotón (frutas). (Países, animales, frutas, asocian las palabras por categorías diferentes).

Visualización: Es una técnica mediante la cual cualquier palabra, objeto, persona o situación puede ser recreada en una imagen mental. Esta imagen hará que se recuerde mejor. Nos puede ayudar a recordar un lugar donde hemos estado, para mejorar la técnica asociaremos a la imagen visual temperatura, colores. Esta técnica como las anteriores potencia la retención de la información. Ejemplo: pediremos a los usuarios que creen una imagen mental con diferentes palabras: juez, salvaje, amor, libertad.

El lenguaje: Introduce la información en la memoria a través del sonido y del significado de la escritura. El lenguaje se aprende en la primera fase de la vida y se refuerza constantemente, pues participa en todas las comunicaciones con otras personas. Para mantenerlo y usarlo habrá que cuidar

su comprensión y producción, lo cual lograremos a través de ejercicios, como por ejemplo: Realizar crucigramas, leer un texto y responder a preguntas sencillas.

3. **Fase de Recuerdo:** Es la fase en la que recuperamos la información que previamente hemos almacenado. A veces ocurre el efecto de "lo tengo en la punta de la lengua", esto es, se tiene la información guardada, pero no se puede acceder a ella. Para ello utilizaremos la siguiente técnica:

- **Integración asociativa:** Que consiste en utilizar asociaciones, pistas para recordar. Lo importante es que los usuarios/as puedan conocer técnicas para evitar bloqueos, y así mantener activas las conexiones cerebrales. Ejemplo de ejercicios: Decir palabras que empiecen por una letra o sílaba concreta, con varias letras usarlas como iniciales de palabras y formar frases.

Tipos de memoria:

1. **Memoria sensorial o inmediata**: aquella que nos permite recordar la información que ha sucedido pocos segundos antes. La percepción y la atención prestada son esenciales

Ejercicios para mantenerla y desarrollarla:

- Jugar a recordar objetos: se muestra un objeto y después se esconde, tienen que recordar qué era.
- Pedirles que recuerden los nombres de sus compañeros.
- Decir palabras por turnos y cada persona tiene que nombrar lo que la anterior ha dicho, se puede aumentar la dificultad teniendo que recordar varias palabras.

2. **Memoria a corto plazo:** Permite recordar la información pasado un tiempo. Informa de lo que la persona está realizando en cada momento. Por ejemplo, recordar al ir a buscar un objeto cuál estoy buscando a pesar de entretenerme con otra cosa por el camino

Ejercicios para mantenerla y desarrollarla:

- Recordar acontecimientos que han ocurrido a lo largo del día.
- Recordar las ideas principales de una reunión.
- Recordar los sucesos de una noticia.
- Reconocer una palabra que esté repetida dentro de una misma lista.

3. **Memoria a largo plazo:** El tiempo que ha pasado desde que suceden los hechos hasta el momento de recordarlos es significativo. Por ejemplo, cómo fue su ingreso en la residencia hace dos años, cómo fue su matrimonio, recordar hechos de su infancia… Hay dos tipos de memoria a largo plazo:

- **Memoria episódica:** Se centra en los hechos o acontecimientos emocionales de la vida de las personas.
- **Memoria semántica**: Recopila el recuerdo de las cosas y los conceptos que aprendemos a lo largo de la vida.

Ejercicios para mantenerla y desarrollarla:

- Recordar los nombres de sus familiares, el lugar de nacimiento…
- Reminiscencia: que consiste en hablar sobre hechos importantes para el usuario, y que sucedieron hace tiempo. Por ejemplo, sobre su profesión, hechos de su juventud…la reminiscencia ayuda a mantener la autoestima personal.

La atención:

La atención es el filtro de la información previo al funcionamiento de la memoria, una función cognitiva importante para poder concentrarse en las actividades y así poder incorporar informaciones a través de la fase de registro de la memoria. Sin una adecuada atención es imposible la adquisición y memorización de la información. De hecho, en ocasiones suelen confundirse las alteraciones de atención con fallos de la memoria.

Los factores que influyen en la atención:

- Dependen de la persona: gustos e intereses, estado físico (como sueño, fatiga...), déficits sensoriales (audición, visión), déficits cognitivos, dificultades de concentración, alguna medicación.
- Dependen del propio estímulo: algo novedoso (lo diferente) llama nuestra atención, las AVD, que se han convertido en rutinas, pasan desapercibidas, por eso no recordamos si hemos cerrado la puerta con llave).

Ejercicios para mantenerla y desarrollarla:

- Localizar en un texto diferentes consonantes.
- Señalar en un texto todas las palabras que empiecen por “B”.

- En una lámina de dibujos encontrar uno en concreto.
- Jugar a palabras encadenadas.
- Al escuchar una canción realizar una actividad concreta cada vez que aparezca una palabra, por ejemplo “corazón”, “amor”, “clavelitos”….
- Pedir que coloreen una figura concreta entre una serie de figuras.

Orientación

La capacidad para saber dónde estamos, quiénes somos o dónde nos encontramos es un proceso que, si se encuentra alterado, crea bastante confusión y alteración en la persona. Suele ser frecuente en procesos de enfermedad, tras ingresos hospitalarios y en las afecciones cognitivas, sobre todo si la persona se encuentra privada de información referente a ello (no sale a la calle, no escucha las noticias, no atiende a los calendarios).

La orientación es fundamental para poder estructurar el resto de los procesos cognitivos, ya que permite organizar la información en un tiempo y en un espacio.

Estas técnicas son muy beneficiosas para personas con deterioro cognitivo progresivo. En personas con grave deterioro cognitivo, puede ser contraproducente, ya que si se ve incapaz de realizarlas puede sentirse frustrado, con ansiedad.

Orientación espacial: Es la capacidad de situarse en el espacio. Para poder hacerlo es necesario establecer unas referencias espaciales.

- Conceptos generales: izquierda-derecha, delante-detrás, arriba-abajo, cerca-lejos.
- Entorno habitual: actividades que tengan como finalidad mantener a la persona orientada en el entorno.
- Orientación geográfica: actividades que tengan como objetivo ubicar a la persona en su país, comunidad autónoma, provincia, ciudad.

Ejercicios para mantenerla y desarrollarla:

- Ejercicios de manipular objetos para trabajar conceptos opuestos, por ejemplo, coloca la pelota roja dentro de la caja azul, tapa la caja amarilla con el pañuelo rosa y deja encima de todo esto la pandereta.

- Identificar las diferentes estancias de la residencia. Para ello mostraremos tarjetas con dibujos en las que aparecen diferentes AVD (comer, bañarse, dormir…) y deberán colocarlas en las estancias correspondientes
- Ubicar la ciudad, provincia y Comunidad Autónoma en un mapa.
- Situar en un plano o mapa los lugares que han sido significativos en su vida.

Orientación Temporal:

Es la capacidad de situarse en el tiempo. Para poder hacerlo es necesario establecer unas referencias temporales:

- Conceptos generales: antes-ahora-después, ayer-hoy-mañana, día-mes-año.
- Rutinas habituales: actividades de la vida diaria (AVD) que le permitan situarse en el momento en el que está y así organizar las actividades que realiza (hora de comer, de cenar...)
- Fechas especiales: recordar los cumpleaños, Navidad, Semana Santa, carnavales y otras fiestas del centro.

Ejercicios para mantenerla y desarrollarla:

- Actualizar el tablero de orientación. Cada día un participante señalará el día numérico, día de la semana, mes, año y estación.
- Decorar las estancias comunes de acuerdo a la estación del año.
- Salidas al exterior para vivenciar las características de la estación. Color de los árboles, temperatura, nieve, flores…
- Poner la hora de la realización de las AVD, con tarjetas con dibujos que identifiquen las actividades, colocar la hora, ordenarlas secuencialmente.
- Señalar en el calendario fechas relevantes. Recordarlas periódicamente.

Orientación personal:

Significa tener una representación de uno mismo: conocer su nombre, edad, pertenencia, reconocer a familiares.

Ejercicios para mantenerla y desarrollarla:

- Realizar juegos de presentación donde aportarán: nombre, apellidos, profesión, estado civil, aficiones etc...
- Reconocer la ropa que lleva puesta y saber cuál es la oportuna para la época del año en el que estamos. Diferenciar entre un montón de ropa cuál es de mujer y cuál de hombre.
- Ejercicios de reconocer a los familiares a través de fotografías, que recuerde las circunstancias de aquel día…

Razonamiento:

El razonamiento es un proceso cognitivo propio del ser humano. Es la capacidad para organizar la información y elaborarla: permite mediante la atención, la memoria y el lenguaje extraer conclusiones y consecuencias de los acontecimientos observados, tomar decisiones y predecir futuros acontecimientos. Su deterioro puede dificultar el recuerdo de la información guardada en la memoria

Las principales técnicas para entrenar el razonamiento son: La categorización, la seriación y establecer jerarquías, todas ellas refuerzan la información almacenada en la memoria.

- **Categorización:** Consiste en ordenar una serie de elementos por un criterio común. Por ejemplo: cuchara, tenedor y cuchillo son…cubiertos, así agrupando los elementos en categorías nos resulta más fácil recordarlos.
- **Seriación:** Consiste en ordenar elementos según una característica determinada: el tamaño, el color. La seriación puede utilizarse para encadenar las AVD : levantarse, ir al baño, asearse, vestirse, desayunar
- **Jerarquización:** Consiste en organizar los elementos en función del nivel de importancia, de urgencia. Por ejemplo, ordenar las actividades por orden de urgencia: asearse, ver la TV, cerrar el grifo del agua….

5. Servicios de atención domiciliaria.

5.1. Servicios, programas y profesionales de atención directa domiciliaria a personas dependientes.

5.2. Características.

5.3. Estructura funcional.

5.4. El equipo interdisciplinar.

Este apartado se ha desarrollado en el Modulo de Higiene y Atención Sanitaria Domiciliaria, en la Unidad Formativa uno. Características y Necesidades de Atención higiénico-sanitaria de las personas dependientes apartado 2.2

UNIDAD FORMATIVA 3 Denominación: INTERRELACIÓN Y COMUNICACIÓN CON LA PERSONA DEPENDIENTE Y SU ENTERNO Código: UF0124

1. Identificación de los problemas de comunicación y lenguaje relacionados con los principales trastornos generales.

1.1. Discapacidad mental.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, la deficiencia mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global la inteligencia: las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización.

El diagnóstico de discapacidad mental depende de las siguientes variables:

- Que la condición haya comenzado antes de los 18 años.
- Que los resultados que arrojen los test de inteligencia sean significativamente menores al promedio de la población. Que existan limitaciones significativas en las capacidades adaptativas de la persona. El diagnóstico plantea que éstas deben darse, a lo menos, en dos de las siguientes áreas:
    1. Comunicación
    2. Cuidado Personal
    3. Vida en el hogar
    4. Habilidades Sociales
    5. Uso de la comunidad y sus recursos
    6. Autodeterminación
    7. Salud y Seguridad
    8. Habilidades académicas funcionales
    9. Tiempo libre y trabajo.

Las causas que originan discapacidad mental pueden ser:

Genéticas: Se pueden trasmitir de padres a hijos. Se deben a anomalías en genes heredados de los padres, errores en la combinación genética u otros desórdenes genéticos, como el síndrome de Down y el síndrome del cromosoma “X” Frágil. También influye el factor edad de la pareja. Existe

cierta prevalencia que origina discapacidad mental en parejas muy jóvenes o de edad madura.

Congenititas: Se refiere a las características o rasgos con los que nace un individuo y que no dependen sólo de factores hereditarios, sino que son adquiridos durante la gestación. El consumo de alcohol y drogas durante el embarazo aumenta las probabilidades de deficiencia en el área mental. Asimismo, la mala nutrición de la madre, la exposición a contaminantes ambientales y enfermedades como la rubéola son factores de riesgo en esta etapa. Del mismo modo, el bajo peso al nacer y los partos prematuros.

Adquiridas: Son las ocasionadas por algún accidente o enfermedad después del nacimiento. Enfermedades que pueden terminar en una encefalitis o meningitis, accidentes como golpes en la cabeza, asfixia por inmersión y la exposición a toxinas como plomo y mercurio pueden provocar graves e irreparables daños en el cerebro y al sistema nervioso central.

La OMS propone una clasificación básica de la discapacidad mental según el coeficiente intelectual: Leve, moderada, severa y profunda.

De acuerdo a esta clasificación y a modo de referencia, se pueden reconocer las siguientes características:

Leve: Se trata de personas capaces de mantener una conversación sencilla. La persona alcanza la independencia para el cuidado personal (comer, asearse, vestirse, controlar esfínter, etc.). Desarrolla habilidades sociales y de comunicación desde edades tempranas. Suele presentar dificultades de aprendizaje generalizado.

Moderada: Hay lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje. La capacidad de cuidado personal y las funciones motrices están en desventaja. La persona logra un desarrollo adecuado de la capacidad social en cuanto a relacionarse con personas próximas de su entorno y a participar en actividades sociales simples.

Severa: Se observa un desarrollo psicomotor muy limitado. La articulación es defectuosa. La persona suele reconocer algunos signos y símbolos. Puede adquirir alguna destreza necesaria para la vida diaria, pero resulta difícil generalizarlo. Suele tener alguna patología asociada, que implique una atención especializada.

Profunda: En general, la persona presenta movilidad restringida o inexistente. Habitualmente, no controla esfínter. Requiere supervisión y ayuda constantemente, ya que suele presentar patologías asociadas.

Dificultades y Barreras

Cuando las personas con discapacidad mental tienen los niveles de autonomía necesarios, en menor o mayor grado, para desempeñarse en los distintos ámbitos sociales enfrentan una serie de dificultades como consecuencia de su deficiencia, en especial debido a los estereotipos y prejuicios que prevalecen respecto a sus capacidades. Si bien hay avances relevantes en los espacios de integración obtenidos por este sector, aún hay obstáculos importantes sustancialmente en su acceso a los sistemas de salud, a la educación y el trabajo.

Cuando se promueve la integración plena de las personas con discapacidad, es fundamental ir eliminando los mitos y creencias que se construyen en torno a este sector de la población. La falta de información, ignorancia, ausencia de empatía y superficialidad son tierra fértil para generar contextos basados en premisas erróneas y discriminadoras, surgiendo barreras muy difíciles de superar.

Puntualmente sobre las **personas con discapacidad mental,** hay una serie de **mitos que es necesario sacar del sistema de creencias:**

- Como característica global, que no son capaces.
- Que tienen corta vida.
- Que no pueden desenvolverse solos.
- Que son siempre niños, no se transforman en adultos.
- Que su vida emocional y sexual están limitadas.
- Que no entienden lo que uno habla
- Que no pueden trabajar.
- Que son totalmente dependientes.
- Que no aprenden.

Características de la comunicación y el lenguaje:

- El desarrollo del lenguaje dependerá del grado de discapacidad intelectual (cuanto más leve sea la discapacidad mayor será el desarrollo del lenguaje y la comunicación).
- Las limitaciones comunicativas influirán en el aprendizaje y desarrollo de las otras funciones cognitivas (memoria, atención, razonamiento…).

- Suelen presentar un procesamiento lento de la información y de la capacidad de reacción, lo que dificulta el mantenimiento de las conversaciones.
- Dificultad para comprender y producir mensajes verbales.
- Suelen presentar problemas de aprendizaje: para comprender conceptos abstractos, adquirir vocabulario nuevo… por lo que en muchos casos las conversaciones se limitan a hechos cotidianos.
- Algunas personas con discapacidad intelectual presentan malformaciones en los órganos implicados en el habla (boca, lengua, dientes,…) lo cual obstaculiza el lenguaje oral causando diglosias (dificultad para articular los fonemas)
- Muchas veces presentan falta de iniciativa para interactuar verbalmente, problemas y dificultades en la expresión de necesidades, lo cual les dificulta las relaciones interpersonales

1.2. Parálisis cerebral infantil.

La Parálisis cerebral (en adelante PC), también conocida como Parálisis cerebral Infantil, abarca un conjunto de trastornos crónicos debidos a una lesión o defecto en el desarrollo del cerebro inmaduro (trastorno neuromotor). Para poder hablar de PC, la lesión tiene que ocurrir en el período comprendido entre los primeros días de gestación y los 3 o 5 años de vida. El término Parálisis hace referencia a una debilidad o problema en la utilización de los músculos, que se manifiesta con alteraciones en el control del movimiento, el tono muscular y la postura. Mientras que el término Cerebral quiere resaltar que la causa de la parálisis cerebral radica en una lesión (herida y posterior cicatriz) en las áreas motoras del cerebro que controlan el movimiento y la postura. La PC puede sobrevenir antes del nacimiento por factores perinatales, durante el parto (anoxia o falta de oxígeno en el cerebro, bajo peso al nacer, comprensión de la cabeza, etc.) o con posterioridad por factores postnatales (anoxia, traumatismos, infecciones, etc.).

