

“HUMANIZACIÓN PARA UNA ATENCIÓN CENTRADA EN LAS PERSONAS MAYORES EN RESIDENCIAS”

Centro Asistencial San Camilo

31 de mayo de 2022
de 09:00 a 15:00 hs

Pablo Posse

Psicólogo CASC - Profesor CEHS
Tel.: (34) 91.803.4000
e-mail: psicologia@sancamilo.org

3. Claves de comunicación para la aplicación de la atención centrada en la persona
 - Estilos a desmontar
 - Empatía y escucha activa
 - Personalización y persuasión
4. El cuidado del propio profesional

Parábola de las dos tinajas

(Cuento de origen asiático)

Un vendedor de agua repetía cada mañana el mismo ritual: colocaba sobre sus hombros un aparejo que tenía, y a cada punta del aparejo amarraba una tinaja. Después salía al camino del río, llenaba dos tinajas y regresaba a la ciudad para entregar el agua a sus clientes.

Pero una de las tinajas tenía muchas grietas y dejaba filtrar mucha agua. La otra tinaja era nueva y estaba muy orgullosa de su rendimiento, ya que su dueño obtenía mucho dinero con la venta del agua que ella llevaba.

Al cabo de un tiempo, la pobre tinaja agrietada fue acomplejándose y sintiéndose inferior a la otra. Tanto, que un día decidió hablar con su patrón para decirle que la abandonara, por ser ya casi inservible.

- ¿Sabes? Dijo la tinaja, soy consciente de mis limitaciones. Yo sé muy bien que conmigo tú dejas de ganar mucho dinero, pues soy una tinaja llena de grietas y, cuando llegamos a la ciudad, estoy ya medio vacía. Ya no hay nada que hacer. Por eso te pido que me perdones mi debilidad. Compra otra nueva que pueda hacer mejor el trabajo, y abandóname a mí en el camino. Ya no te sirvo...

- Muy bien. dijo el vendedor de agua, pero ya hablaremos con más calma mañana.

Al día siguiente, de camino hacia el río, el vendedor de agua se dirige a la pobre tinaja agrietada y le dice:

- Fíjate bien en la orilla de la carretera y dime lo que estás observando.

- Nunca me había fijado!, pero en honor a la verdad, me doy cuenta de que el borde de la carretera está lleno de flores. ¡Es algo muy hermoso!.



- Pues bien, mi querida tinaja, quiero que sepas que si las orillas de la carretera son como un bello jardín, es gracias a ti, ya que eres tú quien la riegas cada día cuando regresas del río... Hace ya mucho tiempo que me di cuenta de que tú dejabas filtrar mucha agua. Entonces yo compré semillas de flores de toda clase y, de camino hacia el río, una mañana las sembré en la orilla de la carretera; y tú, al regresar del río, sin saberlo y sin quererlo, estuviste regando mi siembra. Y así todos los días, gracias a tus grietas, muchas semillas nacieron, los botones se abrieron, y cada día gracias a ti puedo cortar unas flores, preparar un ramillete y ofrecérselo al Creador.

Y el buen hombre, inclinándose sobre el camino, comenzó a escoger las mejores flores del día para ofrecérselas al Hacedor de todo.

Y esta vez la tinaja regó aún mejor el camino con el agua que se perdía de entre sus grietas y la que brotaba agradecida de sus ojos.





REFLEXIONES Y COMENTARIOS

TESTIMONIO

«Primeramente, permitid que me presente, pues en el año 2020 tendré 80 años, y es posible que yo sea uno de vuestros residentes. Como puede que en ese momento sea incapaz de comunicaros mis deseos, aprovecho la ocasión que tengo hoy para hacerlo y para deciros cómo querría que me cuidaseis si tuviera que pasar una larga estancia en el geriátrico.

En primer lugar, me gustaría conservar mi identidad: yo soy la señora Mills, y es así como deseo que se me llame. No quiero convertirme en "abuela" o "Rosa" o "La señora de la cama número 9", sino que quiero mantener el nombre al que estoy acostumbrada, quiero seguir siendo la señora Rosemary Mills.

Una de las cosas más importantes para mí es la independencia. ¿Podré tener una habitación individual? Probablemente no. En tal caso, cuidadores, vigilad bien que las cortinas estén corridas alrededor de mi cama mientras me lavan o me visten.

Si me tenéis que lavar, aseguraos por favor de que el agua esté caliente y no tibia. No soporto el agua fría para lavarme y todavía lo soportaré menos cuando sea anciana. Poned mucha atención en secarme bien; no hay nada tan desagradable como sentirse medio mojado. Si me bañáis, cuidad mi intimidad y dignidad tanto como os sea posible. Tened la gentileza de calentar la toalla, os lo agradeceré. Al ser enfermera, he cuidado siempre mucho mis uñas; por eso espero que me las mantengáis siempre limpias y cortas, y es posible que necesite la visita del podólogo cada dos o tres semanas.

«Si no soy capaz de vestirme sola, espero que la persona que me cuide se esfuerce en cuidar mi apariencia. Me gustaría que pusiese mucha atención cuando combinen mis jerséis y mis blusas con mis faldas, mis chaquetas con mis vestidos. Que no me pongan medias viejas (o pantys) con carreras, que no permitan que la combinación asome por debajo de mi vestido y, ¡por Dios, que no me anuden las medias debajo de las rodillas! Después, una vez vestida, ¿podrán peinarme? Espero que sí, seguro que no os olvidaréis y que me lavaréis los dientes..

Me gustaría ir una vez a la semana a la peluquería, pero no se les ocurra ponerme en el pelo pasadores, cintas o turbantes de colorines.

Algún día iré a la sala: si pudiésemos estar allí tranquilos... Estoy segura de que no es necesario dejar la televisión encendida todo el día sin preocuparse de si alguien la está mirando.....

Si tengo libros cerca, cuidado que tenga mis gafas; si no, me será imposible leer.

Si en el momento de la comida soy incapaz de cortar los alimentos, confío en que lo haréis por mí. Si es preciso, no tengo ningún inconveniente en comer con la cuchara, siempre que me sirvan la comida en un plato hondo y no en un plato llano, que me obligaría a ir a la caza de los alimentos. Me gustaría tener servilleta, aunque sea de papel; pero si se puede evitar el babero...

No os pongáis nerviosas ni manifestéis reprobación si vomito el té, o impaciencia porque sea lenta; tampoco intentéis darme la comida a cucharadas antes de averiguar si tengo fuerza suficiente para hacerlo yo sola.

Si me vuelvo incontinente, ¿podrías seguir tratándome como a un ser humano? Absteneos de arrugar la nariz de asco cuando descubráis mis sábanas mojadas.

No me tratéis nunca de "asquerosa". No me riñáis, ni me pongáis en una situación crítica pensando que lo hago a propósito. Deseo que se me proporcionen compresas o empapadores especiales y se abstengan de colocarme una sonda por razones puramente prácticas. No quiero pasearme con la bolsa de orina colgando, ya que sería objeto de la curiosidad de mis nietos y una molestia para mí. Me gustaría que me llevaran al WC regularmente, que hagan que me mueva y no me dejen todo el día clavada en una silla con el pretexto de que es inútil ocuparse de una persona incontinente..

Sería una muestra de gentileza por parte vuestra manifestar interés por mi familia, por las fotos que estén en la mesilla de noche o por mis nietos cuando vengan a visitarme. Sin embargo, me parecería poco caritativo que preguntaseis porque mi familia no se ocupa de mi o porque mi hijo y su familia no me tienen con ellos. Puede ser que esté demasiado disminuida para que puedan cuidarme, o quizá no estén dispuestos a hacer el esfuerzo; pero, sea cual sea la causa, no deseo que se planteen estas cuestiones

Seré feliz si puedo salir de vez en cuando, hacer una excursión en el minibús para ver los árboles en flor, las ovejas en primavera, el mar en verano o, sencillamente, instalarme en el jardín cuando el tiempo lo permita.

Si estoy un poco aturdida y no comprendo vuestros deseos, no gritéis, por favor. Esto sólo conseguiría agitarme y descomponerme más; hasta puedo volverme agresiva. Si me tratáis con delicadeza, todo irá bien..

Cuando esté en el geriátrico, mi mundo será muy reducido. Permitidme que participe de vuestro mundo. Habladme de vuestra familia, de vuestros amigos, de vuestros días de fiesta... Dejadme que hable de mi vida pasada: "fingid, si es preciso, que os interesáis cuando yo os repita lo mismo que dije ayer o anteayer..

Pensad que si una enfermera joven se casa o tiene un niño, el poder ver a la novia en todo su esplendor o al recién nacido será para mí un acontecimiento digno de ocupar mi pensamiento durante semanas.

Mis deseos y necesidades pueden pareceros ilimitados, pero no son más que exigencias banales y normales: quiero tener afecto, quiero estar bien alimentada y tener una persona amable que se ocupe de mí.

Estoy segura, querida cuidadora y colega, que ya utilizas todos estos principios que se han enunciado, pero vosotras los deberéis transmitir igualmente a las enfermeras jóvenes, ya que, de aquí al año 2010, yo quiero estar atendida por expertas que sean igual de amables que conscientes profesionales. Al fin y al cabo, ¿no desearíais vosotras esto mismo si tuvieseis que estar un largo período en un hospital?»

Rosemary Mills
Supervisora del Servicio de Enfermería
Residencia Balgoman en Kent (UK) 1984

REFLEXIONES Y OPINIONES

1. DEFINICIÓN DE DEMENCIA

1.1. Concepto.

Demencia: Síndrome orgánico adquirido que ocasiona un deterioro cognitivo, global y persistente, sin alteraciones en la consciencia, y que interfiere en todas las dimensiones del ser humano.

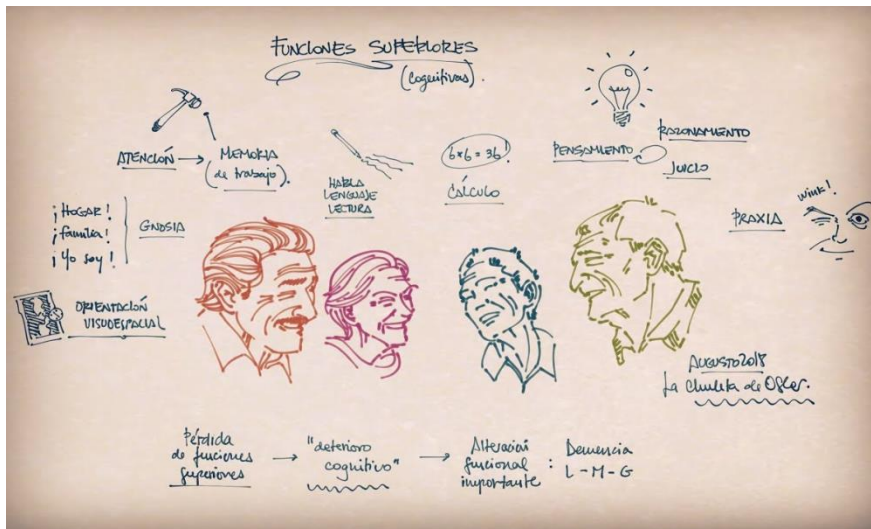
Cursa con pérdida o debilitamiento de las facultades mentales, generalmente grave y progresivo, que se caracteriza por alteraciones de la memoria, en la capacidad de razonamiento y trastornos en la conducta.

Se caracteriza un por un deterioro progresivo en fases; comúnmente conocidas como **Leve**, **Moderada** y **Severa**.



FORMAS MÁS FRECUENTES DE DEMENCIA.

- ALZHEIMER
- VASCULAR
- MIXTA
- FRONTO-TEMPORAL
- ENFERMEDAD DE PICK



- DFT + ELA
- CUERPOS DE LEVY
- PARKINSON
- PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA
- CREUTZFELDT-JAKOB

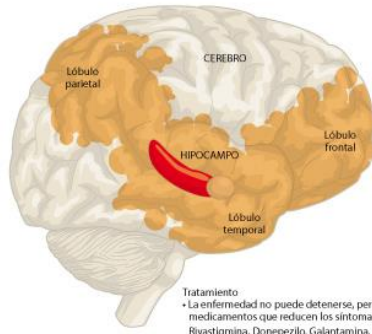
1. DEFINICIÓN DE DEMENCIA

Demencia

Causas de la demencia

Alzheimer

Es la causa más frecuente de demencia



Fases avanzadas
Se extiende por zonas temporales y parietales, generando dificultades en el lenguaje y fallos en la orientación espacial y en la elección de la ropa



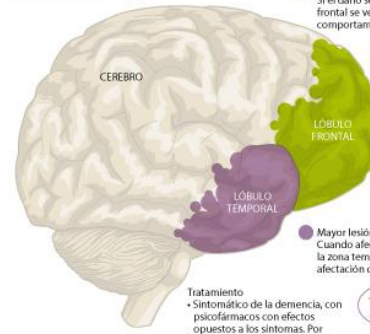
También se produce extensión frontal dando lugar a cambios en la conducta



Tratamiento
• La enfermedad no puede detenerse, pero hay medicamentos que reducen los síntomas: Rivastigmina, Donepezilo, Galantamina, Memantina y Souvenair.
• Resultados esperanzadores en investigación de fármacos contra el amiloide cerebral, causante del Alzheimer

Demencia fronto-temporal

Afecta al lenguaje o al comportamiento según la zona del cerebro más afectada



Mayor lesión frontal
Si el daño se centra en el lóbulo frontal se ve afectado el comportamiento



Mayor lesión temporal
Cuando afecta principalmente a la zona temporal hay mayor afectación del lenguaje



Tratamiento
• Sintomático de la demencia, con psicofármacos con efectos opuestos a los síntomas. Por ejemplo, tranquilizantes si hay agitación. Resultados regulares.

Déficits de vitaminas

Se tratan fácilmente y el paciente queda sin síntomas



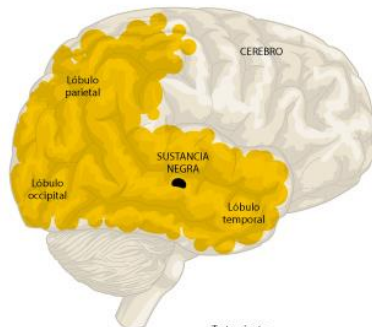
Tumores cerebrales

Si el tumor puede extraerse, los síntomas desaparecerán



Cuerpos de Lewy

Se expresa como problemas cognitivos asociados a síntomas motores y temblores similares al Parkinson



Sustancia negra
Su afectación provoca temblores como en el Parkinson



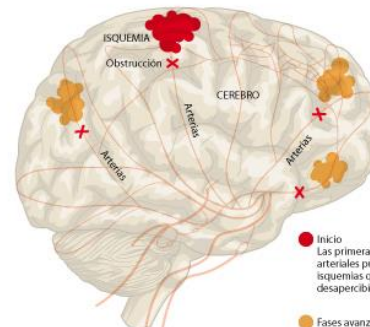
Otras zonas afectadas
También aparecen fallos de memoria, alucinaciones visuales y fluctuaciones cognitivas



Tratamiento
• Medicamentos usados en el Alzheimer
• Para los temblores, tratamientos utilizados para el Parkinson

Lesiones vasculares

La obstrucción de una arteria daña la parte del cerebro a la que llevaba sangre. Si se acumulan lesiones, puede causar demencia



Inicio
Las primeras obstrucciones arteriales pueden producir isquemias que pasan desapercibidas

Fases avanzadas
Los síntomas dependerán de las zonas del cerebro dañadas

Tratamiento
Se suele producir poca mejoría, pero se intenta que no se produzcan más isquemias:
• Anticoagulantes, antiagregantes
• Excepcionalmente, operar las arterias obstruidas

Grados de demencia

Independientemente de la causa, ésta se clasifica según el grado de dependencia para las actividades diarias:

Grado	Déficit cognitivo	Características
1	Ausente	Ninguna alteración
2	Muy leve	El paciente se queja por olvidos de nombres y pérdida de objetos.
3	Leve	Dificultad en tareas sociales complejas. Familiares y amigos perciben el deterioro. Síntomas claros, negación.
4	Moderado	Olvidos de hechos cotidianos recientes, déficits en tareas complejas.
5	Moderadamente grave	Necesita ayuda para elegir su ropa, desorientación, olvida datos importantes: su teléfono, nombres de familiares...
6	Grave	Dificultad para vestirse y asearse. Cambios en la personalidad. A veces olvida el nombre de la persona más cercana.
7	Muy grave	Pérdida del habla y de la capacidad motora. Incontinencia urinaria.

Diagnóstico diferencial con el DCL, la demencia, el duelo y la depresión.