Además de las limitaciones para el movimiento, pueden presentarse otros síntomas asociados: de la cognición (déficit intelectual), de la comunicación (dificultades en la articulación de las palabras), sensoriales y crisis convulsivas (epilepsia).

No hay una PC típica. Las causas, aspectos clínicos y la gravedad varían de unas personas a otras. La PC no es un trastorno progresivo, aunque puede mejorar con la edad y el tratamiento, aunque, actualmente, no tiene cura. No es contagiosa ni suele ser hereditaria.

La aparición de los primeros síntomas de la PC tiene lugar antes de los tres años de edad. Al niño o la niña le cuesta girarse cuando está tumbado, sentarse, gatear, sonreír o caminar.

La PC se caracteriza por alteraciones del tono muscular, la postura y el movimiento. Atendiendo al modo en que afectan al tono muscular, se distinguen los siguientes tipos:

- Parálisis Cerebral Isotónica. El tono es muscular normal.
- Parálisis Cerebral Hipertónica. Se manifiesta por un aumento del tono muscular.
- Parálisis Cerebral Hipotónica. Se manifiesta por una disminución del tono muscular.
- Parálisis Cerebral Variable. Se caracteriza por la variación del tono muscular

Síntomas asociados.

- Problemas auditivos.
- Agnosias: Alteraciones del reconocimiento de los estímulos sensoriales, especialmente, las relacionadas con el tacto.
- Apraxias: Pérdida de la facultad de llevar a cabo movimientos coordinados para un fin determinado. También supone la pérdida de la comprensión del uso de los objetos cotidianos, provocando comportamientos inútiles. En definitiva, es la incapacidad para realizar movimientos adecuados.
- Alteraciones de la atención: Por lo que la persona se distrae con frecuencia.
- Discinesia: Dificultades para realizar movimientos voluntarios
- Contracturas musculares y dislocaciones: Debidas a las alteraciones del tono muscular y los problemas para mover las articulaciones.
- Déficit Intelectual: La PC no tiene porqué ir asociada a un nivel de inteligencia inferior. Tradicionalmente, se pensaba que las personas con parálisis cerebral, que no controlaban sus movimientos o no podían hablar, tenían un déficit intelectual. Sin embargo, hoy en día se estima que entre estas personas, aproximadamente un tercio tiene un déficit mental moderado o grave, otro tercio, una deficiencia leve y el resto presenta una inteligencia normal.
- Alteraciones visuales: El problema visual más frecuente es el estrabismo, en el que los ojos no están alineados. Puede causar visión doble o que el niño ignore la información que le llega del ojo que está desviado. El estrabismo se corrige mediante gafas y, en los casos más

graves, mediante una operación quirúrgica. En algunos casos, puede estar dañada la zona del cerebro encargada de la interpretación de las imágenes visuales. En la PC se conocen pocos casos de ceguera. Las personas con hemiplejia pueden limitar su percepción a un campo visual, ignorando el otro (hemianopsia).

- Problemas de comunicación: Los problemas para comunicarse de las personas con PC pueden deberse a un bajo nivel intelectual y/o por dificultades en el habla y el lenguaje, es decir, problemas en la articulación de las palabras. Estas últimas tienen que ver con la capacidad para controlar los músculos fonatorios: lengua, paladar y cavidad bucal.
- Problemas para tragar y masticar: Están relacionados con las dificultades en el habla y el lenguaje. Las dificultades para alimentarse pueden desembocar en desnutrición, haciendo a las personas con PC más vulnerables a las infecciones y a los problemas del crecimiento.
- Crisis Epilépticas: Una de cada tres personas con PC padecen crisis epilépticas impredecibles. Se trata de pérdidas de conciencia debidas a la interrupción de la actividad eléctrica cerebral ocasionada, a su vez, por estallidos de electricidad. La pérdida de conciencia puede ir precedida de gritos y seguida de sacudidas de piernas y brazos, convulsiones y micción involuntaria
- Problemas de crecimiento: Supone una falta de crecimiento o del desarrollo en los niños no debida a una carencia de alimentos. Los bebés pueden presentar bajo peso y, en la adolescencia, se puede producir un retraso en el desarrollo sexual. En los casos de hemiplejia, los músculos de las extremidades afectadas pueden ser más pequeños, debido, probablemente, a un retraso en el crecimiento de esta zona. Se cree que se produce una interrupción del proceso de crecimiento normal del cuerpo.
- Incontinencia de la vejiga: Con frecuencia, las personas con PC sufren incontinencia debido a la falta de control de los músculos que mantienen cerrada la vejiga.
- Babeo: La falta de control de los músculos de la garganta, la boca y la lengua puede conducir al babeo. Este síntoma puede causar irritaciones graves de la piel. Las personas con PC pueden aislarse para evitar el rechazo social que suscita el babeo.

¿Cuántos tipos de PC se conocen?

PC Espástica: Se caracteriza por un aumento excesivo del tono muscular (hipertonía), acompañado de un elevado grado de rigidez muscular (espasticidad), que provoca movimientos exagerados y poco coordinados o armoniosos, especialmente en las piernas, los brazos y/o la espalda. Cuando la espasticidad afecta a las piernas, éstas pueden encorvarse y cruzarse en las rodillas, dando la apariencia de unas tijeras, lo que puede dificultar el andar. Algunas personas, experimentan temblores y sacudidas incontrolables en uno de los lados del cuerpo que, si son severas, interfieren en la realización de los movimientos.

PC Discinética o Atetósica: Afecta, principalmente, al tono muscular, pasando de estados de hipertonía (elevado tono muscular) a hipotonía (bajo tono muscular). Las alteraciones del tono muscular provocan descoordinación y falta de control de los movimientos, que son retorcidos y lentos. Estas alteraciones desaparecen durante el sueño. En la PC Discinética se producen problemas para de movimiento de las manos y los brazos, las piernas y los pies, lo que dificulta la postura al sentarse y caminar. En algunos casos, también afecta a los músculos de la cara y la lengua, lo que explica las muecas involuntarias y el babeo de algunas de estas personas. La descoordinación también puede afectar a los músculos del habla, dificultando la articulación de las palabras (disartria). En las situaciones de estrés emocional, disminuye la capacidad para controlar los movimientos.

PC Atáxica: Se caracteriza por una marcha defectuosa, con problemas del equilibrio, y por la descoordinación de la motricidad fina, que dificultan los movimientos rápidos y precisos (por ejemplo, abrocharse un botón). Caminan de forma inestable, separando mucho los pies. Las personas pueden sufrir temblores de intención, es decir, al comenzar algún movimiento voluntario, como coger un libro, se produce un temblor en la parte del cuerpo implicada, en este caso la mano. El temblor empeora a medida que se acerca al objeto deseado.

PC Mixta. Lo más frecuente es que las personas con parálisis cerebral presenten una combinación de algunos de los tres tipos anteriores, especialmente, de la espástica y la atetósica.

Características de la comunicación y del lenguaje

- La producción oral está afectada por la falta de control de los órganos implicados en el habla (músculos faciales, lengua, boca...).
- En ocasiones la respiración es irregular y descoordinada, lo que provoca alteraciones en la voz, bloqueos, interrupciones o retraso en el inicio de las vocalizaciones.

- El habla es muy imprecisa, con pausas colocadas de modo extraño y se acompaña de movimientos corporales que no pueden controlar y que tampoco aportan apoyo a la comunicación.
- Sufren alteraciones en la intensidad y el timbre de la voz.
- Presentan disartrias (dificultades en la articulación de las palabras).
- El ritmo también está afectado, suele ser lento, irregular y monótono.
- Limitaciones en los movimientos corporales, lo que va a afectar a las funciones cognitivas y el desarrollo del lenguaje.
- Dificultades para producir mensajes (para expresarse).
- Dificultades para comprender, interpretar y elaborar una respuesta (si además hay una discapacidad intelectual asociada).

1.3. Autismo.

El autismo se caracteriza por un amplio espectro de limitaciones graves en diversos aspectos fundamentales del desarrollo: la capacidad imaginativa, el comportamiento, la comunicación y la interacción social recíproca. Para diagnosticar el autismo es preciso que se presenten trastornos sintomáticos del comportamiento en todos los ámbitos mencionados antes de la edad de tres años. Aunque los padres a menudo perciben durante la lactancia que su hijo no es completamente normal, resulta muy difícil diagnosticar el autismo antes de los dieciocho meses de vida. Esto se debe a que los trastornos del comportamiento que se utilizan desde la perspectiva del desarrollo para establecer el diagnóstico no se presentan de forma clara antes de alcanzada dicha edad.

La mayoría de los niños con autismo tiene también retraso mental, si bien una minoría posee una inteligencia normal. Muchos de ellos padecen también epilepsia y tanto las deficiencias auditivas como las visuales se encuentran más a menudo en éste grupo. Las personas afectadas por el síndrome de Asperger, un trastorno similar al autismo, poseen una capacidad intelectual normal.

¿Cómo se manifiesta el autismo?

Las dificultades en el ámbito de la interacción social recíproca son a menudo lo que más llama la atención del autismo. Ya desde edad muy temprana el niño puede tener dificultades, al estar en contacto con los demás, para mirar y comprender miradas, para emplear y entender expresiones faciales, gestos, diferentes tonos de voz, etc. Muchos niños con autismo no muestran ninguna reciprocidad social o emocional y tampoco comparten de manera espontánea placeres e intereses

con sus padres ni buscan consuelo en ellos. Los niños autistas no siempre se interesan por otros niños de su edad y cuando lo hacen les suele resultar difícil hacer amigos y conservarlos

Los niños con autismo presentan frecuentemente un registro limitado de comportamientos, intereses y actividades a los que se entregan de manera reiterativa y estereotipada. Un ejemplo para ilustrar lo anterior es dedicarse de manera intensiva a actividades como hacer girar la rueda de un coche o alinear todos los juguetes una y otra vez, pero sin jugar de manera espontánea y variada a juegos de representación e imitación social.

Los cambios en general, como que un objeto se cambie de lugar o que se haga algo en un orden distinto al acostumbrado, pueden también resultar difíciles de soportar para una persona afectada de autismo.

El autismo constituye una limitación funcional que persiste durante toda la vida. Hasta ahora no se ha encontrado la manera de curar el autismo.

¿Qué abarca el espectro autístico?

El espectro autístico es una denominación general que abarca una variedad de diagnósticos que presentan síntomas similares.

- **El síndrome autístico:** Es el más completo del espectro del autismo. Se lo suele denominar abreviadamente autismo. La mayoría de afectados por el autismo tiene además retraso mental. Pero también las personas con inteligencia normal pueden tener autismo. A esta última modalidad de autismo se la llama autismo de alto funcionamiento o, lo que es más correcto, autismo en personas de alto funcionamiento.
- **El síndrome de Asperger:** Es autismo en personas con capacidad intelectual normal o superior sin las dificultades lingüísticas que entraña el autismo.
- **Trastorno similar al autismo, autismo atípico o trastorno generalizado del desarrollo no especificado:** Se suelen utilizar como sinónimos. Estos diagnósticos significan que el individuo no cumple todos los criterios del autismo o del síndrome de Asperger pero padece trastornos graves de la misma naturaleza.
- **El trastorno desintegrador infantil:** Es muy infrecuente y supone que el niño desarrolla autismo después de haber cumplido los dos o tres años de edad. Con anterioridad el niño se había desarrollado normalmente.

Características de la comunicación y del lenguaje:

- Verbalización reducida.
- Falta de imaginación para anticipar o imaginar lo que el otro está pensando. Algunos presentan "ecolalias" (repetición de palabras o frases que le acabamos de decir: ej. "¿cómo te llamas?" Y él repite "cómo te llamas".
- A menudo retraso del lenguaje o incluso ausencia del lenguaje.
- Dificultades para mantener conversaciones.
- Alteraciones en el ritmo, volumen, velocidad y entonación.
- Problemas en la regulación de los turnos de palabra.
- Mirada huidiza (no mantiene el contacto ocular durante la conversación)
- A veces incapacidad para comprender el lenguaje oral.
- Mala articulación verbal.
- Dificultades para encontrar la relación palabra-concepto (significado). - Mutismo selectivo ante determinadas situaciones.
- Dificultades en el uso del lenguaje con fines comunicativos. Este trastorno se hace visible en la falta de regulación de los turnos de intervención, la falta de habilidad para iniciar y terminar conversaciones, la comprensión del doble significado del lenguaje (utilizado en los chistes), en la falta de petición de aclaraciones para comprender los mensajes.

1.4. Parkinson.

La primera descripción de la enfermedad fue hecha por el médico británico James Parkinson en 1817, a raíz de observar a seis pacientes con los síntomas típicos de la enfermedad, a la cual denominó parálisis agitante. Posteriormente, fue el célebre neurólogo francés Charcot quién le otorgó el nombre de Enfermedad de Parkinson (por sus siglas, EP, como nos referiremos a ella a partir de ahora).

Decimos que la EP es un trastorno neurodegenerativo porque afecta al sistema nervioso, produciéndose unos mecanismos de daño y posterior degeneración de las neuronas ubicadas en la sustancia negra. Estas neuronas se encargan de producir la dopamina, una sustancia química (neurotransmisor) fundamental para que el movimiento del cuerpo se realice correctamente. Cuando el cerebro no dispone de la dopamina suficiente para mantener un buen control del movimiento, los

mensajes de cómo y cuándo moverse se transmiten de forma errónea, apareciendo de forma gradual los síntomas motores típicos de la enfermedad. Pero también se ha visto que hay otras neuronas afectadas en la EP y por tanto otros neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y acetilcolina, lo que nos va a explicar otros síntomas no motores de la enfermedad.

La edad media de comienzo de la enfermedad está en torno a la sexta década de la vida, aunque uno de cada cinco pacientes es diagnosticado antes de los cincuenta años. La EP afecta más a los hombres que a las mujeres.

La EP es una enfermedad crónica y progresiva, es decir, los síntomas empeoran con la evolución de la enfermedad. Su curso suele ser gradual, afectándose típicamente al comienzo de la enfermedad un solo lado del cuerpo. La EP es un trastorno muy heterogéneo, cada paciente puede presentar unos síntomas y curso muy variable. No hay ningún factor que nos permita predecir su curso en un determinado paciente. Por ello, es una enfermedad en la que especialmente el tratamiento deberá ser individualizado.

Síntomas motores de la EP

La EP se caracteriza por la presencia de síntomas motores y síntomas no motores. No todos los pacientes los desarrollarán, ni su evolución tiene que ser igual.

Existen 4 síntomas cardinales o típicos que definen la enfermedad. Según los criterios de diagnóstico actuales, para diagnosticar a un paciente de EP éste deberá presentar al menos 3 de los siguientes síntomas:

- **Temblor**: Hasta un 70% de los afectados comienzan con temblor como primer síntoma de la enfermedad. El temblor Parkinsoniano es característicamente un temblor de reposo, es decir, aparece cuando no se realiza ninguna tarea con la parte del cuerpo que tiembla. Típicamente suele comenzar en las extremidades, afectando a la mano o a un pie, pero también puede afectar a la mandíbula o a la cara (párpados, labios). El temblor Parkinsoniano puede mejorar o desaparecer cuando vamos a realizar un movimiento concreto y aumentar en situaciones de estrés. El temblor se suele difundir al otro lado del cuerpo a medida que avanza la enfermedad, aunque generalmente será más marcado en el lado en que éste comenzó. Aunque el temblor es el síntoma más notorio y quizás conocido de la enfermedad, no todos los pacientes con párkinson desarrollarán temblor.
- **Bradicinesia:** El paciente con párkinson tardará en realizar una tarea más tiempo de lo que previamente hubiera necesitado, puede tener dificultad para iniciar un movimiento o cesar

bruscamente una actividad que esté llevando a cabo. La bradicinesia se refleja también en la amplitud del movimiento, que puede verse reducida, así como en tareas motoras finas de la vida cotidiana como abrocharse los botones, cortar la comida, atarse los cordones de los zapatos o cepillarse los dientes. Se producen cambios en la escritura y la letra se hace más pequeña, lo que se conoce como micrografía La "marcha Parkinsoniana" también es una manifestación de la bradicinesia. De forma característica, se trata de una marcha lenta, a pasos cortos, arrastrando los pies y con una disminución o ausencia de braceo.