Deterioro Cognitivo Leve

Alteraciones Cognitivas

Desorientación

Temporal	Espacial	Identidad
Amnesia	Agnosia	Afasia
Apraxia	Aprosexia	Acalculia
Bradipsiquia		

Alteraciones Funcionales

Vestido	Higiene	Alimentación
Transferencias	Desplazamientos	

Alteraciones Psicológicas

Ansiedad Angustia Frustración

Duelo

Depresión



Tristeza

Apatía

Anhedonia

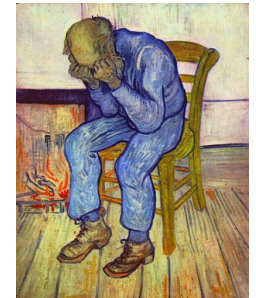
Ansiedad	Angustia	Frustración	Distrés
Bradipsiquia		Desorientación	
Vestido	Higiene	Alimentación	

Es conveniente recordar que la persona con demencia puede conservar durante mucho tiempo capacidades cognitivas que creemos perdidas, enmascaradas por su afasia y agnosia, que suele ser consciente de lo que ocurre a su alrededor. Es crítico saber usar la comunicación corporal no verbal.

- ❖ **Brindar Capacidad de Elección vs Actitud Pasiva**
- ❖ **Dignidad y respeto vs Infantilización**
- ❖ **Favorecer Autonomía vs Sobreprotección**



- ❖ **No discutir ni forzar**
- ❖ **Atender a la identidad personal e intimidad**
- ❖ **Expresar afecto, empatía y cercanía**
- ❖ **Mostrar flexibilidad y calma**



COMUNICACIÓN CON LA PERSONA CON DEMENCIA EN EL DUELO

Fase Leve

- ❖ Conservado aún el pensamiento abstracto y la capacidad introspectiva.
- ❖ Dificultad para encontrar la palabra correcta (Anomia)
- ❖ Empobrecimiento del discurso (inicio inminente de Agnosias y Afasias)

Fase Moderada

- ❖ Muy afectado posiblemente el pensamiento abstracto. Concreto y poco operativo
- ❖ El contenido semántico de su lenguaje es más empobrecido aún.
- ❖ El discurso resultar menos fluido con pausas o bloqueos.
- ❖ Pierde fácilmente el hilo de las conversaciones.
- ❖ Abuso expresiones hechas para compensar los problemas de agnosia.
- ❖ Tiende a cambiar unas palabras por otras (parafasias fonéticas y semánticas)
- ❖ Tienden a ser reiterativos, pero mantienen en general la espontaneidad verbal

Fase Severa

- ❖ Pérdida de la capacidad de abstracción y de la posibilidad de introspección
- ❖ El lenguaje suele ser ya poco fluido.
- ❖ Repetición mecánica de una palabra o frase que ha dicho otra persona (Ecolalia).
- ❖ Repetición de palabras o frases cortas dichas el propio sujeto (Palilalia).
- ❖ Repetición de palabras, frases, expresiones, conocidos que repiten constantemente (Estereotipias).

Se dice que de las enfermedades incurables a día de hoy, las más crueles muy posiblemente son las enfermedades que cursan con demencia, porque a sus víctimas las mata dos veces... primero la muerte psicológica, luego la biológica.

En la demencia el duelo no solo lo viven los familiares y amistades deudos... si no que por el contrario, y mucho antes la propia persona en proceso de demencia.



En la demencia el duelo no es solo ante la muerte definitiva... Es sobre todo el las constantes pérdidas que ocasiona el progresivo deterioro cognitivo y los cambios comportamentales que hacen a la personalidad de la persona afectada

**Acompañamiento
Interdisciplinar**



Cuidado Afectivo

Orientado al...

Cuidado Efectivo

Vivir con cualquier enfermedad que provoque demencia, es vivir con pérdidas muy significativas... Aunque como toda experiencia vital también implique ganancias muy gratificantes.

En la demencia es posible continuar creciendo como persona, madurando y aprendiendo a afrontar los sucesivos duelos que nos plantea la enfermedad.



Duelo Anticipado



Duelo Ambiguo



Duelo Definitivo

Pérdidas en su identidad: proceso de desintegración de su identidad, con experiencia de desintegración en las funciones del pensamiento: de las funciones simbólico-abstractas al pensamiento concreto, deterioro funcional y pérdida progresiva de su autonomía.

Pérdidas intersubjetivas: pérdida de roles en los vínculos, pérdidas de vínculos.

Pérdidas sociales: pérdida de roles sociales, aislamiento y abandono social en tanto se invisibiliza la problemática.

ACTITUDES ANTE LA PERSONA CON DEMENCIA EN DUELO

- ❖ Comunicarse desde la “Verdad”...
- ❖ Favorecer la expresión de sus sentimientos.
- ❖ Promover la narración de su experiencia de pérdidas.
- ❖ Acoger sus emociones y devolver comprensión ante el dolor.
- ❖ Validar las expresiones de sufrimiento emocional.
- ❖ Aceptar que la enfermedad implica desorientación y olvido.
- ❖ Promover la expresión de vivencias de pérdidas.
- ❖ Disfrutar de las vivencias gratificantes que se experimentan simultáneamente



COUNSELLING

- ❖ Comprensión Empática
- ❖ Aceptación Incondicional
- ❖ Consideración Positiva
- ❖ Autenticidad

ACTITUDES

HERRAMIENTAS

PROCESO

Acogida

- . Escucha activa
- . Respuesta empática
- . Reformulación
- . Dilucidación
- . Personalización
- . Interpretación
- . Confrontación

Autoexploración

Autocomprensión

- . Autorrevelación
- . Persuasión
- . Planificación
- . Establecimiento de Metas
- . Intención paradójica
- . Asertividad
- . Inmediatez

Acción

Despedida



EJERCICIO INSTROSPECTIVO

EJERCICIO INSTROSPECTIVO

Escribir a continuación las 5 cosas más importantes y significativas para uno en este momento de su vida... con una sola palabra que lo describa de la mejor manera... y organizarlo en orden de importancia

1.

2.

3.

4.

5.

EJERCICIO DE EMPATÍA “SIMPÁTICA”

Cuando yo sea mayor (por ejemplo cuando ya tenga mis 85 años y la consiguiente mayor dependencia)... ¿Cómo me gustaría ser cuidado en el lugar donde resida?.

1. Identificar actividades que creo que me estimularán cuando sea mayor.

- Partiendo de mi propia biografía, de mi historia de vida, de mis costumbres y hábitos cotidianos que me producen gratificación.
- Prestando atención a mis propios deseos respecto a lo que quiero mantener y cambiar de mi vida cotidiana. Estando atento a los posibles nuevos intereses y preferencias que puedan ir surgiendo en mi persona con el paso de los años.
- Actividades de la vida cotidiana que deseo que me apoyen para seguir realizándola en mi dependencia. (hacer la comida, ir de compras, se ocupan de mis cosas, cuidar mis plantas, etc.).
- Actividades que desearía que contemplen para ayudarme a mantener continuidad con mi propia vida, tanto dentro del centro como en la comunidad (salidas, encuentros y gestiones que acostumbraré hacer y que me serán satisfactorias)

EJERCICIO DE EMPATÍA SIMPÁTICA

Cuando yo sea mayor (por ejemplo cuando ya tenga mis 85 años y la consiguiente mayor dependencia)... ¿Cómo me gustaría ser cuidado en el lugar donde resida?.

2. Facilitándome que decida sobre mis actividades cotidianas.

- Evitar en la medida de lo posible que me vea obligado/a a hacer actividades que no son de mi agrado.
- Darme opciones diversas para elegir, que no me sienta obligado/a a hacer solo “lo que ahora toca”.
- Diseñarme actividades donde pueda elegir, sentirme capaz y desarrollar mis habilidades relacionales y emocionales.
- Realizar adaptaciones individuales en las actividades grupales en las que tenga que participar.
- Ser flexible admitiendo, si la actividad lo permite, la posibilidad de no participar todos los días, de descansar...

2ª Fase del Counselling

Personalizar



2ª Fase del Counselling

El counselling, en esta 2ª etapa, favorece que el ayudado “**no se escape**”, que se apropie de la experiencia y concrete qué significa la experiencia que atraviesa, y cómo está afrontando lo que le sucede.

- Que **comprenda** cuanto de sí hay en la situación que está viviendo, cuanto de su **sufrimiento** es **inevitable** y cuanto es **evitable**.
- **Personalizar** es lo contrario a **Generalizar**.
- Con la destreza de **Personalizar** se pretende que el ayudado **se haga cargo de su propio problema o dificultad**.
- Evitar que lo vea como algo ajeno a él, o debido a las circunstancias contextuales y externas, fuera de su control, sino que **contemple su grado de participación y responsabilidad** en el problema y su **capacidad de control** de dicha dificultad.

2ª Fase del Counselling

PERSONALIZAR

Concretar, especificar, centrarse en la persona

FUNCIONES:

Que el ayudado posea su problema como algo personal, que analice su grado de **responsabilidad**.