- **Rigidez:** La rigidez constituye un aumento del tono muscular: los músculos están constantemente tensos y no se pueden relajar bien. La rigidez puede provocar: Reducción de la amplitud de los movimientos: como el balanceo de los brazos al caminar. Dificultad para girarse en la cama o incorporarse de una silla. Dolor y calambres en las extremidades y sensación de tensión en el cuello o la espalda. Disminución de la expresividad facial por la rigidez de la musculatura de la cara, dando lugar a una dificultad para sonreír o a un rostro serio o inexpresivo.
- **Inestabilidad postural:** La inestabilidad postural (alteración del equilibrio) se ha considerado el cuarto signo típico de la EP. A medida que la enfermedad avanza, los pacientes Parkinsonianos tienden a adoptar una postura encorvada, con una flexión del tronco hacia delante, o incluso lateralmente, lo que contribuye al desequilibrio.

Características de la comunicación y del lenguaje:

- El habla es lenta, débil y a veces no se entiende. La voz se vuelve monótona, ronca y con temblor vocal, pérdida de inflexiones naturales del lenguaje.
- Dificultades para iniciar el habla, seguido de una brusca aceleración del ritmo y acortamiento de las palabras y terminando con repeticiones en un tono y volumen bajo.
- Lentitud al responder, aunque esto no significa que haya problemas en la comprensión del mensaje.
- Los músculos faciales y por lo tanto la expresividad del rostro también está afectada (aspecto de máscara) con lo que esto se suma a las dificultades de expresión.
- En cuanto al lenguaje escrito, la letra se vuelve pequeña (micrografía).

1.5. Alzheimer

¿Qué es la demencia? La demencia es la pérdida de la función cognitiva (pensar, recordar, razonar) hasta el punto que interfiere con la vida y las actividades diarias de las personas. La demencia abarca desde un estado leve, cuando se empiezan a afectar la función cognitiva y las habilidades cotidianas, hasta el estado más grave, en el que el paciente depende por completo de otras personas para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

¿Qué es la enfermedad de Alzheimer? La enfermedad de Alzheimer es la forma más frecuente de demencia, y afecta al 60-80% de los casos de demencia. **Se trata de una enfermedad irreversible y degenerativa del cerebro que afecta progresivamente la memoria y la capacidad de pensar, hasta llevar, finalmente, a la incapacidad de llevar a cabo las tareas más simples**. El principal factor de riesgo conocido es la edad avanzada, y la probabilidad de desarrollar la enfermedad se duplica cada cinco años a partir de los 65 años. Después de los 85 años, el riesgo alcanza casi el 50%.

Se están investigando dos proteínas específicas la beta amiloide y la tau como posibles biomarcadores (indicadores cuantificables) de la enfermedad de Alzheimer. La acumulación anormal en el cerebro de estas proteínas conduce al desarrollo de placas de amiloide y de ovillos neurofibrilares de tau que causan la muerte neuronal.

La investigación ha demostrado que la corteza cerebral que se relaciona con la capacidad de pensamiento, planificación y recuerdo es la primera área del cerebro que se ve afectada. En concreto, es aquí donde se acumulan los depósitos de placa amiloide. A medida que la enfermedad avanza, otras zonas del cerebro también experimentan una amplia afectación neuronal hasta que finalmente el daño alcanza a todas las estructuras cerebrales.

Se cree que los cambios en el cerebro (debido a la acumulación de las placas de amiloide) en la enfermedad de Alzheimer comenzarían 20 años antes (o incluso antes) de la aparición de los primeros síntomas.

Fases de la enfermedad:

1ª Fase inicial: Se aprecian fallos de memoria, disminución de vocabulario (falta de palabras, nombres y objetos), dificultades de atención y concentración, trastornos de personalidad y de estado de ánimo (ansiedad o depresión), desorientación en lugares no conocidos, bajo rendimiento laboral. La persona es independiente y puede llevar una vida normal (sus fallos pasan inadvertidos).

2ª Fase intermedia: trastornos de memoria (inmediata y a largo plazo), alteraciones en el manejo del dinero, apraxias, incapacidad para realizar tareas complejas, desorientación en el tiempo y en el espacio, agnosias (incapacidad para reconocer objetos, caras…) y trastornos del lenguaje. Se precisa supervisión para la realización de las AVD, pero no para el aseo o la comida.

3ª Fase terminal: Aparece la dependencia y falta de autonomía para la realización de todas las AVD, desorientación total en las tres esferas (tiempo-espacio-persona), pérdida de las habilidades verbales, incontinencia de esfínteres, trastornos de la marcha. Necesitan ayuda constante y permanente.

Características de la comunicación y del lenguaje:

- El lenguaje se ve afectado de forma progresiva: al principio la persona se da cuenta de que tiene problemas para recordar y ello afecta a la forma en que se comunica con los demás. Esto le causa tristeza, inseguridad y frustración.
- Dificultad progresiva para la producción y comprensión de mensajes (afasia).

En la primera fase:

- Aparecen pérdidas ocasionales de vocabulario.
- Dificultades para comprender ideas complejas.
- Disminución de las interacciones comunicativas.

En la Segunda fase:

- El vocabulario se empobrece.
- Dificultades frecuentes para encontrar la palabra adecuada.
- Pierden el hilo de la conversación.
- Utilizan palabras inventadas para referirse a objetos cuyo nombre no recuerdan.

En la tercera fase:

- Disminución del lenguaje.
- Pérdida de iniciativa para comunicarse.
- Comprensión muy mermada.
- Olvida la forma en cómo se articulan las palabras.

- Se limita a emitir quejidos, sonidos, gruñidos…

1.6. Esclerosis lateral amiotrofia.

La esclerosis lateral amiotrofia (ELA) es una enfermedad del sistema nervioso central, caracterizada por una degeneración progresiva de las neuronas motoras en la corteza cerebral (neuronas motoras superiores), tronco del encéfalo y médula espinal (neuronas motoras inferiores). La consecuencia es una debilidad muscular que avanza hasta la parálisis, extendiéndose de unas regiones corporales a otras. Amenaza la autonomía motora, la comunicación oral, la deglución y la respiración, aunque se mantienen intactos los sentidos, el intelecto y los músculos de los ojos. El paciente necesita cada vez más ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, volviéndose más dependiente.

La atención temprana a estos pacientes contribuye a su mejor formación y a la de sus familiares para prevenir situaciones de deterioro y afrontar el proceso de dependencia.

Manifestaciones clínicas de la ELA:

Debilidad y pérdida de fuerza muscular, presencia de calambres, contracciones musculares. Estos síntomas afectan a la movilidad y realización de actividades cotidianas, así como al habla, la respiración, la masticación y la deglución. La enfermedad evoluciona en algunos casos con lentitud, produciendo progresivamente parálisis muscular.

No causa dolor, aunque la debilidad y los calambres musculares provocan molestias. No se ven afectados los movimientos del corazón, estómago, intestinos, ni las funciones intelectuales, los sentidos, los esfínteres ni la función sexual.

Características de la comunicación y del lenguaje:

- Voz gangosa, ritmo lento, dificultad para tragar (disfagia), excesiva salivación, todo ello influirá en la emisión de mensajes.
- La comunicación no verbal (gestos, expresión facial) también está comprometida, ya que la parálisis dificulta la expresión.
- En las fases finales de la enfermedad estas dificultades se agravan hasta el punto de hacer imposible la comunicación
- Dificultades en la motivación para comunicarse.

1.7. Esclerosis múltiple

La EM es una enfermedad del sistema nervioso central en el que se diferencian dos partes principales, el cerebro y la médula espinal. Envolviendo y protegiendo las fibras nerviosas del sistema nervioso central hay un material compuesto por proteínas y grasas llamado mielina que facilita la conducción de los impulsos eléctricos entre las fibras nerviosas. En la EM la mielina se pierde en múltiples áreas dejando, en ocasiones, cicatrices (esclerosis). Estas áreas lesionadas se conocen también con el nombre de placas de desmielinización.

La mielina no solamente protege las fibras nerviosas sino que también facilita su función. Si la mielina se destruye o se lesiona, la habilidad de los nervios para conducir impulsos eléctricos desde y al cerebro se interrumpe y este hecho produce la aparición de síntomas. Afortunadamente, la lesión de la mielina es reversible en muchas ocasiones.

A pesar de que la causa exacta de la EM se desconoce, muchos científicos creen que la destrucción de la mielina es el resultado de una respuesta anormal del sistema inmunológico hacia el propio organismo. Normalmente el sistema inmunológico defiende el organismo de “invasores” ajenos como por ejemplo los virus o bacterias. En las enfermedades autoinmunes, el organismo ataca sin advertencia su propio tejido. En la EM, la sustancia atacada es la mielina. Los científicos aún no saben lo que impulsa al sistema inmunológico a atacar la mielina. La mayoría coincide en que son varios los factores que están involucrados.

Ello depende de las áreas del sistema nervioso central lesionadas y no todas las personas están afectadas de la misma manera. Los síntomas no solamente varían entre diferentes personas sino también en una misma persona y según el momento. También pueden variar en gravedad y duración. Una persona con EM experimenta normalmente más de un síntoma pero no todas las personas van a experimentar todos los síntomas existentes.

Los síntomas incluyen debilidad, hormigueo, poca coordinación, fatiga, problemas de equilibrio, alteraciones visuales, temblor, espasticidad o rigidez muscular, trastornos del habla, problemas intestinales o urinarios, andar inestable (ataxia), problemas en la función sexual, sensibilidad al calor, problemas con la memoria a corto plazo y ocasionalmente problemas de juicio o razonamiento (problemas cognitivos). Hay que remarcar que la mayoría de las personas con EM no tienen todos estos síntomas.

¿Cómo se diagnostica la EM? La EM se diagnostica por exclusión, por lo tanto con una sola prueba no puede diagnosticarse se requieren todos o algunos de los procedimientos siguientes:

- Un historial médico en el cual el especialista analizará signos y síntomas.
- Un exhaustivo examen neurológico.
- Unas pruebas llamadas “potenciales evocados” que miden la respuesta del sistema nervioso central frente a estímulos específicos (ruido, imágenes, estímulos sensitivos).
- La RM (resonancia magnética), una forma relativamente nueva para visualizar imágenes precisas y altamente detalladas del cerebro y la médula espinal.
- La punción lumbar para analizar la composición del líquido que envuelve la médula espinal (líquido cefalorraquídeo).

Características de la comunicación y del lenguaje:

- La voz: pérdida de fuerza de los músculos implicados en la fonación, lo que causa alteraciones en el tono, timbre e intensidad de la voz.
- Alteraciones de la velocidad (ritmo lento o muy rápido).
- Repetición de sílabas o palabras.
- Afasia o dificultad para producir y comprender mensajes.
- Deformaciones de las palabras.
- Cambios de unas palabras por otras.

1.8. Deficiencias auditivas.

La deficiencia auditiva, se refiere a la pérdida o anormalidad de una función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral.

Partiendo de que la audición es la vía principal a través de la que se desarrolla el lenguaje y el habla, debemos tener presente que cualquier trastorno en la percepción auditiva del niño, a edades tempranas, va a afectar a su desarrollo lingüístico y comunicativo, a sus procesos cognitivos y, consecuentemente, a su posterior integración escolar, social y laboral.

Dependiendo del momento de aparición, del tipo y del grado de las mismas las perdidas auditivas pueden ser:

Según el momento de adquisición:

- **Sordera prelocutiva**: la pérdida auditiva está presente antes de que se haya desarrollado el

lenguaje.

- **Sordera postlocutiva:** la pérdida auditiva aparece cuando ya existe lenguaje.

Según el grado de pérdida auditiva:

- **Pérdidas profundas:** en este caso la pérdida auditiva supera los 90 dB y se sitúa entre (91-100 dB).
- **Pérdidas severas:** la pérdida auditiva se sitúa entre los (71 y 90 dB).
- **Pérdidas medias:** la pérdida auditiva se encuentra entre (41 y 70 dB).
- **Pérdidas leves:** el umbral de audición está situado entre (20 y 40 dB).

Dependiendo del momento de aparición de la pérdida auditiva, del tipo y el grado de la misma, las consecuencias que tiene la sordera sobre el desarrollo comunicativo y lingüístico de la persona variarán y condicionarán la orientación y el tratamiento audio protésico y rehabilitador, que será necesario aplicar en cada caso con objeto la persona con discapacidad auditiva pueda desarrollar con mayor facilidad y de manera más natural todas sus capacidades y habilidades cognitivas, comunicativas y lingüísticas, y acceder a mejores opciones vocacionales y laborales.

Factores que la causan:

Genética: De carácter hereditario, el 50% de los casos es de este tipo.

Adquirida: Por causas neonatales (en el momento del nacimiento o primeras horas de vida) y posnatales (otitis, tumores, fracturas de oído...).

Características de la comunicación y del lenguaje:

- Presentan dificultades para captar la información auditiva (palabras, tono, volumen, ritmo…). Sí captan señales no verbales (gestos, posturas, expresiones faciales…).
- Suelen presentar problemas en la articulación de los fonemas (no pronuncian correctamente porque han tenido dificultad para imitar los sonidos).
- Deficiencias en la estructura de la conversación por desconocimiento de las convenciones sociales.

1.9. Deficiencias visuales.

Una deficiencia visual o ceguera se define funcionalmente, como la pérdida total o parcial del sentido de la vista.

Para determinar ese grado de ceguera actualmente se están utilizando dos parámetros, que son:

- **La agudeza visual:** Que es la capacidad para discriminar claramente los detalles finos en objetos que están situados a una distancia determinada. La agudeza visual va a ser el resultado de dividir la distancia a la que una persona ve un objeto por la distancia a la que tendría que ver si su visión fuese la adecuada. Este parámetro sólo informa de la visión foveal, que es la zona de la retina que nos informa de la mayor capacidad de agudeza visual, con lo cual este parámetro sólo va a determinar un tipo de deficiencia. a Escala de Wecker es la que utiliza la O.N.C.E. y la O.M.S. para determinar la distancia del objeto.
- **Campo de visión:** Hace referencia a los límites de captación luminosa que tienen ambos ojos. Es decir, qué capacidad tiene el ojo para recibir la información luminosa que le llega desde distintos ángulos

Para la O.M.S. se considera ciego a aquella persona que no consigue tener en sus dos ojos, ni siquiera con corrección de cristales, una agudeza visual de 1/10 en la escala Wecker o una reducción en su campo de visión total del 35%

La clasificación más utilizada en el campo educativo es la que realiza Barraga , la cual divide a las personas con deficiencia visual en cuatro dimensiones:

- **Ciegos:** Aquellas personas que tienen visión nula o que únicamente puede percibir algunas gradaciones de luz. Desde el punto de vista educativo no van a poder utilizar la visión para adquirir ningún conocimiento, por lo cual todos esos conocimientos se van a basar en la utilización del braille.
- **Ciegos parciales:** Aquellas persona que tienen un resto visual que les permite percibir la luz, algunas gradaciones de color, pueden distinguir bultos y contornos. Pero la visión funcional que tiene va a ser muy reducida (igual o menor 1/10).
- **Baja visión:** Son personas con un resto visual que les permite ver objetos a pocos centímetros. Barraga recomienda que a estas personas se les enseñe a desenvolverse cuanto antes en el sistema braille. Dice también que los centros educativos deben de comprometerse a dotarles de los recursos necesarios para que la mayoría de los conocimientos sean aprendidos a través de su resto visual (suelen ser alumnos de integración).
- **Personas con limitación visual:** Son personas con un mayor resto visual pero que, debido a su deficiencia, necesitan constantemente una iluminación adecuada, utilización de herramientas que les permitan acceder a los textos como lupas, adaptaciones de los

materiales que se utilicen y en ocasiones un sistema informático para determinadas actividades.

Características de la comunicación y del lenguaje:

- No presentan dificultades para el desarrollo del lenguaje oral ni alteraciones lingüísticas.
- Presentan problemas con toda la información No verbal (gestos, expresiones, miradas, postura corporal) lo que repercutirá a la hora de recibir e interpretar los mensajes.

1.10. Sordoceguera.

Se puede afirmar que una persona es sordociega cuando siendo ciega o deficiente visual es también sorda o deficiente auditiva, de forma tal que le es difícil, cuando no imposible, comunicarse con los demás con normalidad.

Esta idea casi obvia sobre quién es sordociego contrasta con la dificultad real para determinar cuantitativamente cuál es el grado de deficiencia visual que, combinado con determinado nivel de deficiencia auditiva, colocan a la persona en la situación de incomunicación que la convierte en sordociega. Los parámetros que definen una deficiencia visual o una deficiencia auditiva son diversos, y cada uno de ellos tiene una medida y un modo de medirse. Concretar qué combinación numérica determina la realidad funcional de incomunicación es imposible, aun sin tener en cuenta otras variables individuales. El óptimo funcionamiento conjunto de ambos sentidos de la distancia, la vista y el oído, en una persona sin ninguna deficiencia sensorial facilita la integración perceptiva de los estímulos que llegan desde los demás sentidos. Se puede decir que el aprendizaje se realiza, el mundo se interpreta, las personas se comunican, gracias al permanente proceso de asimilación sensorial de los estímulos que llegan desde los sentidos, y en este proceso tienen especial relevancia la vista y el oído, al ser, junto con el olfato, los sentidos que permiten percibir estímulos distales y los responsables de proporcionar la información principal en el entorno sonoro-visual en el que nos desenvolvemos.