Evitar las generalizaciones (del ayudado y del ayudante)

Ayudar a expresar los elementos fundamentales de los problemas y conflictos a **nivel emotivo**, sin encubrirlos con hechos irrelevantes.

Evitar que las intervenciones-respuesta del ayudante se muevan en un plano abstracto y de racionalización, separado de los sentimientos y experiencias concretas del ayudado.

2ª Fase del Counselling



PERSONALIZAR

Pretende acompañar al ayudado a **tomar conciencia** de forma **precisa**:

... de lo **que** le está sucediendo.

...de su **significado**.

...de su **responsabilidad** en el afrontamiento.

...de lo que **siente** al tener esta nueva perspectiva.

...así como del **objetivo** que pretende conseguir.

2ª Fase del Counselling

Gramática

- «**Siempre**» -dice el maestro- es una palabra que condena la frase a cadena perpetua. Por eso, es preferible no usarla nunca, y así darle a lo que decimos el beneficio de la libertad condicional.
- ¿Y «**Nunca**»? Pregunta una alumna.
... El profesor reflexiona.
- Esa no hay que emplearla **Jamás**, es una sentencia de muerte.

2ª Fase del Counselling

Tipos DE PERSONALIZACION:

- El significado:

***QUÉ SIGNIFICA PARA TI LO QUE ME CUENTAS;
LO QUE ESTÁS VIVIENDO.***

- El problema.
- El sentimiento.
- El fin.

2ª Fase del Counselling

Tipos DE PERSONALIZACION:

- El significado.
- El problema:

**EN QUE MEDIDA ESTÁS CONTRIBUYENDO TÚ A
QUE EL PROBLEMA SEA TAL O DEJE DE SERLO.**

- El sentimiento.
- El fin.

2ª Fase del Counselling

Tipos DE PERSONALIZACION:

- El significado.
- El problema
- El sentimiento:

COMO TE SIENTES AL PERSONALIZAR EL SIGNIFICADO Y EL PROBLEMA, AL DARTE CUENTA DE QUE EN EL FONDO, EL PROBLEMA ES TUYO.

- El fin.

2ª Fase del Counselling

Tipos DE PERSONALIZACION:

- El significado.
- El problema
- El sentimiento.
- El fin:

A DONDE QUIERES IR EN RELACION A LO QUE PUEDES Y A LO QUE CREES QUE DEBES.

2ª Fase del Counselling

PERSONALIZAR EL SIGNIFICADO:

Consiste en relacionar directamente el significado de lo que el ayudado está diciendo con su experiencia, es decir, **identificar el impacto personal que la situación está teniendo en el ayudado y porqué razón la experiencia es importante para él.**



2ª Fase del Counselling

PERSONALIZAR EL SIGNIFICADO:

Se personaliza atendiendo a los temas recurrentes en la expresión del ayudado, es decir, aquéllos que le afectan más... (esto también podemos percibirlo en lo no verbal).

Ejemplos:

- *“¿Qué significa para ti que con tu hermana no puedes contar?”*
- *“Si comprendo bien, parece que con tu hermana no te entiendes y eso te hace daño, ¿es así?” (reformulación).*

2ª Fase del Counselling

PERSONALIZAR EL PROBLEMA:

Es una forma de definir los comportamientos “deficitarios” del otro, actitudes que no favorecen.

Ejemplo:

-“Has descubierto que no consigues tomar la iniciativa para afrontar esta situación, ¿verdad?”

¿Esta forma de personalizar es confrontativa? **SÍ**

Es una forma también de identificar recursos propios.

Podemos personalizar el problema preguntando por los recursos y potencialidades para afrontarlo.

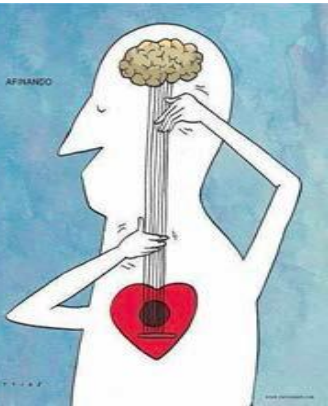
2ª Fase del Counselling

PERSONALIZAR EL PROBLEMA:

Se trata de identificar cómo se siente el ayudado ahora que conoce sus fallos y sus recursos... es decir qué impacto emocional tiene en él la personalización del significado y el problema.

Ejemplo:

- *“Al darte cuenta de lo que estás viviendo y de lo que estás haciendo (o no haciendo), veo que te sientes frustrado y triste.”*



2ª Fase del Counselling

PERSONALIZAR EL FIN:

Supone acompañar a identificar a **dónde quiere llegar** el ayudado en relación con el lugar problemático donde actualmente se encuentra.

La meta pretendida ahora es más real: ya se conoce mejor el problema y sus implicaciones.



2ª Fase del Counselling

PERSONALIZAR EL FIN:

En realidad se trata de acompañar a definir qué quiere hacer el ayudado en relación a lo que cree que debe y puede de manera realista.

Reclamamos aquí no solo el realismo, sino los valores, el compromiso y la propia autonomía en la determinación de la meta.



2ª Fase del Counselling

PERSONALIZAR EL FIN:

Responde a un modelo de conducta asertiva:

- No vale decir que una conducta no nos gusta y no especificar qué conducta hubiéramos preferido a cambio.
- Se trata de autoafirmarse en lo que el ayudado quiere, definirlo.



2ª Fase del Counselling

PERSONALIZAR

NORMALIZACIÓN

Excepción a la personalización.

Es útil en procesos de intervención en crisis y catástrofes. Contribuye a eliminar la sensación de que cuanto le está ocurriendo al ayudado es anormal o extraordinario.



2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

En las demencias por lo general se pueden presentar tres tipos principales de Síntomas Conductuales y Psicológicos (SCPD):

Trastornos del estado de ánimo:

- ✓ Depresión
- ✓ Ansiedad
- ✓ Angustia
- ✓ Apatía
- ✓ Trastornos del sueño
- ✓ etc.



Agitación:

- ✓ Agresividad
- ✓ Hiperactividad motora (acatisia y vagabundeo)
- ✓ Desinhibición sexual.

Psicosis:

- ✓ Alucinaciones
- ✓ Delirios
- ✓ Alteraciones de la identificación.

DESORIENTACIÓN



<https://www.youtube.com/watch?v=3634ZQV7qq0&t=22s>

REFLEXIONES Y OPINIONES

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

DELIRIOS: es una creencia falsa cuyo contenido es tenido como real por parte de la persona afectada, apartándose de la realidad objetiva.

Las ideas delirantes en la demencia suelen simples y poco elaboradas.

El más frecuente es delirio paranoide en el que la persona cree que se conspira contra ella, se le roba, es engañada, espiada, perseguida, envenenada, drogada o acosada.

Otra idea delirante frecuente es la de que familiares o amistades que ya han muerto, aun viven. Así también, otra idea de perjuicio es que ciertas personas cercanas son impostores (a menudo su cónyuge , descendientes o cuidadores).

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

ALUCINACIONES: Son percepciones sensoriales sin objeto real.

Las más frecuentes son las visuales, seguidas de las auditivas, táctiles y olfativas.

Las alucinaciones visuales más frecuentes son de familiares y amistades que han muerto, o de otras personas no especificadas.

Si bien las personas con demencia a menudo están angustiadas por sus ideas delirantes, experimentan, en cambio, estas alucinaciones frecuentemente con despreocupación, incluso pueden encontrar estas «visitas» placenteras.

Una excepción es la demencia por cuerpos de Lewy, en la cual a menudo son generadoras de miedo, angustia y agresividad..

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

IDENTIFICACIONES ERRONEAS: Es una alteración de la percepción consistente en un tipo de ilusión asociada a un delirio secundario, de forma que la persona enferma es incapaz de interpretar la realidad correctamente y la deforma.

Se manifiesta de diferentes formas:

- ❖ Error de identificación de la propia persona: con frecuencia no reconoce su reflejo en el espejo.
- ❖ Error asociado a la autorreferencialidad con la televisión: imagina que los acontecimientos de la televisión se producen en su entorno inmediato.
- ❖ Falso reconocimiento: cree conocer a otra persona desconocida

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

Factores desencadenantes de los síntomas conductuales y psicológicos

- Fármacos.
- Infecciones (especialmente de orina, en la que, en ocasiones el único síntoma puede ser la descompensación)
- Dolor (de difícil diagnóstico en pacientes con demencia)
- Fiebre.
- Déficits sensoriales en la visión o audición que favorecen alucinaciones, agitación, apatía y depresión.
- Personalidad psicopatológica pre-mórbida.
- Ritmo circadiano. Las alteraciones son más frecuentes a última hora de la tarde, al oscurecer (fenómeno de sundowning).
- Factores ambientales: cambios de domicilio, modificaciones en el entorno físico, ruidos.