Como consecuencia de la incomunicación y desconexión con el mundo que la privación sensorial genera en las personas sordociegas, estas presentan una serie de dificultades, que se manifestarán, de acuerdo a sus características, en la comunicación, en el acceso a la información, a la educación, a la capacitación profesional, al trabajo, a la vida social y a las actividades culturales. Algunas personas sordociegas son totalmente sordas y ciegas, mientras que otras tienen restos auditivos o visuales o ambos. En el caso de las personas sordociegas de nacimiento, o de las que adquieren la sordoceguera a temprana edad, la situación se complica por el hecho de que pueden darse

problemas adicionales que afecten a su personalidad o conducta derivados de la incomunicación en la que viven o de otros déficit añadidos. Tales complicaciones reducen aún más sus posibilidades de aprovechar cualquier resto visual o auditivo. De todo ello se deduce que la sordoceguera es una discapacidad singular, por lo que se podría considerar con entidad propia, y que las personas sordociegas requieren servicios especializados, personal específicamente formado para su atención y métodos especiales de comunicación y para hacer frente a las actividades de la vida diaria.

Grupos de personas sordociegas

Grupo I: Personas con sordoceguera congénita.

Causas más frecuentes:

Causas prenatales:

- Infecciones intrauterinas (rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus, sífilis, sida, etc.).
- Hábitos maternos inapropiados (alcoholismo, drogadicción).
- Fármacos.
- Patologías maternas.
- Desórdenes genéticos.

Causas perinatales

- Traumatismos perinatales (fórceps, partos complicados)
- Prematuridad con complicaciones.
- Hiperbilirrubemia.

Causas posnatales

- Meningitis bacteriana compleja.
- Traumatismos.

Grupo II: Personas sordociegas con deficiencia auditiva congénita y una pérdida de visión adquirida durante el transcurso de la vida

Causas más frecuentes:

- Síndrome de Usher tipo I. (La deficiencia visual se debe a una retinosis pigmentaria).

- Enfermedades visuales asociadas. Por ejemplo: degeneración macular, retinopatía diabética, cataratas, opacidad del cristalino, glaucoma, desprendimiento de retina (generalmente asociado a: traumatismos, frecuentes intervenciones quirúrgicas, etc.).

Grupo III: Personas sordociegas con una deficiencia visual congénita y una pérdida de audición adquirida durante el transcurso de la vida

Causas más frecuentes:

- Enfermedades. Especialmente las que causan fiebres altas (meningitis, encefalitis, sarampión, paperas, varicela, etc.).
- Diabetes.
- Tumores.
- Efectos acumulativos del ambiente: ruido, polución, especialmente la proximidad a plantas químicas y estrés acústico.
- Traumatismos.
- Factores genéticos.
- Pérdida de audición asociada al envejecimiento.

Grupo IV: Personas nacidas sin deficiencias visuales ni auditivas y que sufren una pérdida de audición y de visión durante el transcurso de la vida

Causas más frecuentes:

- Síndrome de Usher tipos II y III.
- Enfermedades: diabetes, meningitis, etc.
- Medicación ototóxica.
- Traumatismos.

Características de la comunicación y del lenguaje:

En el caso de las sorderas congénitas se suele utilizar el lenguaje de signos con apoyo táctil.

- En los casos de ceguera congénita y sordoceguera postsimbólica tardía se utiliza el lenguaje oral y se recibe la información a través de la lengua de signos con apoyo táctil o sistema Braille.

- El caso de sordoceguera total, en el que no ha habido lenguaje simbólico de ningún tipo, es el más complejo. Se utilizan signos manuales con apoyo táctil básicos y concretos, es difícil alcanzar la L.S (lengua de signos) Las personas con sordoceguera presentan problemas graves de interacción y comunicación.
- Estas personas perciben poca información sobre dónde está, quién es,.. lo que conlleva numerosas dificultades de relación y tienden al aislamiento.
- El auxiliar debe conocer el grado de afectación y proveer de oportunidades de relación y de integración en el entorno.

1.11. Consideración por la situación específica de cada persona con problemas de lenguaje y comunicación.

El auxiliar de ayuda a domicilio puede encontrarse con personas afectadas con alguno de las deficiencias estudiadas en este tema, por ello es fundamental que conozca los trastornos que posee la persona a la que va a atender, y sepa cómo van a influir en su forma de interactuar con los demás para poder adaptarse a la situación.

Vamos a concretar algunas estrategias para que el cuidador pueda aplicar en su relación con las personas que presentan dificultades en el lenguaje teniendo en cuenta por un lado las personas que tienen problemas en la recepción del mensaje y aquellos que presentan problemas en la comprensión de mensajes.

A. **Dificultades en la recepción del mensaje:** Personas ciegas o con déficit visual profundo, personas sordas o con déficit auditivo, personas con sordoceguera.

Personas ciegas o con déficit visual profundo

- Poseen habla con normalidad.
- Carecen de apoyos visuales que regulan la conversación (miradas, sonrisas, expresiones faciales…) Antes de dirigirnos a ellos llamaremos su atención para que perciban que nos dirigimos a ellos, nos acercaremos e incluso les tocaremos y les informaremos de quiénes somos.
- Cuando demos por finalizada la conversación les avisaremos verbalmente.

Personas sordas o con déficit auditivo

- Evitaremos hablarles cuando estemos de espaldas o no puedan mirarnos porque están

realizando otras tareas.

- Llamaremos su atención tocándoles en el hombro o en el brazo antes de hablarles.
- Es importante hablar despacio y bien.
- No llevar objetos en la boca que dificulten la lectura de labios (piercing , bolígrafos, chicles…).
- Utilizar frases cortas y concretas, fáciles de entender.
- Aunque lleve audífono no oye, por lo que tendremos en cuentas estas consideraciones al dirigirnos a él.
- Conocer algunas frases sencillas en Lengua de Signos (LS).

Personas con sordoceguera

- Normalmente utilizaremos el LS con apoyo táctil ("escucha " colocando las manos sobre la persona que signa).
- Utilizaremos el alfabeto dactilológico sobre la palma de la mano.

Personas con trastornos en el habla

- Darles seguridad para que utilicen el habla en sus intervenciones.
- Situarnos frente a ellas para poder ver su expresión facial y el movimiento de sus labios.
- Favorecer la comunicación asintiendo con la cabeza, con la mirada.
- Dejar tiempo suficiente para que puedan construir sus mensajes sin anticiparnos a lo que nos van a decir, sin adivinar lo que nos quieren decir. Algunos usuarios utilizarán SAAC (sistemas aumentativos y alternativos de comunicación) como tableros de comunicación, comunicadores con voz digitalizada… el profesional deberá familiarizarse con el soporte y los símbolos que en él aparecen, dejaremos tiempo para elaborar los mensajes.

Con personas con dificultades en la compresión o elaboración de mensajes

- Personas con Alzheimer, demencias, discapacidad intelectual, con autismo.
- Utilizaremos frases y preguntas claras y cortas con sentido completo.
- Emplearemos la comunicación No verbal (gestos y expresiones faciales acordes con el mensaje oral).

- Es importante dejar un tiempo para que puedan procesar la información y responder.

2. Comunicación de las personas dependientes.

2.1. El proceso de comunicación.

La comunicación es el proceso por el que interaccionan dos o más personas con la intención de transmitir o expresar una idea, información, emoción o necesidad, y cuyo resultado es el entendimiento mutuo, el intercambio, e incluso la influencia en la conducta del otro.

En muchos casos, los pacientes dependientes, por sus condiciones de salud, ven mermadas sus aptitudes para llevar a cabo una comunicación óptima, por lo que necesitan adaptaciones para conseguir este intercambio mutuo que es la comunicación

El proceso de la comunicación es el conjunto de comportamientos que hace posibles las relaciones humanas. Cuando dos personas o más intercambian una serie de mensajes entendemos que se encuentran interaccionando socialmente, comunicándose a partir de palabras, gestos, expresiones emocionales, etc. Decimos que esta comunicación es eficaz cuando el receptor interpreta la información dada por del emisor de forma correcta; es decir, captando el sentido con el que éste la había transmitido

En el proceso de comunicación intervienen una serie de elementos, que son los siguientes:

- **Emisor:** Es quien codifica el mensaje y lo transmite al receptor, de forma que éste pueda entender la información transmitida.
- **Canal:** Es el soporte por el que viaja el mensaje desde el emisor hasta el receptor.
- **Mensaje**: Hace referencia a la información enviada; es el contenido del mensaje propiamente dicho.
- **Receptor**: Es la persona que recibe el mensaje; debe descodificarlo e interpretar la información que el emisor le envía.
- **Código:** Hace referencia al sistema de signos, símbolos y reglas del lenguaje utilizado por el emisor para transmitir su mensaje de forma que éste pueda ser comprendido por el receptor.
- **Feedback:** Decimos que existe feedback (retroalimentación) cuando se produce respuesta por parte del receptor, a través de la cual el emisor puede verificar la comprensión adecuada o inadecuada de su mensaje.
- **Contexto:** Es la situación espacial y temporal en la que tiene lugar la comunicación. También hace referencia al entorno lingüístico y sociocultural que rodea al proceso comunicativo.

Pero en casos concretos, de usuarios/as que presenten deficiencias auditivas significativas, trastornos graves de la comunicación, pluridiscapacidades asociadas a lesiones cerebrales, etc., se necesitan adaptaciones en diversos elementos del proceso para posibilitar su participación en este circuito.

Por ejemplo, la lengua de signos es una modalidad no vocal de comunicación, desarrollada para que las personas sordas puedan comunicarse con otras. Así, estos pacientes pueden recibir e intercambiar información con su entorno, utilizando el canal sensorial de la vista y un código gestual, en lugar del canal auditivo y el uso de las palabras. Otros pacientes, como es el caso de personas invidentes, necesitan un código de lenguaje distinto al alfabeto y su gramática, como es el sistema Braille.

De forma general, podemos agrupar los sistemas de comunicación en dos tipos: C**omunicación verbal y comunicación no verbal.**

La comunicación verbal se relaciona con las palabras habladas, por un lado; y con los signos gráficos que escribimos, por otro. La comunicación no verbal, por su parte, tiene que ver con miradas, movimientos, gestos y posturas a través de los cuales la persona transmite emociones y sentimientos.

En el marco de la **comunicación verbal** podemos distinguir:

- **Sistema de comunicación oral,** cuya culminación es el lenguaje (sonidos articulados a partir de los que podemos emitir palabras y frases).
- **Formas de comunicación escrita,** creadas a partir de unos códigos lingüísticos de mayor complejidad, como son los sistemas de representación gráfica: pictogramas, ideogramas y el sistema alfabético (el abecedario de una lengua).

Con la **comunicación no verbal** se hace referencia a aquella información que se transmite al receptor sin emplear la palabra. Generalmente, se refiere al lenguaje corporal (postura, gestos, expresión facial, contacto visual, movimiento de brazos y manos, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo, la cadencia de las palabras,…)

A diferencia de la comunicación verbal, ésta no se centra sólo en la transmisión de información, mensajes y conocimientos, sino que traspasa esa frontera del contenido para expresar también las emociones de la persona emisora. Además, los signos no verbales completan y apoyan o contradicen la comunicación verbal, sustituyen la comunicación oral, exteriorizan actitudes y favorecen las interacciones personales.

Debemos tener presente que la incapacidad para comunicarse con los demás acarrea a las personas dependientes consecuencias como imposibilidad de acceder a la información y aislamiento social. Ya sabemos que en el proceso de comunicación intervienen una serie de factores fisiológicos y psicológicos que están presentes tanto en el emisor como en el receptor, y que estos elementos pueden entorpecer dicho proceso; y más aún en el caso de usuarios/as con incapacidad. Pero también existen otras interferencias de tipo ambiental que pueden desvirtuar nuestras interacciones comunicativas.

Las barreras que pueden bloquear el proceso de comunicación entre el cuidador y el usuario/a pueden ser clasificadas en tres tipos:

Barreras de tipo físico:

Nos referimos a los factores medioambientales que rodean la interacción comunicativa y que pueden obstaculizarla. Entre otros, destacamos los siguientes:

- **Ruido:** implica distracciones de tipo auditivo que suponen la pérdida de información y, como consecuencia, el fracaso de la comunicación.
- **Iluminación:** una iluminación deficiente impide la correcta percepción visual de diferentes aspectos no verbales presentes (gestos, movimientos, miradas,...).
- **Dimensiones físicas** del sitio donde tiene lugar la comunicación.
- **Canal** o contexto inapropiado.

Barreras de tipo fisiológico:

Incluyen cualquier tipo de incapacidad física presente en el emisor o en el receptor y que pueda impedir una correcta emisión o recepción de los mensajes. Es muy común encontrar personas dependientes que presenten dificultades auditivas, visuales o verbales.

Barreras de tipo psicológico:

Hacen referencia a aquellas distorsiones que, debido a estados emocionales o déficits de tipo cognitivo, el emisor o el receptor hacen de los mensajes. Pueden ser las siguientes:

- **Deformación del mensaje:** Cuando el receptor recibe correctamente las diversas unidades del mensaje pero hace de forma inadecuada la organización de éste, lo que lleva a una incorrecta interpretación.
- **Percepción errónea:** Las imágenes, impresiones o sensaciones que la persona capta del

entorno a través de los sentidos pueden hacer que el emisor o el receptor atribuyan un significado equivocado a la información compartida, procesando la situación de manera errónea.

- **Olvidos:** Son habituales los usuarios/as que presentan dificultad para retener en la memoria informaciones, consecuencia esto del proceso de envejecimiento natural o de trastornos cognitivos.
- **Falta de atención:** Muchos tipos de discapacidades implican déficits atencionales que impiden al dependiente mantener la atención durante el periodo de tiempo completo que supone un proceso de comunicación.
- **Ausencia de feedback:** Durante el proceso comunicativo. Ciertas alteraciones intelectuales también pueden afectar esta parte del proceso.

2.2. Necesidades especiales de comunicación.

Las personas en situación de dependencia pueden presentar Necesidades Especiales de Comunicación, ya sea por la existencia de trastornos en la comprensión o en la expresión del mensaje, ya sea por déficit físicos, sensoriales o cognitivos. Es por ello que se hace necesario adecuar un sistema de comunicación más idóneo y adaptado a las peculiaridades de cada uno.

Las dificultades para la comunicación pueden ser:

Temporales: Duran un periodo determinado, en función de cómo evoluciona la persona. Suelen estar causadas por traumatismo, lesión, intervención quirúrgica, tumores, accidentes cerebro vasculares. En todos estos casos hay una lesión que afecta a los órganos de fonación (boca, faringe…) y que provoca que la persona tenga problemas en la comunicación. El problema se suele resolver con tratamiento logopédico, una nueva intervención o la extirpación del tumor.

Permanentes: Como las que se derivan de un déficit congénito o aquellas que surgen a partir de una enfermedad neurológica como el Alzheimer, Parkinson, EM… El origen es mucho más variado: causas genéticas, enfermedades degenerativas, enfermedades orgánicas, patologías adquiridas o enfermedades sensoriales. En todos los casos de necesidades especiales de comunicación las personas deben ser atendidas por equipos multidisciplinares que valorarán la rehabilitación que cada uno necesite.

Las necesidades especiales de comunicación pueden ser muy diversas, resulta esencial conocerlas con el fin de adaptar nuestra comunicación a ellas.

Es importante que el auxiliar de ayuda a domicilio conozca las habilidades y las necesidades especiales de comunicación de los usuarios/as con los que va a trabajar, para poder aplicar las estrategias y los recursos más adecuados permitiendo una comunicación lo más productiva y eficaz posible.

2.3. Discapacidades.

Las personas con discapacidad son personas como cualquier otra. Esta afirmación, que parece evidente, no siempre está clara cuando se refiere al trato con ellas.

Nuestra primera reacción al observar que una persona presenta una discapacidad, con las limitaciones que ésta conlleva, es prestarle nuestra ayuda, de esta manera asociamos la discapacidad a la necesidad de dependencia de otros, cuando lo deseable es que la persona con discapacidad logre la mayor independencia posible.

Algunas personas con discapacidad necesitan que las ayudemos en ciertos momentos. Otras no lo necesitan en absoluto, o no desean que se les ayude. En cualquier caso, siempre hay que considerar lo siguiente:

- Si percibimos que una persona necesita una ayuda concreta, preguntárselo primero y no ofendernos si nuestra ayuda es rechazada.
- Hacernos visibles. La persona con discapacidad ha de saber que puede contar con nuestra ayuda cuando la necesite, pero no debemos estar encima de ella constantemente.

En función del tipo de discapacidad debemos considerar una serie de aspectos específicos:

Cómo tratar a una persona con discapacidad:

1. **Personas con dificultades en la movilidad**

- Si la persona es usuaria/o de silla de ruedas, para hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, situarse de frente y a la misma altura (a ser posible sentados).

2. **Persona con discapacidad auditiva o sordera:**

- Volver la cara hacia la persona a la que se dirige la palabra. Permanecer quietos mientras nos comunicamos. Hay que asegurarse que la persona con discapacidad auditiva ve bien nuestra cara. Asegurar que nuestra cara está iluminada.
- No cubrir nuestra cara con las manos o con otros obstáculos (bolígrafos, chicles, etc.).
- Hablar con un nivel de voz natural y vocalizando. Utilizar expresiones faciales, pero sin

exagerar demasiado los gestos. No hablar demasiado deprisa.

- Acercarse a la persona pero no gritar. No nos va oír por mucho que gritemos, incluso, puede que consigamos el efecto contrario, pues al gritar, nuestro rostro se crispa, y es esto lo que el interlocutor percibe: no capta el contenido de las palabras, sólo ve un rostro hostil.
- Mirar a los ojos a nuestro interlocutor. Este elemento nos puede ayudar en dos sentidos: el primero es que sentirá confianza en nosotros; el segundo es que, a la vista de su expresión facial proseguiremos la conversación con la seguridad de que nos comprende. En general, las personas sordas son muy expresivas gestualmente, lo que nos puede ayudar a saber si debemos parar y comenzar de nuevo o si estamos teniendo éxito y la comunicación es correcta.
- Aclarar con otras palabras si la persona no comprende las primeras.
- Reiterar por escrito lo concerniente a información y datos importantes.
- Evitar crear sonidos innecesarios, como agitar llaves, pasar páginas, o tamborilear con un lápiz contra la mesa.
- Para llamar su atención pueden darse un par de leves golpes en su hombro o brazo. Si se encuentran en una habitación grande se pueden apagar y encender las luces intermitentemente. Otra alternativa es golpear suavemente el suelo o una mesa para que sientan las vibraciones.
- Si no se entiende bien algo de lo que ha dicho, hay que pedirle que lo repita y no hacer que se ha comprendido. Si la persona con limitaciones auditivas no comprende bien una información hay que repetírsela o utilizar sinónimos.
- No incomodarse o sorprenderse con la manera de hablar de la persona, el ritmo del habla o la elección de las palabras.
- Si la persona está acompañada de un intérprete de lengua de signos, dirigirse a la persona, no al intérprete.

3. Persona con discapacidad visual o ceguera:

- No empezar a hablar sin haberse presentado primero.
- Ofrecerle ayuda si existe algún obstáculo o peligro. Ofrecerle el brazo, no tomar el suyo directamente. La regla de oro para ofrecer ayuda es preguntar si la necesita antes de hacer

nada.

- Caminar ligeramente por delante.
- Si se le ofrece o indica alguna cosa, decirle de que se trata.
- Informarle en qué lugar exacto se encuentra lo indicado. Utilizar términos como: izquierda, derecha, adelante, atrás. Debemos ser específicos y precisos en el mensaje, utilizando términos orientativos y evitando palabras como aquí, allí, eso, etc., o exclamaciones como ¡cuidado! Si es necesario, tomar su mano y hacerle palpar el objeto.
- Describir verbalmente escenarios y entornos.
- No dejarle solo sin advertírselo antes.
- En el centro de trabajo, evitar dejar obstáculos por el camino. Cuando haya que mover o cambiar muebles o maquinaria de sitio, avisarle.
- Los objetos que utiliza dejarlos siempre en el mismo lugar.
- Mantener las puertas o ventanas, totalmente cerradas o completamente abiertas.

4. **Personas con dificultad del habla:**

Las personas con dificultades de comunicación se caracterizan por tener problemas para expresarse de forma oral. Algunas manifestaciones relacionadas con estas dificultades son: afasia, disartria, disfemia, disfonía, mudez/afonía, laringectomía, discapacidad expresiva, etc.

En el entorno de trabajo pueden considerarse una serie de pautas para tratar a personas con estos problemas y facilitarles su interacción con otras personas y el desempeño de las tareas que realizan:

- Mantener un tipo de conversación natural y apropiada para un adulto.
- Reducir los ruidos ambientales al mínimo para facilitar la comunicación.
- Hablar en un tono de voz normal
- Evitar corregir el habla del individuo.
- Permitirle a la persona un tiempo adicional para expresarse, siempre que sea posible. No forzar la comunicación oral más que en las situaciones en las que sea necesario.
- Si no se ha comprendido lo que dice, conviene hacérselo saber para que la persona utilice otra manera de comunicar lo que desea. No hay que aparentar haber comprendido si no ha sido así.

- Prestar atención y estimular todos los elementos comunicativos de naturaleza no verbal que la persona pueda transmitir: escribir, dibujar, señalar, expresiones faciales, gestos con las manos y el contacto visual. Proporcionar alternativas de comunicación al lenguaje oral (escritura, correo electrónico, SMS, símbolos, etc.).

Personas con discapacidad intelectual:

- Adoptar una manera de hablar natural y sencilla. Evitar el lenguaje técnico y complejo y usar frases directas y bien construidas. Evitar los circunloquios (dar rodeos, enrollarse).
- No ignorar a las personas con discapacidad intelectual. Saludar y despedirse de ellas normalmente, como con cualquier persona.
- Responder a sus preguntas, asegurándonos de que nos ha comprendido. Hay que tener paciencia, sus reacciones pueden ser lentas y tardar en comprender lo que se le dice.
- Salvo para cuestiones intelectuales, tratarlas de acuerdo con su edad.
- Limitar la ayuda a lo necesario, procurando que se desenvuelva sola en el resto de las actividades.
- Facilitar su relación con otras personas.
- Evitar la sobreprotección. Dejar que ellas hagan o traten de hacer solas todo lo que puedan. Ayudarlas solo cuando sea realmente necesario.

Personas con alteraciones de la conducta o enfermedad mental:

- Evitar las situaciones de estrés continuado, así como aquellas que puedan generar violencia, como discusiones o críticas.
- Tomarse un tiempo para escuchar lo que dice.
- Facilitar su participación en todas las actividades.

2.4. Salud mental.

Algunos de los usuarios/as de atención domiciliaria pueden tener problemas de salud mental

El listado de enfermedades mentales que recogen los manuales de psiquiatría es muy amplio, pero vamos a explicar estrategias de comunicación con los casos que nos podemos encontrar con más frecuencia en la ayuda a domicilio: Esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión y ansiedad.

1. **Esquizofrenia:**

Su característica principal es la pérdida total de contacto con la realidad. Este trastorno se caracteriza por alteraciones del pensamiento y de la percepción (delirios, alucinaciones, ilusiones), cambios emocionales y dificultad en la relación con los demás.

Cuando nos fijamos en el habla de los esquizofrénicos, denotamos algunas carencias y algunos excesos, pero sobre todo lo que se ve es lo deteriorado del discurso y la dificultad que tienen para comunicarse de una manera coherente para el interlocutor y que este les entienda, se puede hablar pues de un lenguaje disgregado, con graves alteraciones semánticas

Si analizamos los componentes no verbales que intervienen en la comunicación interpersonal en el esquizofrénico tenemos que:

- La expresión facial es completamente inexpresiva, con expresiones negativas muy frecuentes y no comunicando nada en resto de las ocasiones.
- Las miradas están a menudo perdidas en el infinito, sin ningún contacto visual con el interlocutor que tienen enfrente, causando una impresión negativa.
- La sonrisa es siempre inadecuada, con frecuentes risas inmotivadas, causa del delirio que les está hablando a la vez que el interlocutor.
- La postura se destaca por su rigidez motora, con posiciones que difícilmente podemos considerar como cómodas, dando una impresión de un rechazo total al que les habla.
- La orientación no existe, no dirigen su cuerpo y su mirada al interlocutor
- La distancia y contacto físico tienen dos extremos: lo invasivo, ocupando el denominado espacio vital del interlocutor, en una distancia extremadamente próxima e íntima, muy desagradable y la lejanía, con continuas alusiones al receptor a larga distancia, con un distanciamiento total.
- Los gestos son inexistentes, las manos permanecen inmóviles, reflejo de su apatía y a menudo más como contestación a sus "voces" internas que como refuerzo de lo que quieren comunicarnos.
- La apariencia personal muy desagradable, sin ningún atractivo y es deficitaria con un cierto grado de desaliño y carencia de auto cuidados básicos.

Cuando nos fijamos en lo que conformaría los componentes paralingüísticos:

- El volumen de la voz es mínimo, casi no se les oye, no utilizan un volumen adecuado para el interlocutor, descendiendo el volumen cuánto mayor es la longitud del mensaje.
- La entonación es plana, monótona y aburrida, no se produce un acompañamiento del mensaje emitido.
- El timbre es o muy agudo o muy grave.
- La fluidez no se da, no hay una continuidad en el discurso, se dan muchas perturbaciones o pausas embarazosas, no hay un acompañamiento, una vez concluida la frase, concluye el tema y la conversación, teniendo que hacer uso de frases interrogativas para continuar o comentar sobre otro tema, que concluye cuando contesta, en muchas ocasiones con monosílabos.
- La velocidad tiene dos posibilidades, dependiendo del grado de deterioro cognitivo del paciente y de su tipología de su enfermedad, por un lado tendríamos gente con habla muy lenta, hablan extremadamente despacio y por otro gente con logorrea, que habla extremadamente deprisa y no se le entiende nada.

Cuando entramos en los componentes verbales propiamente dichos vemos que:

- El contenido es muy poco interesante, aburrido y muy poco variado, siendo en muchas ocasiones delirante, lo que dificulta la comprensión del interlocutor.
- Las notas de humor a lo largo de la conversación son escasas, con un contenido muy serio en su discurso.
- La atención personal es algo que no existe para ellos, nunca se interesan por la otra persona, además es algo que les cuesta mantener, con continuos requerimientos para ello.
- Las respuestas a preguntas son monosílabos y poco adecuadas, sin extenderse en la respuesta, teniendo que hacer varias preguntas para llegar a una respuesta que en otro tipo de población bastaría con una sola pregunta.

Estrategias que debemos seguir para comunicarnos con personas con esquizofrenia

- Expresar las ideas de forma simple y breve.
- Mantener el contacto visual.
- Procurar un ambiente libre de distracciones.

- Repetir la idea que queremos transmitir.
- Asegurarse que se ha entendido el mensaje (que el usuario lo repita)
- Utilizar el lenguaje no verbal de forma adecuada.
- Ante una conversación delirante o inconexa, mostrar nuestro desacuerdo con delicadeza, pero no debemos llevarle la corriente.
- Desviar la atención hacia otros temas, cambiando de habitación, haciendo que se fije en otras cosas que suceden a su alrededor.
- En momentos de crisis, mantener la calma, no gritar ni enfadarnos y evitar gestos que puedan ser interpretados como una agresión (mirada fija, contacto físico…).

2. Trastorno Bipolar:

El trastorno bipolar, en el pasado llamado enfermedad maníaco-depresiva, es una enfermedad psiquiátrica que se caracteriza por oscilaciones anormalmente intensas del estado de ánimo.

Las personas afectadas experimentan los mismos cambios de humor que tiene cualquier persona, como por ejemplo alegría, tristeza o ira, sin embargo en ocasiones, éstas se acentúan hasta un punto demasiado extremo que puede llegar a requerir asistencia psiquiátrica.

A los períodos en que la persona presenta un estado de ánimo muy elevado o eufórico se los denominan episodios maníacos o, hipomaníacos si son de menor intensidad. Los períodos caracterizados por un estado de ánimo muy bajo o con decaimiento son denominados episodios depresivos.

En algunos casos se pueden presentar simultáneamente síntomas de manía y depresión, lo que se denomina episodio mixto.

¿Cuáles son los síntomas o manifestaciones de un episodio maníaco?

- **Euforia**: se caracteriza por una sensación de extrema felicidad y plenitud, que generalmente se acompaña de un optimismo exagerado, despreocupación por los problemas cotidianos, tendencia a los chistes y bromas que resultan poco pertinentes.
- **Irritabilidad:** se manifiesta por la tendencia al mal humor, a tener reacciones desproporcionadas ante hechos triviales o a iniciar peleas. Si bien la euforia es el síntoma característico de la manía, en algunos casos la irritabilidad puede ser el estado de ánimo

predominante, principalmente cuando se contradice a la persona. También se observa con frecuencia la alternancia entre la euforia y la irritabilidad.

- **Grandiosidad:** implica una confianza excesiva en uno mismo y falta de autocrítica que puede llevar a dar opiniones o realizar algo de lo no se tiene ninguna experiencia, como por ejemplo escribir una novela o componer una sinfonía
- **Disminución de la necesidad de dormir**: la persona siente que casi no necesita dormir y cuando se levanta tras haber dormido unas pocas horas se siente lleno de energía. En los casos más graves, puede pasar varios días sin dormir no sintiéndose cansado
- **Verborragia o hablar más de lo habitual:** la persona puede hablar sin parar durante largos períodos de tiempo y resulta muy difícil interrumpirla. Esto puede acompañarse de un aumento del tono de la voz y de la velocidad del habla
- **Desconcentración y dificultad para prestar atención:** por lo que pueden tener dificultades para seguir una conversación, leer un libro o mirar una película. Muchas veces las dificultades para prestar atención se manifiestan como problemas de memoria.

¿Cuáles son los síntomas o manifestaciones de un episodio depresivo?

- **Estado de ánimo depresivo:** se caracteriza por un sentimiento de intensa tristeza o de vacío que se encuentra presente la mayor parte del día, casi todos los días. Este sentimiento frecuentemente se acompaña de mucha angustia y tendencia al llanto.

- I**ncapacidad para experimentar placer:** hay una incapacidad de disfrutar actividades que antes resultaban placenteras. Salir con amigos, actividades recreativas o deportivas, lectura o salidas, e inclusive el sexo, dejan de causar el interés que antes tenían.
- **Alteraciones del sueño:** se manifiestan por un aumento o disminución en la cantidad de horas de sueño o por tener un sueño menos profundo, con la sensación de sentirse cansado aún después de levantarse.
- **Variaciones en el peso**: hay un aumento o una pérdida de peso sin hacer régimen, acompañado de cambios en el apetito.

- **Fatiga y falta de energía**: es característica la sensación de que cada movimiento requiere un gran esfuerzo y resulta agotador. Esto se acompañado de un cansancio físico extremo, inclusive para realizar las tareas habituales. Generalmente se manifiesta como la sensación de "estar apagado".
- **Baja autoestima:** es la tendencia a ver todo gris y sin sentido, acompañado de ideas de inutilidad, de culpabilidad y de desesperanza respecto al futuro. La persona afectada tiene la sensación de ser un peso para los demás.
- **Falta de concentración:** cuesta más de lo habitual retener datos o participar en conversaciones, seguir un programa de televisión, leer un libro o tomar decisiones.
- **Pensamientos de muerte:** la vida parece carecer de sentido, lo cual junto a las ideas de culpa y desesperanza pueden conducir a pensar que desaparecer sería un alivio para la persona afectada y sus familiares.
- **Síntomas psicóticos:** al igual que en los episodios maníacos, estas manifestaciones pueden acompañarse de ideas delirantes y alucinaciones.

¿Cuál es la causa del trastorno bipolar?

El trastorno bipolar consiste en una alteración de los mecanismos biológicos que regulan el estado de ánimo. Actualmente se sabe que algunos genes, que son segmentos de ADN que se encuentran en el interior de las células y que se transmiten de generación en generación como herencia, pueden producir que estos mecanismos reguladores del estado de ánimo pierdan precisión. De hecho esto explica el patrón familiar de presentación de la enfermedad, es decir, que en la mayoría de los casos las personas con trastorno bipolar tienen antecedentes familiares - abuelos, padres, tíos, hermanos o hijos – de la enfermedad. Los acontecimientos estresantes, como las conflictos familiares y laborales o la pérdida de un ser querido, también pueden colaborar en la aparición de los primeros episodios del trastorno en personas que tienen la predisposición genética. En conclusión, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que no existe una causa única, sino que factores genéticos y ambientales actúan conjuntamente para que se manifieste el trastorno.

Estrategias para la comunicación:

- Ser consciente de estas características.
- Mantener la calma, dirigirse al usuario con tranquilidad

- Fijarse unos límites de forma conjunta con la familia importantes ante las situaciones de crisis para evitar llegar a extremos difíciles de manejar.

3. Depresión:

La depresión es mucho más que estar bajo de ánimo. Aunque la mayoría de nosotros experimenta tristeza de vez en cuando, en algunas personas estos sentimientos no desaparecen y se acompañan de otros síntomas que provocan malestar o dificultades para desarrollar su vida cotidiana. Estas personas pueden tener un trastorno denominado depresión.