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

Factores desencadenantes de los síntomas conductuales y psicológicos

La relación y actitud de la persona cuidadora hacia la persona enferma pueden desencadenar o agravar algunos síntomas:

- Regañarle o enfadarse.
- Infantilizarle
- Mala comunicación.
- Falta de atención y desinterés en los cuidados
- Exigencia excesiva para las capacidades de la persona enferma.
- Sobreprotección

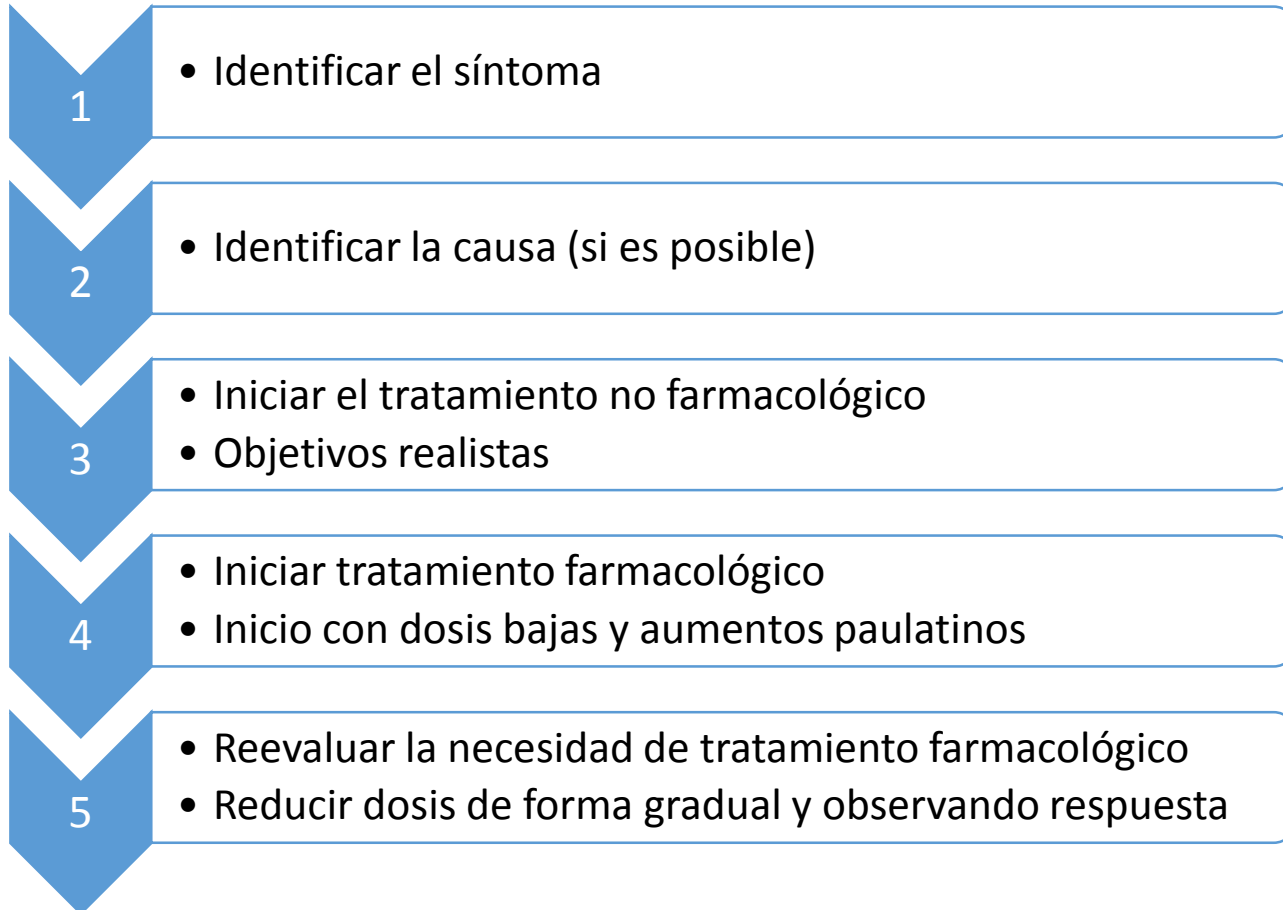
Es, por tanto esencial, la adecuada formación del cuidador familiar y/o profesional.

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

En ocasiones, puede ser difícil distinguir una repetición de actos de un cuadro de agitación, la apatía se confunde con la depresión, las ideas delirantes con las falsas interpretaciones y las alteraciones del sueño con un verdadero insomnio, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos que dificultan la instauración de un tratamiento adecuado.

Es conveniente recordar que la persona con demencia puede conservar durante mucho tiempo capacidades cognitivas que creemos perdidas, enmascaradas por su afasia y, que suele ser consciente de lo que ocurre a su alrededor. Es crítico saber usar la comunicación corporal no verbal.

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO



2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

Manejo no farmacológico en delirios y alucinaciones

Son síntomas difíciles de aceptar y entender por las personas cuidadoras, por lo que es de gran importancia prepararlas para afrontarlos.

- Es contraproducente discutir o negarle sus percepciones, pero con un tono adecuado y tranquilo se le puede distraer hacia otros temas de su interés.
- No perder la calma ni seguir la ideación de la persona enferma.
- Tener copias de objetos que la persona enferma guarde y que no sabe luego donde están (llaves, documentos).
- Ofrecer ayuda para localizar la pérdida y así brindarle mayor experiencia de control sobre lo que está sucediendo.
- Es importante que las personas encargadas del cuidado comprendan la importancia de tener a la persona con demencia estimulada para conservar todas las capacidades posibles y mantener el vínculo afectivo.

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

- Se recomienda asignarle tareas para las que esté capacitada y que siempre ha realizado, aunque le cueste esfuerzo y precise supervisión. Se debe reforzar de forma positiva los logros alcanzados, por simples que sean.
- Se le tiene que inducir a realizar ejercicios físicos todos los días, tanto en el domicilio como en el exterior, con el fin de mantener niveles de independencia así como efectos positivos sobre el sueño y el apetito.
- Es muy aconsejable la participación en grupos de actividades, donde de forma sistematizada se mantenga activa y en contacto con otras personas. La participación de terapeutas ocupacionales complementa la conservación de habilidades y la recuperación de tareas olvidadas.
- La falta de estímulos en una persona que está perdiendo la memoria, acelera el proceso de pérdidas de capacidades y por tanto, agudiza el grado de demencia.
- Se debe evitar regañarle por su torpeza en la realización de las tareas, por elementales que sean.
- Procurar evitar permanecer tiempos prolongados en completa inactividad o silencio.

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

En resumen seguir las siguientes pautas ante situación de alucinaciones:

- Nunca negarle la alucinación porque para él es real. No discutir con él.
- Tranquilizarlo usando tono de voz suave, diciéndole quiénes somos para que se sienta seguro y confiado.
- Intentar distraerle mostrándole algo que le guste y le sea significativo.
- Si la alucinación no le causa angustia, ni entraña peligro, puede no ser necesario intervenir.
- En algunas ocasiones se puede intentar razonar, pero sino funciona, no insistir porque creamos más ansiedad.

...y ante situación de delirios:

- Escuchar para que se sienta atendido.
- Hacerle saber que nos vamos a hacer cargo de su problema.
- No discutir con ellos. No darle la razón ni llevarle la contraria. Decirle que le vamos a ayudar.
- Desviar la atención hacia cosas o actividades agradables y significativas para él.
- Ante delirios de robo: prestar atención a dónde guarda las cosas habitualmente.

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

TRASTORNOS COMUNES QUE PUEDEN CONTRIBUIR A AGITACIÓN



2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

Manejo no farmacológico ante la agresividad.

- Nunca gritarles o regañarles.
- Dirigir la atención del enfermo hacia otras cosas.
- Prevenir las situaciones que desencadenen el problema.
- Explicarles las actividades que se van a hacer y darles tiempo.
- No utilizar la medicación como primera medida.

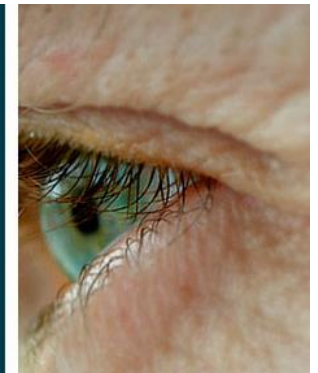


2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

Como primera medida es fundamental valorar y garantizar la seguridad de la persona mayor y de su entorno.