¿Cuáles son los síntomas de la depresión?

- Ánimo bajo, tristeza o sentimientos de desesperanza
- Pérdida de interés en las actividades con las que se disfrutaba o tener escaso placer al realizarlas la mayoría de los días durante las últimas semanas.
- Irritabilidad (enfadarse fácilmente).
- Ganas de llorar sin motivo aparente.
- Pérdida de energía o cansancio.
- Problemas de sueño
- Cambios en el apetito, que a veces conduce a variaciones en el peso.
- Dificultad para concentrarse o problemas de memoria.
- Pérdida del interés sexual
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo.
- Deseos de muerte o ideas suicidas

¿Que causa la depresión?

Diferentes sucesos pueden actuar como desencadenantes de la depresión en personas diferentes. Algunas veces, la depresión aparece sin una causa aparente. Algunas circunstancias que aumentan el riesgo de depresión son:

- Haber sufrido algún episodio depresivo en el pasado.
- Antecedentes en la familia de personas deprimidas.

- Experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo fallecimiento de seres queridos, desempleo, soledad, cambios en el estilo de vida o problemas en las relaciones interpersonales.
- Situaciones conflictivas en tu entorno (por ejemplo, tu trabajo, hogar u otros contextos).
- Haber sufrido traumas físicos o psicológicos.
- Enfermedad física seria o problemas crónicos de salud.
- Algunas medicinas (puedes consultarlo con tu médico).
- Abusar del alcohol o consumir otras drogas pueden empeorar la depresión.
- Algunas mujeres pueden ser más vulnerables a la depresión después del parto, especialmente si tienen alguno de los factores de riesgo enunciados arriba.
- Experiencias positivas tales como una relación cercana con una pareja, amigo, familia o compañeros suelen ayudar a prevenir la depresión.

Estrategias para la comunicación

- El auxiliar debe comprender que la depresión es una verdadera enfermedad que no depende de la voluntad del afectado.
- Es importante evitar las críticas, los gritos y enfados.
- No debemos obligar a que deje la tristeza a un lado.
- Sí tenemos que mostrarnos a su lado (empatía), comprenderle, pero verbalizar que poco a poco esta situación pasará.

4. Ansiedad

La ansiedad es una sensación normal que experimentamos las personas alguna vez en momentos de peligro o preocupación. La ansiedad nos sirve para poder reaccionar mejor en momentos difíciles. Sin un mínimo de activación un estudiante no estudiaría para sus exámenes; o en una situación peligrosa con el coche no reaccionaríamos rápidamente, haciéndolo lo mejor que sabemos. Sin embargo, cuando una persona se encuentra ansiosa con cierta frecuencia sin que parezca haber razón para ello, o cuando esa persona se tensa en exceso, entonces la ansiedad se convierte en un problema que produce sensaciones desagradables. Como la ansiedad es una reacción normal, el objetivo no es hacer que desaparezca, sino aprender a controlarla y reducirla a niveles manejables y adaptativos.

¿Qué sentimos al tener ansiedad?

Cuando una persona tiene ansiedad se produce una excitación en su sistema nervioso, originándose una serie de síntomas. Los más comunes son:

- Tensión en el cuello, hombros y espalda;
- Dificultades de respiración, visión nublada, sofoco;
- Taquicardia, opresión en el pecho;
- Sensación de nudo en el estómago, nauseas;
- Sudoración, temblor, hormigueo en las manos;
- Inestabilidad, temblor, entumecimiento en las piernas.

¿Que causa la ansiedad?

No es sencillo responder a esta pregunta. Hay muchas causas y varían de unas personas a otras.

- Unas personas tienen problemas con la ansiedad porque tienen tendencia a reaccionar exageradamente ante las dificultades.
- Otras se vuelven ansiosas como consecuencia de un acontecimiento especialmente desagradable.
- En otros casos, la aparición de un problema importante o la acumulación de pequeños problemas causa la ansiedad.
- En ocasiones, la ansiedad aparece justo cuando se han resuelto una serie de problemas y, por tanto, era de esperar que esa persona se encontrase mejor.

Estrategias para la comunicación:

- Escucharles puede ayudarles a ordenar sus mentes y facilitará que se sientan más tranquilos.
- Hablarle con tranquilidad

2.5. Minorías étnicas.

Las minorías étnicas son grupos que comparten una cultura, unas tradiciones, una lengua y un origen, que tienen conciencia de su existencia como grupo y están en riesgo de ser subordinados a la mayoría dominante.

Características de la comunicación y el lenguaje

- Las dificultades de comunicación de las personas con dependencia procedentes de minorías pueden verse aumentadas por el desconocimiento del idioma, o de las diferencias culturales.
- Es preciso conocer que en el aprendizaje de una segunda lengua habitualmente está más afectada la expresión que la comprensión.
- En cuanto a la producción del lenguaje presentan dificultades de articulación por problemas de discriminación fonética y fonológica.

El auxiliar de ayuda a domicilio, debe procurar la mejor atención al usuario/a independientemente de su procedencia étnica

Estrategias para la comunicación:

No son diferentes a las establecidas para con otros usuarios/as.

- Mantener una actitud abierta y flexible, dejando de lado los prejuicios que se puedan tener hacia ese grupo étnico.
- Incentivar la comunicación y minimizar la barrera cultural interesándose por conocer la cultura del usuario.
- Acercarse siempre con respeto y evitar discutir: no tratar de imponer ideas propias.
- Escuchar y observar atentamente, lo cual nos puede ayudar a comprender mejor el modo de comunicación del usuario.
- Utilizar el lenguaje adecuadamente, vocalizando con claridad y empleando un volumen adecuado. En el caso de que no conozca nuestro idioma será necesario que alguien cercano (familiar o amigo) realice las funciones de intérprete.
- Cuidar el lenguaje No verbal (cuidar por lo tanto las expresiones faciales, gestos, posturas…).

2.6. Otros.

1. **Personas con enfermedad terminal:**

La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal lleva implícita la discusión de la información sobre el diagnóstico y pronóstico.

De entre las barreras existentes para la comunicación-información destacan, además de las socioculturales y familiares, los miedos de los profesionales a las posibles consecuencias negativas del acto de comunicar. Entre ellas se encuentran, la negación social de la muerte y la dificultad para hablar de ella (actitud de muerte eludida), el miedo a hacer daño o a las reacciones afectivas del paciente, el miedo a sufrir por la introyección del sufrimiento del otro, a no saber reaccionar o a no saber dar respuesta. La forma de comunicarse depende del tipo de relación que establezca el profesional con los pacientes. **La comunicación con las personas afectadas por una enfermedad en fase terminal debe basarse en la presencia de una escucha activa con alto grado de empatía y de respeto hacia el otro.** Ello se traduce en bajos niveles de reactividad con una adecuada utilización de los silencios por parte del profesional, en una elevada bidireccionalidad y en una comunicación no verbal que favorezca el apoyo narrativo y el clima empático.

En el contexto de una comunicación de calidad, el tipo y grado de información que se debe suministrar desempeñan un papel decisivo. De hecho, el proceso (cómo se dice), y el contenido (lo que se dice), son dos elementos indispensables de la comunicación.

La elección del momento para entablar una comunicación con contenidos de mucha afectividad es especialmente importante. Dicha elección debería realizarse en función de la situación del enfermo, del tiempo disponible y del equilibrio afectivo del profesional.

El hablar de la muerte de alguien con quien la persona se siente vinculada, o bien el hacerlo sobre la propia muerte, es el más difícil de los temas que ha de abordar el ser humano, y cuando ésta está próxima, las barreras para la comunicación se intensifican considerablemente.

En la enfermedad terminal, la comunicación se convierte en muchas ocasiones en la única posibilidad de apoyo y tratamiento que puede recibir el enfermo. Sólo a través de ella se puede descubrir cómo está el paciente, qué necesita y por tanto, cómo se le puede ayudar.

Estableciendo una buena comunicación se logra también una mejor adhesión al tratamiento, una menor reacción emocional estresante y una mayor calidad de vida.

Independientemente del estado de su gravedad, el paciente necesita sentirse comprendido, seguro, protegido y esperanzado. Si no se establecen los canales de comunicación adecuados para cada caso y situación, se fomentarán las sensaciones de soledad, vacío e incertidumbre. Se morirá antes de fallecer.

La disponibilidad para compartir implica establecer una empatía con la persona con la que se está, significa al mismo tiempo saber escuchar, estar por y para el otro en el aquí y ahora. Una buena

comunicación se construye además, entre otros aspectos, a partir de la sinceridad mutua de quienes establecen el intercambio, lo que indudablemente implica transparencia, aspecto no siempre presente en la comunicación entre y con el enfermo y su familia.

Con ello se quiere hacer hincapié en dos pilares básicos. El primero hace referencia a la necesidad de que el enfermo se sienta en libertad de ser quien es, de expresar sus dudas, miedos, ansiedades…, su interés o no por recibir información acerca de lo que le está pasando; y segundo, que las personas que lo rodean han de estar atentas, dispuestas y disponibles a la interacción comunicativa.

Dificultades en la comunicación entre el paciente y los profesionales

Se describen múltiples obstáculos en la comunicación apropiada entre los pacientes y los profesionales, pero un número significativo de ellos guardan relación con la inhabilidad de éstos últimos.

- Al carecer de habilidades comunicativas adecuadas se cometen errores que dificultan el intercambio de información, la comprensión de los mensajes y su interpretación.
- La falta de entrenamiento.
- El escaso tiempo disponible.
- El temor a reacciones impredecibles.
- La ausencia de un soporte emocional.

A pesar de que la muerte y el proceso de morir evocan en los cuidadores reacciones psicológicas que conducen a evitar la comunicación, los miembros de un equipo de cuidados paliativos han de ser observadores astutos, buenos escuchas y eficaces comunicadores. Deben saber manejar y combinar el canal verbal y el no verbal, tanto cuando son ellos los que comunican información, como cuando toman el papel de escuchar a pacientes y familiares. Deben conocer las distintas etapas del proceso de adaptación a la enfermedad por las que atraviesa el paciente para poder reconocer sus señales de deseos de información, de que se respete su silencio, comprender la negación y la ira y reconocer los mecanismos que desarrolla para enfrentarse a lo inevitable. Si no se recogen a tiempo las señales de petición de ayuda que da el paciente, éste podrá repetirlas varias veces, pero si no hay respuesta, probablemente no lo volverá a intentar y se encerrará dentro de sí mismo, siendo mucho más difícil establecer una comunicación con él posteriormente.

Una estrategia que ayuda notablemente en la comunicación es estar total y absolutamente presentes en el presente, reducir el mundo por un momento a esta persona y otorgarle toda la atención. Cuando se da esta presencia, se establece real y eficazmente una comunicación. Ambos interlocutores intercambian información veraz, coherente y de calidad.

Mas si bien todos los enfermos tienen el derecho a saber lo que tienen o les pasa, no todos necesitan ni quieren saberlo "todo", y el profesional ha de saber distinguir cada una de las situaciones.

Cada enfermo es un mundo distinto, con características personales, médicas, psicológicas y sociales diferentes, por lo que la comunicación del diagnóstico ha de ser un proceso único y particular en cada caso concreto para el que el personal sanitario a de prepararse adecuadamente.

2. **Mayores Maltratados.**

El maltrato a las personas mayores, constituye un fenómeno de escasa transcendencia social a pesar de sus repercusiones en el bienestar y en la calidad de vida de las personas mayores, especialmente los más mayores, que a su vez son los más dependientes y los que más cuidados y atención requieren, y los que a su vez, generan mayor sobrecarga en los cuidadores. Desgraciadamente, todavía no existe la sensibilidad ni la conciencia social que permita hacer visible este problema que irá en aumento a la vez que la población cada vez sea más envejecida, y alcance unas edades más longevas, debido al incremento de personas mayores cada vez más dependientes que requerirán cuidados prolongados.

El maltrato a las personas mayores se refiere a cualquier acción u omisión que produce daño y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona. Puede realizarse de manera intencionada, como también puede ocurrir por desconocimiento de manera no intencionada.

El maltrato puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional.

La violencia contra las personas de edad puede adoptar muchas formas y se produce en todas las esferas sociales, económicas, étnicas y geográficas, por tanto está mucho más cerca y presente de lo que imaginamos.

Tipos de maltrato:

- **Maltrato físico**: Uso intencionado de la fuerza física que puede dar lugar a lesión corporal, dolor físico o perjuicio.
- **Maltrato psicológico:** Causar intencionadamente angustia, pena, sentimiento de indignidad, miedo o aflicción por medio de actos verbales o conducta no verbal (amenazas, insultos,

intimidación, humillación, ridiculización, infantilización, privación de seguridad y/o afecto, invalidación, objetificación, etc.).

- **Abuso sexual:** Comportamiento (gestos, insinuaciones, exhibicionismo, etc.) o contacto sexual de cualquier tipo, consumado o no, no consentido o con personas incapaces de dar consentimiento (violación, tocamiento, acoso sexual, hacer fotografías, etc.).
- **Explotación financiera:** Utilización no autorizada, ilegal o inapropiada de fondos, propiedades o recursos.
- **Maltrato farmacológico:** Utilización inadecuada o desproporcionada de fármacos para la sedación o contención (camisa de fuerza química). En este grupo incluimos también la negación de un medicamento necesario.
- **Negligencia/abandono:** Rechazo, negación o equivocación para iniciar, continuar o completar la atención de las necesidades de la persona mayor, ya sea de forma voluntaria (activa) o involuntaria (pasiva), por parte de la persona que de forma implícita o acordada sea responsable de ella. Por ejemplo, no aportar recursos económicos, omisión de las necesidades básicas como alimento, agua, alojamiento, abrigo, higiene, ropa, atención sanitaria, tratamiento médico, etc. Cuando esta situación se da en el ámbito institucional, hablamos de negligencia, y cuando es en el ámbito familiar, de abandono.
- **Vulneración o violación de los derechos:** Confinamiento o cualquier otra interferencia de la libertad personal, así como la explotación de la persona mayor o vulneración de los otros derechos fundamentales que tiene como ciudadana de pleno derecho.
- **Autonegligencia/autoabandono:** Comportamiento no consciente de una persona mayor que amenaza su propia salud o seguridad. Negación o rechazo a alimento, agua, ropa, abrigo, higiene o medicación adecuados. Es necesario excluir las situaciones en las cuales una persona anciana competente toma decisiones voluntarias que amenacen su salud o seguridad.
- **Maltrato social:** Discriminación de un grupo de población que reúne características comunes en este caso, la edad cuando se convierten en víctimas de delitos, trampas fraudulentas, acoso inmobiliario y otros.
- **Maltrato institucional:** Cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o privados, o derivados de la actuación individual del profesional de estos que conlleve abuso, negligencia o detrimento de salud, de

la seguridad, del estado emocional o del estado de bienestar físico, o que los derechos de las personas mayores no sean respetados.

Principales motivos por los que las personas mayores no buscan ayuda:

- Por deseo de proteger al agresor de las consecuencias de sus actos.
- No lo consideran necesario.
- Por amenaza de institucionalización.
- Por vergüenza, miedo y deshonra.
- Por una percepción errónea que hace visualizar como normal el maltrato recibido.
- Por déficit cognitivos y sensoriales (demencia).
- Por encontrarse en situación de dependencia. Esto es, no valerse por sí mismo.
- Por la pérdida de su autonomía.
- Por desinformación.
- Por soledad, aislamiento y falta de apoyo de redes y apoyo de familiares y amigos.

El grupo más expuesto a sufrir malos tratos, suelen ser los grandes dependientes por los siguientes motivos:

- A mayor dependencia, mayor vulnerabilidad y necesidad de cuidados para cubrir sus necesidades básicas.
- Los cuidadores son quienes deciden cómo y cuándo atender las necesidades básicas de estas personas, lo que propicia que se den situaciones abusivas de coacción, chantaje, negligencia, al anteponer la comodidad de los cuidadores a las necesidades de estas personas.
- Los más dependientes son los que más atenciones requieren y más estrés generan en sus cuidadores.
- Los grandes dependientes, muchas veces no pueden comunicarse verbalmente con sus cuidadores, y su imposibilidad de poder comunicar a otros las agresiones o tratos vejatorios que puedan sufrir les hace víctimas propicias para sufrir todo tipo de malos tratos por parte de sus cuidadores.

Existen numerosas razones que determinan que los enfermos de alzheimer tienen más riesgo de sufrir abusos debido:

- Dificultades de comunicación, les cuesta hablar y expresarse.
- Dependencia del cuidador para las Actividades de la Vida Diaria, a mayor dependencia, mayor riesgo de ser víctima de malos tratos por parte de sus cuidadores.
- Trastornos de comportamiento (Agitación, agresividad, vagabundeo), creando situaciones de tensión difícilmente de controlar.

Detección de maltrato

Se han descrito muchas situaciones, conductas, síntomas o signos que pueden hacer que pensemos en la existencia de malos tratos. La queja por parte de la persona mayor es el indicador más sensible y específico, pero no siempre está presente, por lo cual a menudo tendremos que partir de estos indicadores de sospecha, a partir de los cuales confirmaremos o no la existencia de malos tratos. En caso de sospecha, el caso se debe derivar a servicios sociales, que evaluarán la situación de riesgo y establecerán el plan de actuación. En las situaciones en las que se valoran como causa la negligencia y/o el abandono, puede ser adecuada la mediación como sistema para resolver el conflicto subyacente.

Características de la Comunicación y el lenguaje.

El profesional de ayuda a domicilio puede detectar posibles indicios de maltrato observando la comunicación con la persona usuaria/o:

- Se muestra ansiosa o deprimida.
- Expresa declaraciones ambivalentes para describir una situación.
- Muestra poco o ningún contacto visual o comunicación.

2.7. Problemas de comunicación y lenguaje.

Los problemas que se pueden presentar en la comunicación y en el lenguaje, son muchos y variados, pueden afectar a uno, a varios o a todos los componentes del lenguaje, difieren en su etiología, en el pronóstico, en las necesidades educativas que generan y en la respuesta educativa que requieren.

Los problemas que se pueden dar son:

1. **Trastornos del habla**

Hablar, es expresar a través de mecanismos físicos y fisiológicos todos los procesos de lenguaje interior (léxico-semánticos, morfológicos-sintácticos, fonológicos y pragmáticos). Para hablar,

necesitamos de un flujo de aire en la espiración que al pasar por las cuerdas vocales, las hace vibrar y producir el sonido, las posiciones y movimientos de los órganos de la articulación (labios, mandíbula, lengua, paladar,…), así como, la forma en que se emite el aire (oral o nasal), y, como resuena en las cavidades orales y nasales, es lo que permite producir el habla.

Consideramos trastornos del habla a aquellas dificultades para la articulación o para la producción clara y fluida, que restan inteligibilidad a la expresión oral.

Alteraciones que afectan a la articulación:

- **Dislalias:** Incapacidad para producir uno o varios fonemas de la lengua sin que exista causa orgánica o neurológica que lo justifique, siendo la funcionalidad del aparato fonoarticulador la que se ve afectada. Se trata de una alteración fonética.
- **Trastorno Fonológico:** Es el que presenta un sujeto que tiene afectado el sistema fonológico, mientras que sus habilidades fonéticas estarían bien desarrolladas. Sería capaz de articular todos los fonemas por imitación, pero tendría dificultades para integrarlos en palabras y lenguaje espontáneo.
- **Disglosias:** Se definen como trastornos de la articulación debidos a alteraciones orgánicas de los órganos periféricos del habla.
- **Disartrias:** Dificultades para la articulación y la expresión oral que afectan al tono y movimientos de los músculos de la articulación, debidas a lesiones del sistema nervioso central.

Alteraciones que afectan a la fluidez verbal y el ritmo en la expresión:

- **Disfemia o Tartamudez:** Se define la tartamudez como un desorden en la fluidez verbal, ocasionado por la incoordinación de los mecanismos del habla (respiración, fonación, articulación) con frecuencia acompañadas de respuestas fisiológicas como alta tensión muscular, ansiedad…
- **Taquilalia:** Habla con un ritmo excesivamente rápido. Habla precipitada. Si se añaden dificultades articulatorias se afecta la inteligibilidad y se denomina Farfulleo.
- **Bradilalia**: Habla excesivamente lenta.

Alteraciones de la voz.

- **Disfonía:** Alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades, debido a trastorno orgánico en la cuerda vocal o por incoordinaciones musculares, vocales, respiratorias.

- **Rinofonía:** Voz con resonancia nasal.

2. **Trastorno del Lenguaje**

Los trastornos del lenguaje, se dan formando un continuo que iría, desde el retraso simple del lenguaje hasta la pérdida total de las capacidades lingüísticas en el caso de la afasia.

- **Retrasos en la adquisición y desarrollo del lenguaje**: Se consideran como un continuo que va desde un simple desfase cronológico en la adquisición y desarrollo del lenguaje que sería el retraso simple del lenguaje , hasta falta total o casi total de desarrollo que supondría el retraso severo del lenguaje, todo ello, sin substrato intelectual, sensorial, ni neurológico constatable.
- **Trastorno Específico del Lenguaje:** Definimos como Trastorno Específico del Lenguaje, a la anormal adquisición de la comprensión y/o expresión del lenguaje oral, que puede afectar a uno o varios componentes del lenguaje; fonológico, semántico, morfosintáctico y pragmático. Los sujetos que lo padecen, suelen tener problemas frecuentes de; procesamiento del lenguaje, abstracción de la información significativa, almacenamiento y recuperación por la memoria a corto o largo plazo.
- **Afasias:** Se define la afasia, como pérdida del lenguaje oral ya adquirido, por lesiones del Sistema Nervioso Central, en áreas del hemisferio cerebral izquierdo, encargadas del procesamiento y producción del lenguaje.

3. **Trastornos de la comunicación.**

- **Mutismo electivo**: Ausencia del lenguaje ya adquirido, que aparece sólo en determinadas situaciones o ante determinadas personas, sin que exista una causa orgánica o neurológica.
- **Trastornos Pragmáticos:** Son trastornos de la comunicación, que se originan desde alteraciones de la percepción y la comprensión.

2.8. Estrategias y recursos de intervención comunicativa.

- Respetar la dignidad de la persona, el hecho de que presente dificultades para comunicarse verbalmente, no significa que tenga problemas cognitivos u otras habilidades.
- Nunca debemos mostrar actitudes compasivas o sobre protectoras, que pueden afectar a la autoestima del usuario/a.
- No fingir que le entendemos si no es así, si aparentamos que le entendemos, le quitamos oportunidades de explicarse de nuevo perdiendo la posibilidad de entender lo que nos quiere decir.

- Debemos dirigirnos a ellos conforme a la edad que tiene, no caer en el infantilismo.
- Debemos emplear todos los recursos disponibles para mejorar la comunicación, valorando cualquier señal (miradas, gestos, sonidos...) ya que así el usuario intentará repetirlo logrando cada vez una comunicación más eficaz.

2.9. Sistemas alternativos de comunicación: concepto y clasificación.

Cuando la situación impide a la persona recibir información y comunicarse con los otros a través del lenguaje oral, ésta necesitará nuevos apoyos y recursos que refuercen sus habilidades y capacidades y que minimicen sus dificultades comunicativas. Para ello, existen sistemas y estrategias que sustituyen al lenguaje verbal y que se convierten en herramientas muy eficaces para superar las barreras comunicativas, acceder a la información y establecer interacciones de calidad con el entorno: éstos son los **Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación.**

Concepto y clasificación

Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación pueden ser una modalidad básica de comunicación o sólo un medio de acceso al aprendizaje del lenguaje oral.

El objetivo principal de todo Sistema Aumentativo y Alternativo de Comunicación radica en instaurar o rehabilitar la capacidad comunicativa de la persona, estableciendo o ampliando posibilidades de comunicación de individuos con déficit o incapacidad para hablar, y fomentando su autoestima y su autonomía personal y social.

Cuando un Sistemas aumentativos y alternativos de comunicación sustituye en su totalidad al lenguaje oral hablamos de sistema de comunicación alternativo. Mientras que si sólo complementa al lenguaje oral incrementando y estimulando la producción verbal, estamos ante un sistema de comunicación aumentativo.

Los usuarios/as de los Sistemas aumentativos y alternativos son aquellas personas que presentan una dificultad importante en su capacidad comunicativa, de forma transitoria o permanente, por razón de:

Déficits motores, derivados de:

- Parálisis cerebral.
- Traumatismos craneoencefálicos.
- Malformaciones craneofaciales.

- Patologías neuromusculares progresivas

Déficits intelectuales:

- Discapacidad cognitiva o trastornos del lenguaje.
- Trastornos graves del desarrollo.
- Trastornos del espectro autista.
- Personas con plurideficiencias

Déficits sensoriales:

- Sordera.
- Ceguera.
- Sordoceguera.

Ventajas y desventajas de un Sistema aumentativo y alternativo

- **Ventajas:**
  - Favorecen el desarrollo comunicativo.
  - Evitan la incomunicación y el aislamiento.
  - Mejoran la interacción comunicativa.
  - Se ajustan a los recursos motrices de la persona.
  - Son sistemas eminentemente prácticos.
  - Actualmente están adaptados a las TIC.
  - Actúan de regulador de la conducta.
- **Desventajas:**
  - Son limitados, presentando poca flexibilidad y riqueza expresiva.
  - Son lentos.
  - No favorecen el equilibrio conversacional.
  - Reducen el círculo de interlocutores.
  - Requieren entrenamiento para poder ser utilizado.
  - Pueden fijar estilos comunicativos inadecuados.

Clasificación:

Sistemas de comunicación aumentativa y alternativa sin ayuda

Son aquellos en los que el sujeto emisor no necesita apoyos materiales externos, y sólo utiliza su cuerpo, sus habilidades y sus capacidades para configurar y transmitir el mensaje. Principalmente, son gestos y signos manuales. Un ejemplo de ellos es el alfabeto dactilológico

Sistemas de comunicación aumentativa y alternativa con ayuda

Son los que necesitan de un apoyo externo a la persona. Son aplicables a personas con graves déficit motores y a personas con dificultades cognitivas o de aprendizaje. Por ejemplo, los sistemas pictográficos (basados en fotos o dibujos de objetos)

5. Aplicación de técnicas para favorecer la relación social y las actividades de acompañamiento.

3.1. Estrategias de intervención en comunicación.

- **Claridad:** Es decir, que el mensaje que transmitimos sea entendible, por lo tanto tenemos que pronunciar las palabras vocalizando correctamente, tenemos que cuidar la velocidad, el volumen, la entonación y la fluidez del cómo hablamos. Al hablar demasiado rápido puede que no se entienda lo que se dice, pero si el ritmo es demasiado lento, se pierde la comprensión del mensaje aunque se entiendan todas las palabras.
- **Sencillez**: Hace referencia a la complejidad del mensaje. Deberemos emplear frases directas y simples que permitan a la persona reaccionar conforme las vamos nombrando. Deberemos evitar mensajes con dobles sentidos y que pueden no resultar evidentes para las personas que escuchan.
- **Atención**: Deberemos atender tanto a las expresiones verbales, como a los gestos, comportamientos o actuaciones (por ejemplo, si pone mala cara cuando le tocamos la mano...). Prestar atención a la persona dependiente es fundamental, pero también hay que demostrárselo de forma clara para que sea consciente de ello. El profesional debe de expresarle que está a su disposición para lo que necesite, que el usuario/a le sienta cercano y se sienta con libertad para comunicar sus preocupaciones e intereses.
- **Empatía**: Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, lo cual facilita mucho la comunicación. No se trata de pensar o sentir igual que la persona, sino de comprenderle y manifestarle que entendemos cómo se siente. No es conveniente dar nuestra opinión sobre un tema, y mucho menos si no nos la han preguntado. Con algunas personas resulta fácil empatizar, con otras al contrario tenemos que realizar un esfuerzo, pero esto nos facilitará mucho la comunicación.

La claridad, la sencillez, la atención y la empatía son normas que mejoran la comunicación con los usuarios. Por una parte el usuario nos entiende mejor (claridad y sencillez) y por otro comprendemos mejor la realidad de quien se está dirigiendo a nosotros (atención y empatía). Todo ello ayuda a facilitar y enriquecer el proceso comunicativo obteniendo consecuencias positivas en la relación interpersonal.

3.2. Proceso de selección del sistema alternativo de comunicación.

Los Sistema alternativos de comunicación mejoran las posibilidades comunicativas de las personas con problemas de comunicación. Hay sistemas alternativos muy diferentes, cada uno debe ajustarse a las características del usuario/a (grado de afectación motriz, psíquica...) y al entorno en el que se va a utilizar.

Para el proceso de selección de un sistema alternativo de comunicación se deben dar los siguientes pasos:

1. **Recoger información:**

- Estado de la persona y déficits que presenta.
- Intereses y actitudes personales.
- Contexto en el que se va a utilizar (en casa, fuera, con amigos, con otros profesionales...)

Esta información la obtendremos a través de una entrevista que pasaremos a la familia y al usuario/a, observación directa de cómo se comunica en las diferentes situaciones, grabaciones…

2. **Toma de decisiones**:

- Tipo de sistema alternativo más adecuado (con o sin ayuda).
- Tipo de signos que se van a utilizar y tamaño de los mismos.
- Forma de indicación (dedo, licornios, mirada…).
- Soporte que vamos a utilizar (tableros, tríptico, ordenador…).
- Selección del vocabulario.
- Forma de intervenir con el sistema seleccionado

De cualquier manera el uso de sistemas alternativos es muy adecuado y, como opinan la mayor parte de los autores, no frenan la posibilidad del habla sino que, en todo caso, la potencian, favoreciendo el desarrollo del lenguaje así como la mejora global de las relaciones interpersonales y el desarrollo cognitivo, procurando con ello el desarrollo integral de la persona.

3.3. Recursos comunicativos.

- **Muecas, gestos y señalizaciones:** Son fórmulas utilizadas con un claro propósito comunicativo que pueden añadir sentido lingüístico al mensaje. A veces, se producen de forma simbiótica entre la madre y el hijo con graves problemas de comunicación. Muchos

de estos gestos forman parte de un repertorio significativo y universal, pero a veces se expresan en códigos específicos que requieren de la «sobreinterpretación» por parte de los interlocutores.

- **Objetos reales, juguetes, maquetas y miniaturas:** El aprendizaje del mundo que rodea al niño, sobre todo en los primeros meses de vida, se establece a partir de vínculos sensorio-perceptivos que el pequeño establece con los juguetes y objetos con los que se relaciona. La construcción del mundo a través de la exploración de los objetos es lo que permite establecer relaciones simbólicas con ellos, preludio de la adquisición del sistema simbólico y del lenguaje.
- **Imágenes, fotos y dibujos:** Cuando los problemas de comunicación oral son graves, una forma de comunicación primera puede ser la utilización de imágenes y fotografías: personas, objetos y acciones plasmados en imágenes. Es una buena manera de comenzar para, posteriormente, implantar códigos de comunicación más abstractos (símbolos y escritura).
- **Escritura ortográfica:** La escritura ortográfica constituye un sistema alternativo para aquellas personas que presentan un buen nivel de lectoescritura. Está constituida por números, letras, sílabas, signos de puntuación, palabras, e incluso frases. La persona que la utiliza construye su discurso a través de la señalización de estos elementos. Es utilizado básicamente por personas con problemas de articulación y de motricidad fina que impiden el control grafomotor (escritura).
- **La lengua de signos:** La estructura de este sistema es distinta a la oral, es un lenguaje simplificado y con dificultad para los términos abstractos, algunos gestos son entendibles por los oyentes, otros gestos como el nombre de las personas, son específicos. También hay gestos para frases completas, así como gestos temporales que se unen al del infinitivo para formar los distintos tiempos verbales... no es un sistema universal, incluso hay diferencias entre las distintas comunidades autónomas de España.
- **La comunicación bimodal:** Es la mezcla de la utilización de algunos signos junto con el lenguaje oral, pero signando las palabras en el mismo orden que los oyentes utilizan al hablar. En los centros de integración se utiliza este tipo de comunicación ya que favorece y refuerza el aprendizaje del lenguaje oral.
- **Palabra complementada o Cued-Speech:** Es un sistema para niños pequeños con serias alteraciones auditivas educados en ambientes oralistas, que combina la lectura labiofacial con la información de la mano (son ocho configuraciones de la mano) que se ejecutan en tres posiciones distintas respecto al rostro, actuando labios y mano de manera sincronizada.