La evaluación inicial debe descartar la presencia de factores causales y/o desencadenantes abordables: médicos, psiquiátricos o psicosociales: dolor, infección (orina), estreñimiento, fármacos, sed, cansancio, soledad, miedo, hiperestimulación, etc.



2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

- Ambiente relajado, con tono y luces suaves.
- La música ejerce estímulo tranquilizador.
- Contacto físico: caricias, abrazos según demanda característica de cada persona.
- Manejar alternativas: paseo, cambio de habitación, fotos, recordar personas queridas.
- Manejar la situación con el mínimo número de personas.
- Ceder en la discusión.
- Si existe riesgo de agresión, esconder objetos peligrosos.
- Protegerse y solicitar ayuda si la situación se vuelve peligrosa.
- Evitar respuestas airadas y hostiles.
- Evitar movimientos y gestos bruscos.
- El mantenerse de pie ante una persona sentada o tumbada, puede ser considerado por ésta como amenazante para su seguridad.
- Evitar el abuso de la inmovilización física. Debe usarse solo en casos extremos, durante un periodo limitado de tiempo, y supervisándole para evitar lesiones.
- Tras la crisis, no culpabilizarle.

DEAMBULACIÓN



<https://www.youtube.com/watch?v=2hf--uUSFEY&t=4s>

REFLEXIONES Y OPINIONES

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO



El tratamiento **farmacológico** no controla adecuadamente la conducta del **vagabundeo**, y puede **aumentar** el riesgo de **caídas**, por lo que están indicadas las medidas **no farmacológicas**.



2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

Manejo no farmacológico para Vagabundeo y deambulación errática

- No inmovilizarle. Esto puede aumentar la agitación y agresividad. Infundirle seguridad y tranquilidad.
- Facilitar un lugar adecuado para que pueda caminar como terraza o pasillo, retirando posibles obstáculos como sillas, mesas, alfombras. Facilitarle la orientación por medio de carteles, luces, etc.
- No dejar a su alcance productos u objetos que puedan suponer un peligro (tóxicos, objetos cortantes o punzantes, etc.).
- Prevenir las pérdidas o fugas colocando cerraduras de difícil apertura en las puertas.
- Uso de calzado y ropa cómoda.
- Llevar una identificación personal (medalla o pulsera).

2. MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES EN EL ENFERMO

Manejo no farmacológico para Vagabundeo y deambulación errática

- Informar a la vecindad y amistades de la situación de su familiar.
- Proponer otra actividad u otra conversación que sea de su agrado. Distraer su atención hacia otras cosas.
- Aumentar el nivel de actividad durante el día, como salir a pasear diariamente. La actividad física moderada puede ayudar a desarrollar la musculatura y a disminuir la ansiedad.
- En los paseos, seguir rutas conocidas.
- El uso de dispositivos de localización electrónica puede ser de utilidad en aquellas personas enfermas con deambulación errática y riesgo de fuga.

3. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

3.1. Descripción.

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que cursa con un tipo de demencia que conlleva a la pérdida progresiva de las capacidades cognitivas con manifestación de afectación en el resto de dimensiones características del ser humano, manifestándose serios trastornos conductuales y del comportamiento.



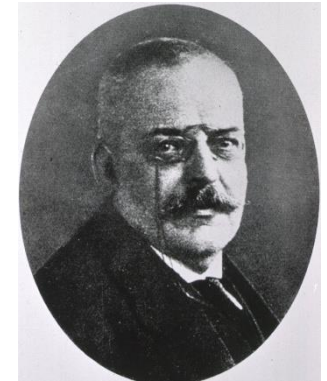
La demencia es un término general que describe un deterioro de la capacidad mental, lo suficientemente grave como para interferir en la vida diaria. La pérdida de la memoria es un ejemplo. La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más común.

La demencia no es una enfermedad específica. Es una manifestación sindrómica que describe una amplia variedad de síntomas relacionados con el deterioro de la memoria y otras capacidades de razonamiento, que es lo suficientemente grave como para reducir la capacidad de una persona para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana.

3. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

3.2. Antecedentes históricos.

En 1906 Alois Alzheimer describió el caso de una mujer de 51 años con pérdida severa de memoria, desorientación, alteraciones de lenguaje e ideas paranoides, que murió cuatro años después en un estado de severa demencia. En su autopsia se encontraron lesiones cerebrales consistentes, con atrofia cerebral y presencia de cuerpos denominados seniles.



Alois Alzheimer

Hasta hace pocas décadas se creía que la senilidad era la consecuencia natural e inevitable de la edad. Sin embargo, desde 1977 los científicos a través de trabajos realizados, han visto que el 10% de las personas mayores de 65 años sufren lesiones cerebrales orgánicas que se relacionan con la senilidad; de estas lesiones el 75% aproximadamente se diagnosticaron como enfermedad de Alzheimer y el 25% restante se corresponde con alteraciones cerebrales producidas por infartos vasculares múltiples y otros tipos de demencias.



Emil Kraepelin

COMUNICACIÓN



<https://www.youtube.com/watch?v=J5NYAzLeCkc>

REFLEXIONES Y OPINIONES

3. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

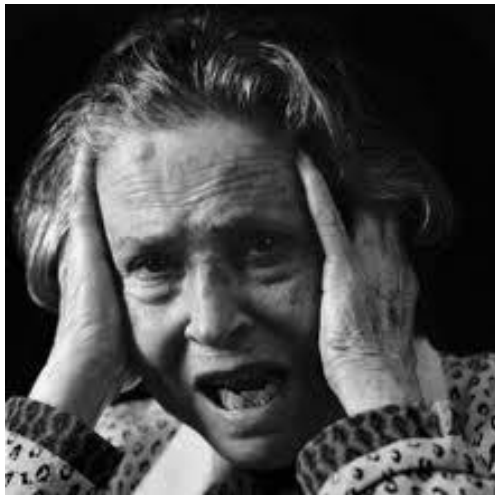
3.3. Síntomas cognitivos.

- ✓ **Memoria (amnesia)**
- ✓ **Lenguaje (afasia)**
- ✓ **Secuencias coordinadas (apraxia)**
- ✓ **Reconocimiento (agnosias)**
- ✓ **Desorientación Temporo-Espacial-Identidad**
- ✓ **Atención (aprosexia)**
- ✓ **Capacidad de juicio y abstracción**
- ✓ **Capacidades ejecutivas**
- ✓ **Cálculo (acalculia)**
- ✓ **Bradipsiquia (enlentecimiento del pensamiento)**



3. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

3.4. Síntomas psicológicos y conductuales.



DEMENCIA

ALZHEIMER

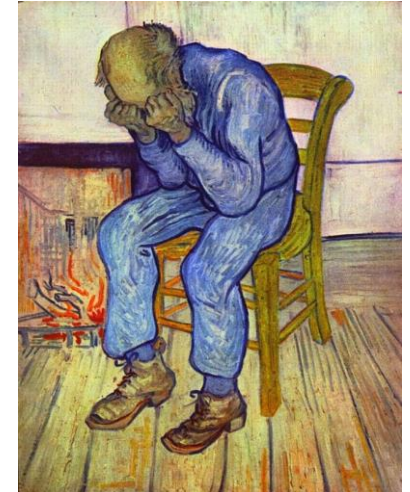
FRONTO-TEMPORAL

PICK

MIXTA

CUERPOS DE LEVY

- ✓ Delirios
- ✓ Alucinaciones
- ✓ Labilidad emocional
- ✓ Ansiedad y Angustia
- ✓ Depresión
- ✓ Reacciones catastróficas y desproporcionadas
- ✓ Cambios del carácter y de su personalidad
- ✓ Cambios en el apetito y conducta alimentaria
- ✓ Cambios en la actividad sexual
- ✓ Deambulación errante y seguimiento persistente
- ✓ Comportamientos y discurso repetitivos



3. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

3.5. Alteraciones funcionales (AVDs)

- ✓ **Vestido**
- ✓ **Baño, higiene y aseo personal**
- ✓ **Transferencias, desplazamientos y marcha.**
- ✓ **Alimentación**
- ✓ **Continencia de esfínteres (Enuresis y Encopresis)**
- ✓ **Evacuación fisiológica (Lavabo, WC, etc.)**



4. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

4.1. Alteraciones del lenguaje.

Fase Leve

- ❖ Dificultad para encontrar la palabra correcta (Anomia)
- ❖ Empobrecimiento del discurso (inicio inminente de afasia y agnosias)

Fase Moderada

- ❖ El contenido semántico de su lenguaje es más empobrecido aún.
- ❖ El discurso resultar menos fluido con pausas o bloqueos.
- ❖ Pierde fácilmente el hilo de las conversaciones.
- ❖ El vocabulario es más simple, acentuando el empobrecimiento del discurso.
- ❖ Tienden a utilizar palabras comodines (“eso”, “el cacharro”, “la cosa esa”).
- ❖ Abuso expresiones hechas para compensar los problemas de agnosia.
- ❖ Tiende a cambiar unas palabras por otras (parafasias fonémicas y semánticas)
- ❖ Tienden a ser reiterativos, pero mantienen en general la espontaneidad verbal

4. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

4.1. Alteraciones del lenguaje.

Fase Severa

- ❖ El lenguaje suele ser ya poco fluido.
- ❖ Puede presentar un habla incontrolada (Verborrea), si bien el contenido resulta vacío e incoherente en su mayor parte.
- ❖ Repetición involuntaria o mecánica de una palabra o frase que ha dicho otra persona (Ecolalia).
- ❖ Repetición de palabras o frases cortas dichas el propio sujeto (Palilalia).
- ❖ Repetición de palabras, frases, expresiones o por ejemplo rezos-mantras conocidos que repiten constantemente (Estereotipias).
- ❖ El grado de comprensión se limita a material muy simple y con ayuda del contexto en el que se produce el mensaje.
- ❖ Por último, la expresión llega a ser ininteligible, reducida únicamente a emisiones como gemidos, balbuceo o gruñidos, apareciendo mutismo. Ausencia de lenguaje expresivo.

4. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

4.2. Pautas de comunicación con el enfermo.



4. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

- No hablar a la persona como si fuera un niño. Ni infantilizar ni “psiquiatrizar”.
- Captar la atención del mayor antes de comenzar la conversación y mirarle siempre a los ojos cuando hable o escuche.
- Llamarle siempre por su nombre, así mantenemos su orientación personal.
- Utilizar lenguaje sencillo con frases cortas y sencillas. Hablándole lentamente y con claridad.
- Emplear siempre mensajes positivos. Es mejor indicarle cómo tienen que hacer, más que cómo no tiene que hacer.

Pautas para comunicarse con una persona con demencia



- 1** Hacer preguntas sencillas:
¿Tienes frío?, ¿te apetece salir?
- 2** Utilizar un lenguaje simplificado:
Elige la camisa para hoy? (al tiempo, mostrarle dos, una azul y otra blanca).
- 3** No intentar razonar ni discutir.
- 4** No des lecciones. No le avergüences.
- 5** Nunca digas “ya te dije...”
Repítelo las veces necesarias.
- 6** No hable con otros delante de la persona, como si no estuviera.
- 7** Nunca digas “pero ¿no te acuerdas...?”
- 8** Cambia el “no puedes” por el “haz lo que puedas.”

4. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

Claves para una buena
comunicación con una persona
en situación de dependencia



- ✓ Proporcionar un trato adecuado, digno y respetuoso. No caer en la infantilización de la persona y hablarle como adulta que es, tenga o no deterioro cognitivo
- ✓ Darle tiempo para responder, pues la comunicación con personas con limitaciones funcionales y, sobre todo, cognitivas, puede requerir disponer de más tiempo para hacerse entender y para recibir respuesta
- ✓ Buscar temas de conversación que interesen tanto a la persona cuidadora como a su familiar.
- ✓ Estimular la memoria y el recuerdo de las personas
- ✓ Prestar atención a las emociones y sentimientos

- Darle a elegir, pero siempre entre dos opciones o alternativas para no confundirle.
- Darle tiempo a responder, la velocidad de comprensión y de respuesta está enlentecida.
- Mantener los tiempos de la conversación (aunque a veces no conteste o tarde en contestar).
- Reforzar sus intentos de comunicación aunque no le hayamos entendido. Hacerlo con tacto.
- Evitar las palabras inespecíficas (esto, eso, chisme,...). Utilizar todas las palabras.

4. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

- Al pedirle que haga una tarea, para que sea más eficaz es conveniente descomponerla en pasos.
- Tener paciencia. Cuando la persona pregunte siempre lo mismo o cuente lo mismo responderle con frases cortas y nunca de mal humor. Importante nuestro lenguaje corporal.
- Tratar a la persona con respeto y no hablar con otra persona como si él no estuviera presente, tanto si se habla de ella como si se tienen una conversación normal.
- No escatimar en gestos cordiales. Esto le infundirá confianza y facilitará la tarea de la comunicación. MEMORIA EMOCIONAL Y COMUNICACIÓN AFECTIVA.



NORMAS GENERALES EN LA COMUNICACIÓN CON LA PERSONA MAYOR

- **Hablar lenta y claramente, sin gritos**
- **Usar frases cortas y sencillas**
- **Acercarse de frente**
- **Llevarle por su nombre y decirle el nuestro**
- **Actitud respetuosa pero firme**
- **Comentar noticias y acontecimientos**
- **Dar paseos conversando con él**
- **Fomentar su independencia**
- **Mantener contacto físico con él**
- **Observar alteraciones y problemas físicos y psíquicos**
- **Vigilar y animarle para que acuda a las actividades programadas**
- **Fomentar la relación con sus compañeros**
- **Animar a las familias a que les visiten y educarles a que sigan estas normas.**



4. COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO DE ALZHEIMER

COMO DESPEDIDA...