- **El Sistema Pictográfico de Comunicación (SPC):** Tiene como objetivo principal facilitar la comunicación en sujetos no orales con dificultades motoras y auditivas. Consta de pequeñas tarjetas con dibujos muy sencillos y representativos para el alumno que están acompañados de la palabra escrita, se pueden fotocopiar en diferentes colores dependiendo si representan personas, verbos... también podemos añadir otros que no tenga el sistema y que consideremos útiles para el chico/a.
- **El Bliss:** Se creó en principio como sistema internacional de comunicación, pero es usado sobre todo en personas con parálisis cerebral. Consta de tarjetas con dibujos pero sin palabras, de diversos colores dependiendo si son personas, acciones..., algunas con un gran parecido con la realidad, otras sugieren la idea, por ejemplo: arriba, abajo.
- **El Sistema de Pictogramas e ideogramas de Comunicación (Pic):** Comprenden toda una serie de signos y símbolos pictográficos e ideográficos. La base de datos del sistema de pictogramas PIC está constituida por 1.120 símbolos gráficos blancos (imágenes, palabras o conceptos) sobre fondo negro. La mayoría de los símbolos representan objetos y otros contenidos significativos y lingüísticos de forma iconográfica. Tanto el sistema SPC como el PIC son sistemas de comunicación similares. La diferencia más notoria, a primera vista, entre ambos estriba en la disposición de los símbolos (en el PIC, símbolos blancos sobre fondo negro), lo que puede favorecer la interpretación y la identificación en según qué deficiencias sensoriales y perceptivas.
- **El sistema Premack:** El método Premack se ha aplicado en personas con dificultades para producir lenguaje hablado y en niños con psicosis y autismos. Los símbolos utilizados por este sistema pueden ser explorados por el sujeto, puesto que éstos están inscritos en bloques de madera o de plástico. Para poder utilizar los bloques de comunicación, el usuario ha de disponer de habilidades visuales y táctiles adecuadas, aunque no son precisas habilidades especiales de memorización.

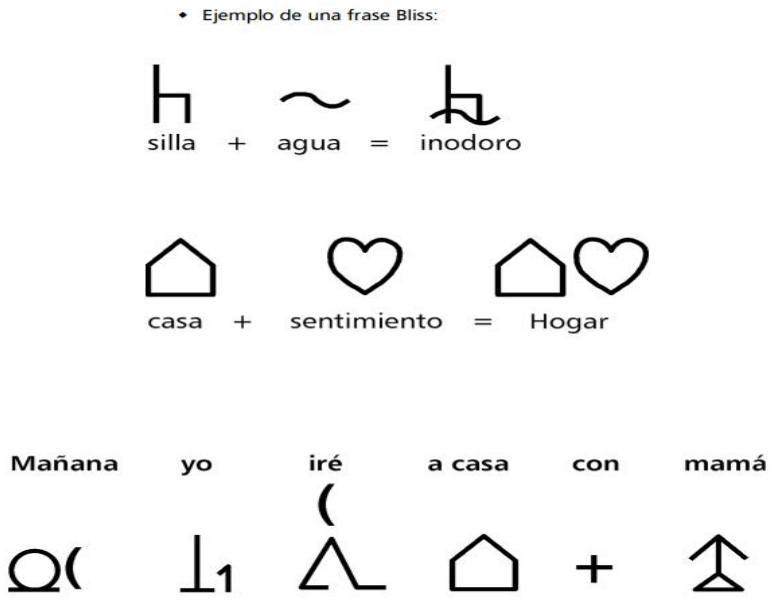
Cualquier ayuda o instrumento que facilite la selección de los símbolos contribuye a la independencia de las personas que lo utilicen a la hora de producir los mensajes. En este sentido, los avances en la electrónica y en la informática y la irrupción de las nuevas tecnologías TIC (Tecnologías de la Información y de la Comunicación) han contribuido, de manera decisiva, a la incorporación de nuevas facilidades en la comunicación aumentativa y alternativa.

Las ayudas elementales básicas se emplean en los diferentes procedimientos de selección de signos. Se trata de instrumentos de fácil fabricación y baratos, debido a los materiales sencillos que utiliza:

son los plafones de comunicación (elaborados con cartulinas de diferentes colores y plastificados, en forma de dípticos, trípticos o de cuaderno) u otros sistemas útiles y transportables. Su versatilidad permite utilizarlos en viviendas, escuelas, centros ocupacionales, hospitales, etc.

3.4. Técnicas de comunicación alternativa y aumentativa para personas deficiencias físicas, motrices y psíquicas.

- **Sistema Bliss:** Los símbolos Bliss son símbolos gráfico visuales que representan significados. Utilizan formas básicas para la transmisión de significados. Los símbolos se combinan de diversas maneras formando así nuevos significados, con lo que se crea un sistema complejo capaz de expresar conceptos diferentes En comparación con las letras y sonidos, cuya integración es necesaria para la lectura, cada símbolo Bliss tiene un significado lógico, ya aparezca solo o en combinación con otros símbolos, lo que hace más fácil su comprensión y aprendizaje Cada uno de los elementos que componen el símbolo tiene una referencia directa con el significado. Esto es una gran ventaja que facilita su



aprendizaje

- **Sistemas SPC: El** SPC tiene como objetivo principal facilitar la comunicación en sujetos no orales con dificultades motoras y auditivas. El vocabulario que se utiliza en este sistema utiliza la misma diferenciación de categorías y colores que el sistema Bliss. Consta de pequeñas tarjetas con dibujos muy sencillos y representativos para la persona que están acompañados de la palabra escrita, se pueden fotocopiar en diferentes colores dependiendo si representan personas, verbos... también podemos añadir otros que no tenga el sistema y que consideremos útiles para ella. El vocabulario es más restringido que en el sistema Bliss, aunque dada su simplicidad es muy fácil de aprender. Para llevar a la práctica este sistema se eligen los símbolos según el nivel de la persona y se colocan sobre un tablero, para seleccionar este vocabulario inicial se tienen en cuenta, ante todo, las tarjetas con sus necesidades básicas (aseo, alimentación...), las actividades cotidianas y sus gustos o preferencias. Después se van incorporando al vocabulario existente aquellas palabras que vaya necesitando cada persona a medida que van cambiando sus necesidades comunicativas.

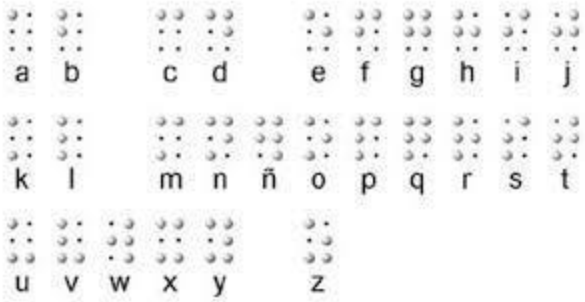
Entonces le enseñaremos a encadenar palabras para ir formando frases.

- **El sistema Premak:** Su uso más común es para incrementar (reforzar) aquellas conductas deseables de baja ocurrencia: incrementar el tiempo de trabajo en clase, potenciar el aprendizaje de una materia concreta

3.5. Técnicas de comunicación alternativa y aumentativa para personas deficiencias sensoriales.

- **La lengua de signos:** Es el lenguaje natural propio de las personas con discapacidades auditivas, es una lengua con sintaxis y gramática propia. Para las personas oyentes resulta difícil aprender y utilizar la lengua de signos con la fluidez que emplea la persona sorda, sin embargo es importante que el personal sociosanitario conozca algunos gestos sencillos, con el fin de establecer contacto con ellos/as. A modo de ejemplo:

- **El braille:** Es un sistema de lectura en relieve para personas con déficit visual déficit visual déficit visual déficit visual, se percibe de forma táctil. La lectura del Braille se realiza letra a letra, por lo que al principio puede resultar lento y requiere mucha concentración



- **3.Dactilológico en Palma**: Se utiliza como método en aquellas personas que conocen la escritura en tinta. Consiste en escribir con el dedo índice las letras de cada palabra, en mayúsculas, sobre la palma de la mano siguiendo el trazado de la escritura con tinta

3.6. Ayudas técnicas en la comunicación alternativa y aumentativa. Ayudas técnicas para la información y la señalización.

La ayuda técnica elegida debe:

- Posibilitar al sujeto con discapacidad motora la producción de la información que elabora mentalmente.
- Facilitar la función de contacto entre emisor y receptor, de la forma más rápida y eficaz posible.
- Hacer posible la comunicación en todas las circunstancias y de un modo independiente.

Productos de apoyo básicos:

Tablero o cuaderno de comunicación: Son superficies planas divididas en casillas donde se colocan símbolos, signos, dibujos, fotografías, palabras... dependiendo el sistema (SPC, Bliss…) que utilice el usuario. El usuario señalará el símbolo con el dedo, la mirada o con un puntero o licornio (varilla que se acopla a la cabeza de aquellas personas que tienen afectados los brazos, también se puede acoplar a la boca). Los tableros pueden ser: trípticos, cuadernos, hules, o paneles.

Producto de apoyo mecánico electrónico sencillo:

El Señalador de Reloj: Es un dispositivo eléctrico formado por un panel con una aguja y los símbolos dispuestos en círculo, como las horas de un reloj, la aguja se mueve mediante un pulsador que la persona mantiene accionado hasta que señala el símbolo deseado.

Comunicador electrónico: Es un dispositivo en forma de maletín con un panel frontal dividido en casillas sobre las que se colocan los símbolos, dibujos, colores...Debajo del panel hay un dispositivo de luz que el usuario acciona con un pulsador, o con el dedo. Es de fácil transport.e

Producto de apoyo electrónico de alta tecnología:

Comunicadores electrónicos: La diferencia con el anterior es que estos poseen voz digital o sintetizador. Los mensajes previamente se graban. Pueden emitir mensajes de más extensos aunque no hay posibilidad de crear mensajes espontáneos. Entre ellos:

Comunicadores: Alphatalker

Adaptadores para el ordenador: Teclados alternativos para el ordenador, tarjetas de voz, sintetizadores de voz, pulsadores (para la señalización directa: licornio, que se coloca en la cabeza, varilla bucal, pulsadores de soplo, de vibración, de parpadeo...). También programas que permiten utilizar el Bliss y el SPC.

Licornio.

Teclados virtuales Son programas informáticos que muestran un teclado en la pantalla del ordenador y que permiten acceder a cualquier aplicación informática sin necesidad de utilizar el teclado estándar. Habitualmente funcionan por barrido con un pulsador o mediante la selección directa de las letras. Algunos llevan incorporado un sistema de predicción de palabras que acelera la escritura.

Ratones: Hay gran variedad de alternativas de acceso al ratón convencional. Destacamos:

- **Ratones virtuales:** Son programas informáticos cuyas opciones de movimiento y funciones de clic aparecen en pantalla. Suelen utilizar un pulsador y un sistema de barrido para facilitar el uso del programa de comunicación.
    - **Ratones de cabeza**: Los movimientos de la cabeza realizados por el usuario se transforman en movimientos del puntero. De esta forma seleccionan directamente en la pantalla: la letra, la palabra, el pictograma, etc., según qué sistema se esté utilizando. Algunos ratones de cabeza necesitan una cámara web para su uso.
    - **Control del ratón por el iris:** Este sistema permite a personas con grandes dificultades de movimiento, controlar el puntero del ratón con la mirada

Programa informático: Existen programas de ordenador específicos para comunicarnos a través de pictogramas o mediante letras, palabras, enunciados, etc. La aparición de ordenadores cada vez más pequeños, como móviles, agendas personales digitales (PDAs), etc., posibilita llevar el dispositivo siempre con nosotros y hablar en cualquier lugar donde nos encontremos.

3.7. Técnicas de observación de la evolución general de la persona dependiente.

La observación la pueden realizar diferentes personas, pero el auxiliar a domicilio puede realizar esta tarea perfectamente, ya que habitualmente mantiene contacto con el usuario/a, lo que le permite una observación frecuente y completa de los diferentes aspectos (estado de ánimo, estado de salud, evolución funcional en las AVD). Además, la cotidianidad hace que el usuario/a se relaje y actúe de forma espontánea. El auxiliar de ayuda a domicilio por otro lado, no tiene una carga emocional tan fuerte como la que pueden tener los familiares.

Para comprobar la evolución general de la persona con dependencia, el auxiliar utilizará técnicas de observación para registrar y recopilar la información de manera sencilla, que posteriormente transmitirá al equipo interdisciplinar.

Problemas de comunicación verbal a observar:

- A la persona le cuesta encontrar las palabras adecuadas.
- Cambia unas palabras por otras al expresarse.
- Se inventa palabras.
- Presenta problemas de atención en la conversación.
- Tiene dificultades para expresar deseos, necesidades y se bloquea.
- Presenta falta de iniciativa en la comunicación
- Se frustra a menudo cuando se comunica.
- Presenta dificultades en la articulación del lenguaje.

Problemas de comunicación no verbal a observar:

- Ver si los mensajes verbales y no verbales van en consonancia: atender la mirada, la expresión facial, los gestos corporales, el contacto físico...

Algunos aspectos a observar sobre la utilización de los sistemas alternativos y aumentivos de comunicación (SAAC)

- Con qué interlocutores utiliza el SAAC para comunicarse y en qué entornos.
- En qué situaciones puede utilizar el SAAC.
- Si el vocabulario se adecua a sus necesidades.

- Si puede señalar los símbolos de forma clara y ágil. • Señales de comunicación que está utilizando el usuario y no se están considerando.

3.8. Sensibilidad ante los problemas de comunicación de las personas dependientes.

El trabajo con personas con dependencia en los domicilios es complejo y en muchas ocasiones pone a prueba los conocimientos, las experiencias y los recursos personales del auxiliar de ayuda a domicilio.

El estar en el domicilio supone ventajas, porque la persona está en su ambiente, pero también conlleva limitaciones puesto que las interacciones comunicativas quedan reducidas a las personas de su propia vivienda o del entorno más cercano

Además el usuario/a puede verse afectado por trastornos que le limiten sus posibilidades comunicativas (Alzheimer, demencias, Parálisis Cerebral,….) e incluso pueden desembocar en un desinterés por hacerlo. Por este motivo el auxiliar debe mostrar sensibilidad hacia los problemas de comunicación de cada uno de los usuarios, lo cual requiere cualidades personales y capacidad de poner en práctica ciertas actitudes ante los problemas de comunicación de los usuarios.

Entre las actitudes que permitan expresar sensibilidad hacia los problemas de comunicación de la persona con dependencia, destacan:

- Mostrar paciencia y respeto.
- Dar tiempo a la persona.
- Conocer y practicar el sistema alternativo y aumentativo de comunicación de la persona con dependencia.
- Hacer uso de estrategias para favorecer su comunicación (empatía, escucha activa y asertividad).

Bibliografía

Ayuso Romero, María Dulce. Actividades de la vida diaria. (2007). Universidad Castilla la Mancha.

Inacap. (2006). Desarrollo de procesos cognitivos.

Velásquez Soto, Héctor. Procesos Psicológicos, Percepción. Colegio de los sagrados corazones de concepción.

Bericat, Eduardo. (2012). Emociones. Sociopedia.isa. Universidad de Sevilla.

Sarabia Cobo, Carmen María. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. Gerokomos vol.20. Barcelona.

Marín González, Ana; De la Porte Herrero, José Mª; López Fraguas, Mª Ángeles. (2005) La planificación centrada en la persona.

Bejerano González, Fátima. Programas de habilidades sociales y autonomía personal. Publicaciones didácticas.

Navarro Lores, Diesveldy. (2012). Proceso de gestación de situaciones sociales conflictivas (2012).

Gómez Cerezo, Sergio. Mediación familiar e intergeneracional en la atención domiciliaria a personas en situación de dependencia y sus familias.

Rodríguez, Pilar. (2013) La atención integral y centrada en la persona. Fundación Pilares para la autonomía personal.

Plumed Moreno, Calixto. (2013). Una aportación para la humanización.

Gasco Alberich, Fernando; Gómez Sainz, Mª Rosa; Fraguas Sanz, Mª Antonia. (2009). Guía de Prestaciones para personas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia. Recursos Estatales y Autonómicos. IMSERSO.

Muñoz Madrigal, Ana. La parálisis Cerebral. Observatorio de la discapacidad. IMSERSO.

Pérez Corraliza, Carmen. (2005). Introducción al autismo.

Valverde Sánchez, Soraya. La deficiencia visual. Definición y tipologías.

Álvarez Reyes, Daniel. La sordoceguera: una discapacidad singular.

Bordás Salavera, Carlos; Artiaga Martínez, MªPilar; Labordeta Barcelona, Ana. El lenguaje en la esquizofrenia: Patologías.

Igoa, Ana; Martino, Diego; Bottini, Alejandro; Gaglies, Pablo. Trastorno Bipolar: guía para pacientes, familiares y allegados.

Gobierno Vasco. (2002). Ansiedad como controlarla.

Del Rosario Benítez, M.A; Fraile Asensio, A. (2002). La comunicación con el paciente con enfermedad en fase terminal.

Benítez de Lugo, Mª de los Ángeles. (2008). La comunicación y el sistema familiar en el paciente oncológíco terminal.

Gobierno de Chile. (2012). Como prevenir y enfrentar el maltrato al adulto mayor.

Celdrán Clares, M. I; Buitrago Zamorano, F. Trastornos de la comunicación y el lenguaje.

Macías Martín, Eva María. (2010). Los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación.

Abadín Abril, Dolores; Santos Delgado, Clara; Cerrato Vigara, Angela. (2010). Comunicación Aumentativa y Alternativa.