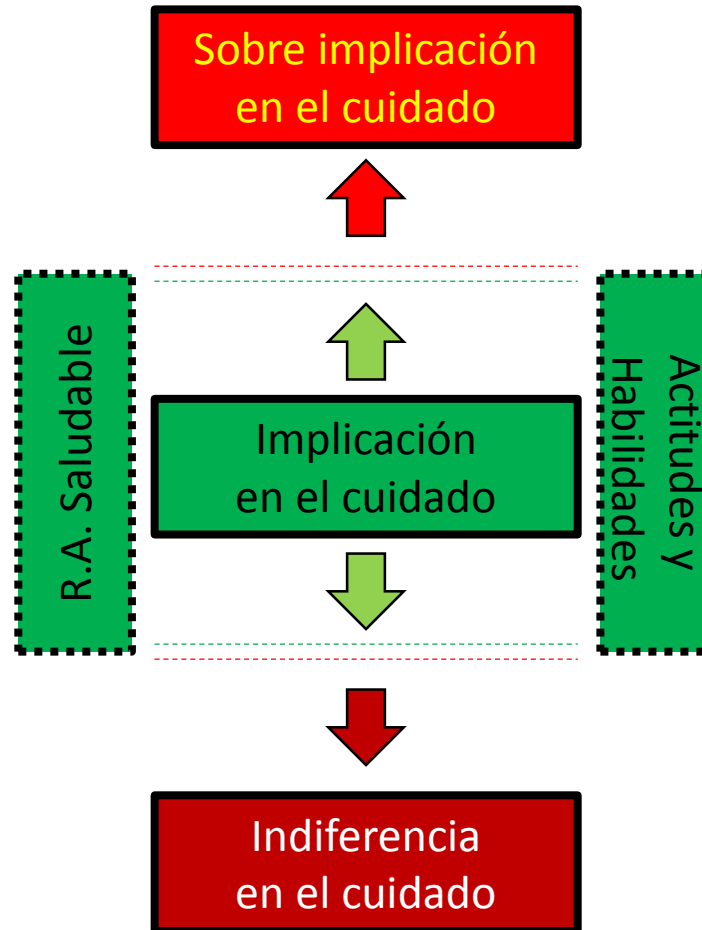
...NO NOS OLVIDEMOS DE CUIDARNOS

PARA CUIDAR MEJOR



<https://www.youtube.com/watch?v=KNDo6l-LOtw&t=10s>

LA IMPLICACIÓN EN EL CUIDADO



LA SATISFACCIÓN DE CUIDAR

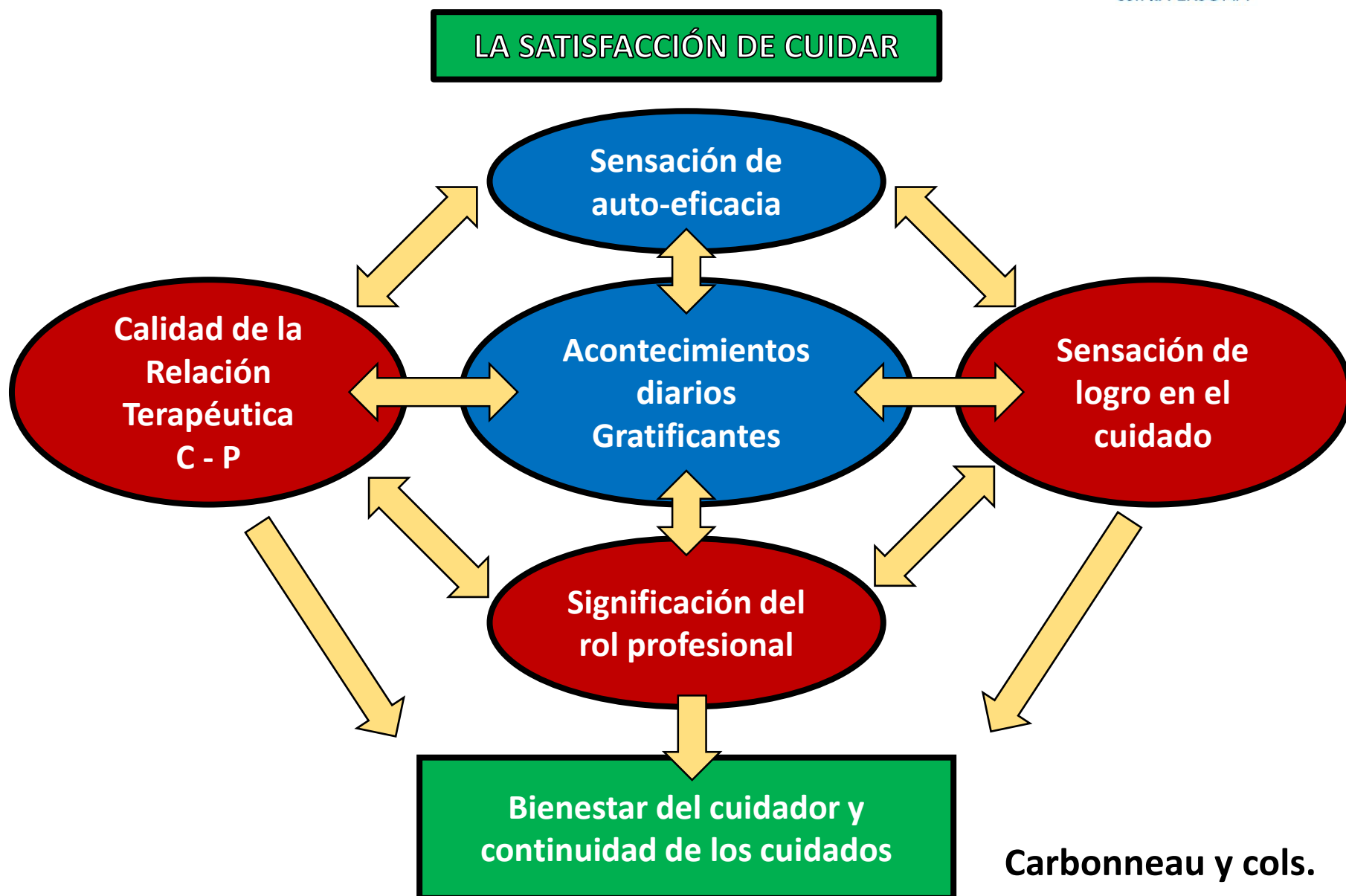
Carbonneau y cols. (2010) han propuesto un modelo conceptual para explicar los aspectos positivos de las tareas de cuidar al otro:

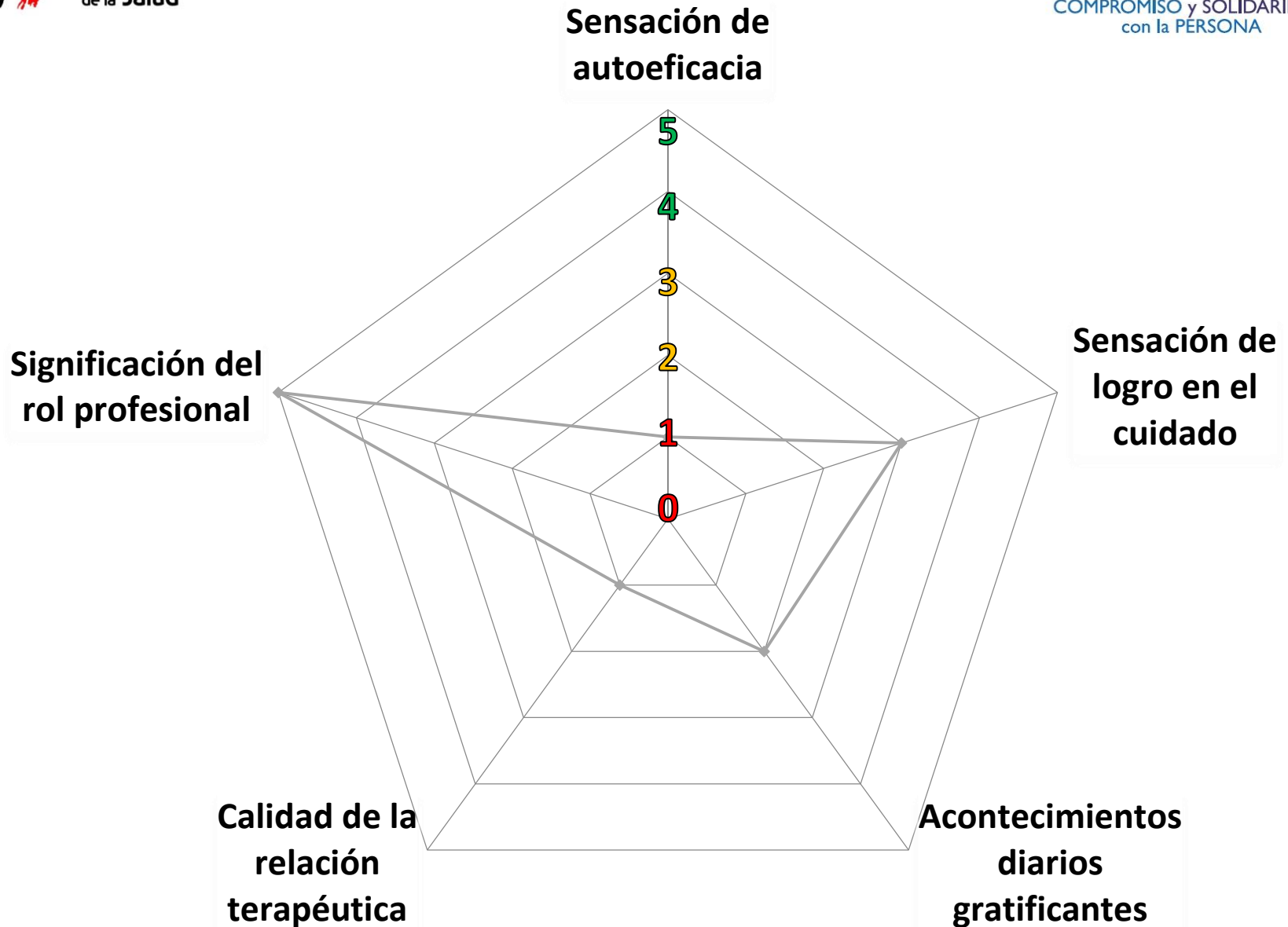
- **calidad de la relación entre cuidador y persona cuidada.**
- **Sensación de logro**
- **Significado de ser cuidador diariamente.**

Asimismo, este modelo explica que estos aspectos interactúan con dos factores determinantes en el proceso de cuidado:

- **Sensación de autoeficacia del cuidador** (como capacidad percibida de saber cuidar bien)
- **Acontecimientos gratificantes vividos** por el cuidador en el día a día.

Como explica esta figura, la interacción entre todos ellos conlleva resultados positivos para el cuidador, influyendo positivamente en el bienestar del cuidador y en su motivación para seguir cuidando de forma satisfactoria.





La ventana de Joharí:

	Área Conocida por uno mismo	Área Desconocida por uno mismo
Área Conocida por los demás	ABIERTA	CIEGA
Área Desconocida por los demás	OCULTA	DESCONOCIDA

Área Abierta: se caracteriza por el libre intercambio de información entre yo y los demás. Esta área crece con la confianza y cuando se va compartiendo más información.

Área Ciega: costumbres y modos de reaccionar de los que no somos conscientes y los demás sí (como nuestro estilo al relacionarnos, el modo de hablar, etc.)

Área Oculta: desde mi derecho a la intimidad hasta los “secretos” que no quiero que los demás conozcan, normalmente por autodefensa.

Área desconocida: puede haber aquí motivaciones desconocidas o inexploradas, dinámicas personales inconscientes, secuelas afectivas, potencialidades latentes por descubrir, etc.

Muchas Gracias

Pablo Posse

Psicólogo del CASC

Profesor del CEHS

Tel.: (34) 91.803.4000

e-mail: psicologia@sancamilo.org

www.humanizar.es

LA WEB DE LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD